HISTORIA CLÍNICA

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 19/01/2024 20:20 - Ubicación: 1 PISO URGENCIAS SOAT
Consulta de urgencias - MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS
Motivo de consulta: "REMITIDA COMO URGENCIA VITAL"
Enfermedad actual: PACIENTE BAJO SEDACION QUIEN INGRESA COMO URGENCIA VITAL EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN ZONA RURAL LEJANA HACIA LAS 16+00 HORAS, EN CALIDA DE PEATON ES ARROLLADA POR AUTOMOVIL, CON POSTERIOR DETERIORO NEUROLOGICO, POR LO QUE INDICARON SEDACION PARA SECUENCIA RAPIDA DE IOT Y DECIDEN REMITIR COMO URGENCIA VITAL.

REVISIÓN POR SISTEMAS
Sistema neurológico: Normal

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 164/71, Presión arterial media(mmhg): 102
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 84
Saturación de oxígeno: 100%

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : A:VIA AREA PERMEABLE, SIN INMOVILIZACION CERVICAL, SE DEJA COLLAR CERVICAL
B:MURMULLO VESICULAR PRESENTE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS BIEN TIMBRADOS
C:SIN HEMORRAGIA ACTIVA RSCSRS NO SOPLOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES
D:GLASGOW 6/15, PUPILAS ANISOCORICAS, BAJO SEDACION
E: SE EXPONE PACIENTE PROTEGIENDO DE HIPOTERMIA, EN PLENO USO DE EPP, Y SE DESCRIBEN LOS HALLAZGOS:
1. BAJO SEDACION, CON IOT
2. ESCORIACION EN HEMITORAX IZQUIERDO
3. HEMATOMA HEMICARA DERECHA.

Diagnósticos activos después de la nota V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Diagnóstico de ingreso - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO ALTA ENERGIA CON DETERIORO NEUROLOGICO INGRESA COMO URGENCIA VITAL, SE INDICA INGRESO Y MANEJO MULTIDISCIPLINARIO
Plan de manejo: DEJAR EN CRITICO
MONITORIA CARDIACA NO INVASIVA
CUIDADOS IOT
MEDICAMENTOS
LABORATORIOS
IMAGENES
INTERCONSULTAS
Observaciones: INGRESO

Firmado por: JENIFFER MUÑOZ CHAPARRO, MEDICINA GENERAL, Registro 763541/12, CC 29349836

Nota aclaratoria

Fecha: 19/01/2024 21:59

SE COMENTA PACIENTE A NEUROCIRUGIA QUIEN INDICA EVALUACION DE ESTADO NEUROLOGICO CONTROL DE TC EN 8 HORAS. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN INDICACION QUIRURGICA.

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: JENIFFER MUÑOZ CHAPARRO, MEDICINA GENERAL, Registro 763541/12, CC 29349836

Fecha: 19/01/2024 20:37 - Ubicación: 1 PISO URGENCIAS SOAT
Nota de antecedentes - AUXILIAR DE ENFERMERIA

Grupo sanguíneo:
Se adiciona(n) el antecedente:
Grupo Sanguíneo: O Rh: +

Alérgicos:
Se adiciona(n) el antecedente:
NIEGA

Firmado por: CRISTIAN GERMAN ICO RUIZ, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234189825, CC 1234189825

Fecha: 19/01/2024 20:59 - Ubicación: TRAUMA Y REANIMACION
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	13.31	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	80.6	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	12.2	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Normal	4.9	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Bajo	0.3	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Bajo	0.00	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	2.00	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	10.73	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.62	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.65	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Normal	0.04	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Bajo	0.00	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.27	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Normal	3.99	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Normal	38.2	%	34,1-44,9

NOTAS MÉDICAS

902213	HEMOGLOBINA	Normal	12.4	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	95.8	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	31.10	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	32.5	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.20	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Normal	209	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	10.70	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 19/01/2024 20:59 - Ubicación: TRAUMA Y REANIMACION
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	21.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.0	--	--
1302	pH	Alto	7.490	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Bajo	24.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Alto	161.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Normal	14.0	g/dL	12-15
1306	Hct	Normal	41.0	%	37-47
1307	SO2	Alto	100.0	%	94-98

NOTAS MÉDICAS

1308	pHt	Normal	7.510	--	--
1309	PCO2t	Normal	23.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	155.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Normal	22.5	mmol/L	21-28
1312	BE	Bajo	-3.2	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	-5.0	mmol/L	--
1314	ctCO2	Normal	19.0	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	98.3	%	--
1316	FCOHb	Normal	0.8	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.9	%	--
1318	FHHb	Normal	0.0	%	--

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 19/01/2024 20:59 - Ubicación: TRAUMA Y REANIMACION
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
9031A1	ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO	Normal	2.10	mmol/L	--

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 19/01/2024 21:21 - Ubicación: TRAUMA Y REANIMACION
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Alto	111.00	mmol/L	98-107

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 19/01/2024 21:21 - Ubicación: TRAUMA Y REANIMACION
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GLUCOSA EN SUERO

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903841	GLUCOSA EN SUERO	Alto	139.0	mg/dL	74-106

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 19/01/2024 21:21 - Ubicación: TRAUMA Y REANIMACION
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	13.0	mg/dL	7-17

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 19/01/2024 21:21 - Ubicación: TRAUMA Y REANIMACION
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.20	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 19/01/2024 21:21 - Ubicación: TRAUMA Y REANIMACION
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Normal	140.00	mmol/L	137-145

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 19/01/2024 21:21 - Ubicación: TRAUMA Y REANIMACION
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Normal	0.60	mg/dL	0,52-1,04

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 19/01/2024 21:21 - Ubicación: TRAUMA Y REANIMACION
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	Normal	12.2	Seg	9,4-12,5

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 19/01/2024 21:22 - Ubicación: TRAUMA Y REANIMACION
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
902049	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)	Bajo	20.70	Seg	25,1-36,5

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 19/01/2024 22:07 - Ubicación: 1 PISO URGENCIAS SOAT
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

UROANALISIS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
5001	COLOR	Normal	AMARILLO	--	--
5002	ASPECTO	Normal	CLARA	--	--
5003	DENSIDAD	Normal	1.000	--	--
5004	pH	Normal	7.00	--	--
5005	LEUCOCITOS	Normal	NEGATIVO	Leuco/uL	--
5006	NITRITOS	Normal	NEGATIVO	--	--
5007	PROTEINAS	Normal	NEGATIVO	mg/dL	--
5008	GLUCOSA	Normal	NORMAL	mg/dL	--
5009	CUERPOS CETONICOS	Normal	NEGATIVO	mg/dL	--
5010	UROBILINOGENO	Normal	NORMAL	mg/dL	--

NOTAS MÉDICAS

5011	BILIRRUBINA	Normal	NEGATIVO	mg/dL	--
5012	SANGRE	Normal	50	ery/uL	--
5013	SEDIMENTO URINARIO	Normal	CELULAS PAVIMENTOSAS 0-2XC LEUCOCITOS 0-2XC ERITROCITOS EUMORFOS 4-6XC BACTERIAS ESCASAS	--	--

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 19/01/2024 22:24 - Ubicación: 1 PISO URGENCIAS SOAT
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

DROGAS DE ABUSO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
905727	DROGAS DE ABUSO	Normal	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS NEGATIVO MARIHUANA NEGATIVO BARBITURICOS NEGATIVO AMFETAMINAS NEGATIVO COCAINA NEGATIVO BENZODIACEPINAS NEGATIVO METADONA NEGATIVO METANFETAMINA NEGATIVO METILENEDIOXIMETANFETAMINA NEGATIVO MORFINA NEGATIVO OPIACEO NEGATIVO FENCICLIDINA NEGATIVO	--	--

Firmado por: VIVIANA VILLEGAS PORRAS, BACTERIOLOGO, Registro 1130674633, CC 1130674633

Fecha: 19/01/2024 22:27 - Ubicación: 1 PISO URGENCIAS SOAT
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Personal de remisión refiere accidente de tránsito en calidad de peaton - arrollada por automovil, aproximadamente hacia las 4pm. Es llevada a hospital en Dagua, donde reportan ingresa con glasgow 10/15, con múltiples episodios eméticos, signos vitales estables, con

NOTAS MÉDICAS

deterioro neurológico hasta 6/15 por lo que deciden asegurar vía aérea y remiten como urgencia vital.

Paciente ingresa bajo intubación orotraqueal, variables hemodinámicas estables, al examen físico hematoma occipital, anisocoria, equimosis hemicara derecha y muslo izquierdo, sin otros hallazgos. Es llevada a imágenes donde en TAC de cráneo simple se evidenció lesiones hemorrágicas o fracturas en tabla ósea, Tac de tórax y abdomen revisadas por personal de cx en sala de imágenes reportan verbalmente posibles contusiones pulmonares, no se descarta broncoaspiración, no evidencian fracturas costales, abdomen sin liquido libre, no hallazgos anormales; a la espera de valoración formal por el servicio.

Se realiza revisión por sistemas
- Sistema Osteomuscular
Arcos de movilidad articular pasivos completos, sin presencia de retracciones musculares, fuerza muscular no evaluable, trofismo muscular disminuido, extremidades simétricas
- Sistema Neuromuscular
Paciente bajo sedación, no presenta movimientos
- Sistema Cardiopulmonar
Paciente no presenta signos de dificultad respiratoria, ingresa con vía aerea artificial, con tubo orotraqueal #7. 0, ventilada con dispositivo BVM por personal asistencial, ventilación simetria

Se encuentra en camilla posición decúbito supino, estable dentro de su condición. Sin acompañante durante la intervención.
Se realiza atención siguiendo protocolo institucional y empleando bioseguridad reglamentada por el Ministerio Nacional de Salud y Protección Social
Objetivo: Paciente con RASS -3, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados, focos cardiacos sin soplos, presenta pulsos periféricos rítmicos.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: costal
Expectativas con la terapia: conexión a VM

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 97
Saturación de oxígeno 99%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 90

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :DOMINIO CARDIOVASCULAR Y PULMONAR
PATRON E: Deficiencia en la ventilación, respiración e intercambio de gases asociados a la disfuncion o falla de la bomba ventilatoria.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervención
- Mantener capacidades pulmonares
- Mantener metas de oxigenación
- Favorecer el intercambio gaseoso
- Favorecer reexpansión pulmonar
- Asegurar vía aerea

Paciente con vía aerea artifical, con TOT #7 fijo en 22 cm, se realiza cambio a fijación institucional y se conecta a ventilador con los siguientes parametros:
modo: acvc
vc: 350 (Altura 148 cm, peso ideal de 41. 5)
fr: 14
fio2: 100% titulable hasta 28%
peep: 6
sens: 2. 0
Se instaura sonda de succion cerrada, filtro antibacterial y filtro humidificador con fecha de cambio 22/01/24, paciente tolera intervencion, se deja acoplada a ventilador.
INSUMOS:
- filtro humidificador
- filtro antibacterial
- circuito anestesia
- sonda de succion cerrada #14
- bvm.

NOTAS MÉDICAS

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: LIZETH ALEJANDRA MARTINEZ MONTILLA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1124861772, CC 1124861772

Fecha: 19/01/2024 22:30 - Ubicación: 1 PISO URGENCIAS SOAT
Evolución médica - MEDICINA DE URGENCIAS

ANAMNESIS
Subjetivo: Medicina de Urgencias

Paciente femenina de 55 años.
Antecedente de HTA en manejo con losartan.
Alergicos negativos.

Personal de remisión refiere accidente de tránsito en calidad de peaton - arrollada por automovil, aproximadamente hacia las 4pm. Es llevada a hospital en Dagua, donde reportan ingresa con glasgow 10/15, con múltiples episodios eméticos, signos vitales estables, con deterioro neurológico hasta 6/15 por lo que deciden asegurar vía aérea y remiten como urgencia vital.

Paciente ingresa bajo intubación orotraqueal, variables hemodinámicas estables, al examen físico hematoma occipital, anisocoria, equimosis hemicara derecha y muslo izquierdo, sin otros hallazgos. Es llevada a imágenes donde en TAC de cráneo simple evidencio lesiones hemorrágicas o fracturas en tabla ósea, Tac de tórax y abdomen revisadas por personal de cx en sala de imágenes reportan verbalmente posibles contusiones pulmonares, no se descarta broncoaspiración, no evidencian fracturas costales, abdomen sin liquido libre, no hallazgos anormales; a la espera de valoración formal por el servicio.

Paciente ingresa a sala de criticos
Bajo sedo analgesia, intubación orotraqueal
TA 165/76 Fc 91 SO 99%
Glucometria 168mg/dl
Diuresis 100cc orina clara
Conjuntivas rosadas, escleras ancitéricas, mucosas húmedas
Ruidos cardiacos ritmicos, no soplos, ruidos respiratorios presentes, crepitos basales ocasionales
Abdomen blando, depresible, no valorable por estado neurológico
Ext simétricas, sin edemas
SNC rass -3

Paraclinicos
Drogas de abuso negativo
Tiempos de coagulación, uroanálisis, funcion renal normal
ch hb 12 plaq 209
acido láctico 2

Paciente con politraumatismo - accidente de tránsito - calidad de peaton vs carro, con deterioro neurológico y respiratorio, con requerimeinto de soporte ventilatorio invasivo, hemodinamicamente permanece estable, normotensa, fc controladas, saturación 99% con Fio2 28%, acoplada a ventilador, glucometrias en metas, diuresis clara y adecuada, por el momento con neuroimagen que descarta lesiones que requieran intervención qx urgente, neurocirugia indica tac de control en 8 horas y vigilancia neurológica; por cirugia general hallazgos en tac de tórax compatibles con contusiones pulmonares, abdomen sin alteraciones, Efast negativo, continuar vigilancia. SS cupo en uci para continuar monitoria.

Traslado a uci
Monitoria continua no invasiva
Nada via oral
Soporte de oxigeno por VMI
Glucometrias cada 6 horas
Cambio de posición cada 2 horas
Control de la - le

Lev ssn 0. 9% 50 cc hora
Omeprazol 40mg cada 24 horas iv
Dipirona 1 gr iv cada 8 horas iv
Sedoanalgesia

NOTAS MÉDICAS

Fentanilo rass -3 infusión iniciar a 1mcg/kg/hora
Midazolam rass -3 infusión iniciar a 0. 02mg/kg/hora

SS paraclinicos de control en 6 horas
Pendiente valoración formal por cx general

Objetivo: ver nota

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: ver nota

Plan de manejo: ver nota

Justificación de permanencia en el servicio: ver nota

Firmado por: LUZ YICED CERON ALZATE, MEDICINA DE URGENCIAS, Registro 1144029087, CC 1144029087

Fecha: 19/01/2024 23:04 - Ubicación: 1 PISO URGENCIAS SOAT
Evolución médica - Apoyo - MEDICINA INTERNA

Tipo de evolución: Evolución adicional

ANAMNESIS
Subjetivo: /********* INTERCONSULTA UCI **********

SE ACEPTA PACIENTE EN UCI CRITICO QUIRURGICA
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:. INTERCONSULTA UCI.

Firmado por: DANIEL BAYUELO ECHEVERRY, MEDICINA INTERNA, Registro 1319979/10, CC 72330083

Fecha: 19/01/2024 23:09 - Ubicación: CRITICOS CONS URGENCIAS
Evolución médica - Interconsultante - NEUROCIRUJANO

NOTAS MÉDICAS

Tipo de evolución: Evolución adicional
Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: ***NEUROCIRGIA***

HACE 7 HORAS SUFRE ACCIDENTE EN CALIDAD DE PEATON AL SER ARROYADA POR VEHICULO EN MOVIMIENTO, CONSULTAN INICIALMENTE A HOSPITAL DE DAGUUA DONDE DOCUMENTAN GLASGOW 10/15, POSTERIOR DETERIORO A 6/15 POR LO QUE DECIDEN PROTEGER VIA AREA Y REMITEN.

ANTECEDENTES: ANOTADOS

BAJO SEDOANALGESIA, RASS -4, INTUBACION OROTRAQUEAL, VENTILACION MECANICA, CON INMOVILIZACION CERVICAL, MAL ESTADO GENERAL.
TA: 168/85, FC: 88XMIN, FR: VERNTILACION MECANICA, AFEBRIL AL TACTO, SAO2: 95%
GLASGOW NO VALORABLE POR SEDACION.
ANISOCORIA, PUPILA DERECHA DE 3mm, IZQUIERDA DE 2mm, HIPORREATIVAS A LA LUZ, MOVIMIENTOS EXTRAOCULARES PRESENTES, REFLEJO CORNEANO BILATERAL PRESENTE, NAUSEOSO DEBIL, NO RESPUESTA AL ESTIMULO DOLOROSO.
EDEMA EN REGION FRONTAL CON EXCORIACIONES, HERIDAIRREGULAR DE 5*6 EN REGION OCCIPITAL DEL CUERO CABELLUDO, NO EVIDENCIO NI PALPO DEPRESIONES O TRAZOS DE FRACTURA EN LA TABLA OSEA.

TAC DE CRANEO SIMPLE: NO AREAS DE ISQUEMIA O HEMORRAGIA, NO DESVIACION DE LA LINEA MEDIA, SISTEMA VENTRICULAR NO DILATADO, CISTERNAS D ELA BASE Y CUARTO VENTRICULO PERMEABLES, NO LESIONES EN FOSA POSTERIOR, PRESENCIA DE SURCOS EN LA CONVEJIDAD, NO OBSERVO TRAZOS DE FRACTURA EN LA VENTANA OSEA

TAC DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE: CUERPOS VERTEBRALES ISN TRAZOS D EFRACTURAM ESPACIOS INTERVERTEBRALES CONSERVADOS, NO LISITESIS, CANBIOS OSTEOARTOSICOS, APOFISI ODONTOIDES SIN TRAZOS DE FACTURA.

A/: GLORIA, 55 AÑOS, POLITRAUMA POR ACCIDENTE DE TRANSITO, A LA VALORACION BAJO SEDACION, VENTILACION MECANICA, ANISOCORIA, PRESENCIA DE REFLEJOS DE TALLO CEREBRAL, TAC DE CRANEO SIMPLE Y DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE NO OBSERVO LESIONES TRAUMATICAS AGUDAS DETECTABLES POR ESTE MEDIO, SE CONSIDERA TCE SEVERO, EN EL MOMENTO NO MANEJO QUIRURGICO, SE INDICA MANEJO EN UCI CON MEDIDAS DE NEUROPROTECCION, POR HALLAZGO DE ANISOCORIA SOLICITO ANGIOTAC DE CEREBRO PARA DESCARTAR LESIONES VACULARES, TAC DE CRANEO SIMPLE EN 6 HORAS, ESTAMOS ATENTOS A LA EVOLUCION CLINICA DE GLORIA, FAVOR AVISAR CAMBIOS.

P/:
MANEJO EN UCI
VENTILACION MECANICA
SEDOANALGESIA PARA RASS -4/-5
CABECERA A 30 GRADOS
LACTATO RINGER 80CC/H IV
LEVETIRACETAM 1G IV C/12H
OMEPRAZOL 40MG IV C/24H
ACETAMINOFEN 1G IV C/8H
HOJA NEUROLOGICA HORARIO
MONITORIA HEMODINAMICA CONTINUA
MEDIDAS DE NEUROPROTECCION
MEDIDAS ANTIESCARAS
SS/: ANGIOTAC DE CEREBRO - TAC CRANEO SIMPLE EN 6 HORAS
SS/: ECOGRAFIA DE LA VAINA DEL NERVIO OPTICO
FAVOR AVISAR CAMBIOS A NEUROCIRUJANO DE TURNO
SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS

NOTAS MÉDICAS

SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: CONDICION CLINICA.

Firmado por: WILLIAM RICARDO VARGAS ESCAMILLA, NEUROCIRUJANO, Registro 95702-07, CC 74374376

Fecha: 19/01/2024 23:24 - Ubicación: 1 PISO URGENCIAS SOAT
Evolución médica - Interconsultante - CIRUGIA GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

Motivo de consulta: "Accidente automovilístico"

Objetivo: Enfermedad actual:
Paciente de 55 años quien ingresa en contexto de accidente automovilístico carro vs peatón, en calidad de peatón por lo que es llevada a servicio de urgencias de centro médico de Dagua donde ingresa con glasgow 10/15, posteriormente presenta deterioro neurológico con glasgow 6/15 por lo que realizan intubación orotraqueal y traslado como urgencia vital para valoración por cirugía y neurocirugía.

Objetivo:

VALORACIÓN PRIMARIA
A: Intubación orotraqueal, vía aérea permeable, tráquea central, sin ingurgitación yugular, sin dolor a la palpación cervical, sin collar cervical.
B: FR: 14 rpm, SaO2: 97%, expansión torácica simétrica, ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, se ausculta movilización de secreciones. Ruidos cardíacos de adecuada intensidad.
C: FC: 84 lpm, TA: 164/82 mmHg. Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos, pulsos distales presentes, simétricos, de adecuada intensidad; sin sangrado activo, llenado capilar <2 segundos.
D: paciente bajo sedoanalgesia, RASS -1, pupilas anisocóricas (pupila midriática derecha)
E: se expone al paciente, se protege de la hipotermia y se evidencian las siguientes lesiones:
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea

E-FAST: No hemo o neumotórax bilateral. No derrame pericárdico. Ventanas abdominales negativas.

VALORACIÓN SECUNDARIA:
- Cabeza: mucosas húmedas y rosadas, escleras anictéricas, sin epistaxis, sangrado en cavidad oral, presencia de equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema.
- Cuello: móvil, sin lesiones externas, no presenta enfisema subcutáneo, soplos o frémitos.
- Tórax: simétrico, normoexpansivo, sin retracciones. Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, con movilización de secreciones. Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos.
- Abdomen: blando, depresible, no se palpan masas ni megalias.
- Extremidades: simétricas, pulsos distales presentes simétricos y de buena intensidad, llenado capilar menor de dos segundos.
- Neurológico: RASS -4, con sedoanalgesia.

NOTAS MÉDICAS

A: Se desconoce
M: Se desconoce
P: Se desconoce
Li: Se desconoce
Consumo de SPA y/o alcohol: Se desconoce
A: Accidente de tránsito, carro vs peatón, en condición de peatón

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años quien ingresa en contexto de politraumatismo cerrado de alta cinemática por accidente de tránsito carro vs peatón, en calidad de peatón. Tiene historia de deterioro neurológico súbito en periferia por lo que remiten para valoración por cirugía y neurocirugía. Al ingreso paciente bajo sedoanalgesia con RASS -4, hipertensa, con dos laceraciones profundas asociadas a edema en región occipital, sin hallazgos patológicos en tórax y abdomen, con E-FAST negativo para neumotórax, hemotorax y liquido libre en cavidad peritoneal. Por mecanismo de trauma de alta cinemática en contexto de paciente intubado se solicita PANSCAN, se realiza inmovilización de columna cervical y se indica valoración por neurocirugía. Según hallazgos se definirán conductas adicionales.

Diagnósticos:
1. Accidente automovilístico en calidad de peatón
 - Politraumatismo cerrado de alta cinemática
2. Trauma craneoencefálico severo en estudio

Plan de manejo: - Observación en sala de críticos
- Seguimiento conjunto con emergenciologia
- Nada vía oral
- Soporte de oxígeno para metas de SO2 >90%
- Se solicita: hemograma, sodio, potasio, cloro, gases arteriales, lactato, tiempos de coagulación
- Se solicita: PANSCAN, radiografía de cadera y muslo izquierdo, radiografía de antebrazo izquierdo.
- Se solicita valoración por neurocirugía
- Control de signos vitales
- Informar cambios
- Gracias

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: ROBERTO ALONSO ARROYAVE RIVAS, CIRUGIA GENERAL, Registro 1130616651, CC 1130616651

Nota aclaratoria

Fecha: 19/01/2024 23:29

Se revisa de forma preliminar PANSCAN; sin evidencia de hematomas intracraneales, hemoseno frontal y maxilar derecho, impresiona trauma contuso ocular derecho; sin evidencia aparente de lesión vertebral; tomografía de tórax con contusiones pulmonares bilaterales, mayor en pulmón izquierdo, no impresiona fracturas costales; abdomen sin liquido libre en cavidad peritoneal. En espera del reporte oficial.

Firmado por: ROBERTO ALONSO ARROYAVE RIVAS, CIRUGIA GENERAL, Registro 1130616651, CC 1130616651

Fecha: 19/01/2024 23:53 - Ubicación: CRITICOS CONS URGENCIAS
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS

NOTAS MÉDICAS

Subjetivo: SE CARAG ORDENES MEDICAS
Objetivo: *

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: *

Plan de manejo: *

Justificación de permanencia en el servicio: *

Firmado por: CATHERINE MARTINEZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1140866514, CC 1140866514

Fecha: 20/01/2024 01:55 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Ingreso a hospitalización - Apoyo - CIRUGIA CARDIOVAS
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 0 día(s) en hospitalización, 0 día(s) en cuidado crítico

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

¿Ha presentado tos y/o expectoración por más de 15 días?: No

ANAMNESIS
Motivo de consulta: "REQUIERE VIGILANCIA EN UCI"
Enfermedad actual: Paciente con politraumatismo - accidente de tránsito - calidad de peatón vs carro, con deterioro neurológico y respiratorio, con requerimiento de soporte ventilatorio invasivo, hemodinámicamente permanece estable, normotensa, fc controladas, saturación 99% con Fio2 28%, acoplada a ventilador, glucometrias en metas, diuresis clara y adecuada, por el momento con neuroimagen que descarta lesiones que requieran intervención qx urgente, neurocirugía indica tac de control en 8 horas y vigilancia neurológica; por cirugía general hallazgos en tac de tórax compatibles con contusiones pulmonares, abdomen sin alteraciones, Efast negativo, continuar vigilancia. SS cupo en uci para continuar monitoria.

REVISIÓN POR SISTEMAS
Sistema neurológico:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : ***INGRESO UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr. Lizcano
Md. Asistencial : Dr. Toledo

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

NOTAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICOS
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. TCE severo
3. Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
4. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda

PROBLEMAS
Reanimación inicial.
Estado neurológico incierto
Anisocoria

ESCALAS
- APACHE II: 4 Puntos
- SOFA I: 6 Puntos.
- Escala de suicidio: No valorable

ANTECEDENTES
PATOLÓGICOS: HTA Crónica
FARMACOLÓGICOS: Losartan 50 mg VO cada 12 horas
QUIRÚRGICOS: niega
TÓXICO: niega
ALÉRGICOS: niega
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 179/84 mmhg
TAM: 102 mmhg
FC: 92 lpm
Temp. 36. 6 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo VC FIO2: 28% Peep 6 VTE: 350/320 FR: 14/14 rpm SO2: 98%

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: Desconocida

METABÓLICO: Sin aporte metabólico
Glucometría: 185 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical a cuantificar

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril al ingreso, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Bajo sedoanalgesia con Midazolam/Fentanilo en RASS -3, pupilas anisocóricas, pupila derecha 3mm e izquierda en 1 mm.
.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

NOTAS MÉDICAS

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Destino del paciente: INTERNACION
Consentimiento informado: Requiere Lo tiene

Análisis del caso: ANÁLISIS

Paciente quien ingresa en contexto de politraumatismo por accidente de transito con trauma cerrado craneofacial y de torax, en abordaje en urgencias paciente con deterioro del estado de consciencia requiriendo IOT, se realiza PANSCAn y es valorada por Neurocirugia quien no evidencia lesiones a nivel intracraneal, y por cirugía general quien solo evidencia Contusion pulmonar izquierda, ingresa a la UCI por requerimiento de soporte por VMI. Al ingreso

- A nivel hemodinámico, estable, sin requerimiento de soporte vasoactivo, frecuencias y presiones arteriales en metas, sin eventos cardiovasculares, lactato depurado.
- A nivel ventilatorio, bajo soporte por VMI en modo controlado, con parametros basales, acoplada y sincronica, no se evidencia RX de torax en el sistema.
- A nivel gastrometabolico, sin aporte metabólico, no cuenta con sonda para soporte nutricional enteral, aun no definible paso por no disponibilidad de imagenes de cara y cervical, glucometrías en metas.
- A nivel hematoinfeccioso, afebril y sin sangrados al ingreso, SIRS asociado al trauma, leucocitosis reactiva, se protege de la hipotermia, anemia leve sin base de exceso negativa, sin trombocitopenia, por el momento se indica tromboprofilaxis mecánica, no indicación de tratamiento antibiotico.
- A nivel renal diuresis por sonda vesical en proceso de cuantificar, azoados sin ascenso, sin trastornos electrolitos, se dejan LEV basales.
- A nivel neurológico bajo sedoanalgesia, se inicia sedacion cooperativa para valorar despertar ante reporte de no lesiones intracraneales, se deja anticonvulsivante por sugerencia de grupo tratante, ademas pendiente realizacion de TAC de craneo y Angiotac de Vasos para descartar otras lesiones.

Paciente con requerimiento de monitoria continuar en Unidad de Cuidado intensivo por soporte ventilatorio, pronostico incierto de secuelas neurologicas, alto riesgo de fallecimiento, al ingreso sin familiar para brindar información.
Plan de manejo: PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Inmovilización cervical
- Nada vía oral

MEDICAMENTOS
- LEV: SSN a 80 cc/hr
- Dexmedetomidina 0, 4 - 1. 4mcg/kg/hora
- Fentanilo 0. 5-4 mcg/kg/hr
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Dipirona 1 gr IV cada 8 horas.
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas

SE SOLICITA
- TAC de cráneo + Angiotac en 8 horas
- GA + Lactato en 8 horas.

EN PROCESO
. Reporte oficial de imagenes
. Seguimiento por Neurocirugía
. Seguimiento por Cx general
. Valoración por Oftalmología.

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg

NOTAS MÉDICAS

* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl

Observaciones: UCI.

Firmado por: CARLOS ALBERTO LIZCANO BALBUENA, CIRUGIA CARDIOVAS, Registro 68523/97, CC 91265248

Fecha: 20/01/2024 05:39 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, bajo efectos de sedoanalgesia, RASS-4, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 1).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectado a la ventilacion mecanica en modo VC con FiO2:28%, VT:350/408, FR:14/14, Peep:6, F:34, RIE:1:3, 0, acoplado al ciclo ventilatorio, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, sin sobreagregados
A la palpacion: No se perciben crepitos ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 122/75, Presión arterial media(mmhg): 90
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 74 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 14
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realizar:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-AFE lenta y rapida
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando escasa cantidad de secreciones mucoides fetidas
-Succion de orofaringe
-Se mantienen parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena 10ml, sonda succion regulador#14

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 20/01/2024 09:26 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICINA DE URGENCIAS

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: FORMULACION
Objetivo: FORMULACION

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: FORMULACION

Plan de manejo: FORMULACIOJN

Justificación de permanencia en el servicio: .

Firmado por: CATALINA GUERRERO NILO, MEDICINA DE URGENCIAS, Registro 452727, CC 452727

Fecha: 20/01/2024 10:29 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenino en uci critico con os sgtes diagnosticos:

1. Accidente automovilístico en calidad de peatón
 - Politraumatismo cerrado de alta cinemática
2. Trauma craneoencefálico severo en estudio
Objetivo:
recibo paciente con via aerea artificial dada por TOT#7. 0 fijo a 22 cm, conectado a ventilacion mecanica con los sgtes parametros:modo: A/C VT 350 PEEP 6 FR 14/16 RIE 1-2 FIO2 28%
RASS -4

a la inspeccion sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular amplitud superficial, a la asucultacion con aireacion broncopulmonare presente en ambos campos pulmonares sin ruidos sobreagregados.
Signos de dificultad respiratoria: sin alteracion
Patrón respiratorio: toracoabminal
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 17

NOTAS MÉDICAS

Saturación de oxígeno 99%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo terapeutico:
permeabilizar via aerea
diminuir riesgo de infecciones respiratorias

previo lavado de manos y uso de epp se realiza:

monitoreo respiratorio
posicionamiento en cama para intervencion
aceleracion de flujo espiratorio
succion de secreciones por TOT con sonda cerrada obteniendo moderada secrecion mucoide
succion de secreciones por orofaringe obteniendo moderada secrecion mucoide
verificacion de presion de neumotaponador

paciente tolera procedimiento queda estable dentro de sus condiciones

INSUMOS:
1 sonda succion abierta
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 20/01/2024 10:37 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICINA DE URGENCIAS

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION UCI
Objetivo: VER NOTA

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

PROBLEMAS
Estado neurológico incierto
Anisocoria
Oliguria

NOTAS MÉDICAS

Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 136/67 mmhg
TAM: 90 mmhg
FC: 69 lpm
Temp. 36. 4 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo VC FIO2: 28% Peep 6 VTE: 350/517 ml FR: 14/16 rpm SO2: 97%

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: Desconocida

METABÓLICO: Sin aporte metabólico
Glucometría: 185 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical 150 cc en 6 horas GU 0. 2 cc/kg/h Balance +302 cc

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril desde ingreso, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Bajo sedoanalgesia con Midazolam/Fentanilo en RASS -4, pupilas anisocóricas, pupila derecha 3mm e izquierda n 1 mm fijas

VNO OD 4. 8 mm
VNO OI 5. 4 mm
Cráneo : ANEXOS
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Cara
Ojos : MEDICAMENTOS
- LEV: SSN Bolo 300 cc luego 120 cc/hr por 6 horas
- Dexmedetomidina 0, 4 - 1. 4mcg/kg/hora- RETIRO
- Fentanilo 0. 5-4 mcg/kg/hr *RETIRO
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Dipirona 1 gr IV cada 8 horas.
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas

SE SOLICITA
Gases arteriales, lactato, hemograma, sodio, potasio, BU, Cr
TAC facial con reconstruccion 3D-
TAC de cráneo simple + Angio de vasos de cuello y cerebro ahora
Valoración cx maxilofacial

EN PROCESO
. Reporte oficial de imagenes
. Seguimiento por Neurocirugía
. Seguimiento por Cx general
. Valoración por Oftalmología.
. Eco de nervio óptico.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS

NOTAS MÉDICAS

TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente con historia clinica anotada quien cursa con politraumatismo por accidente de transito asociado a deterioro neurolologico por lo cual ingresa a UCI. En En seguimiento por cirugia general y neurocirugia, quienes realizaron ayer PAN SCAN con lesiones descritas a nivel toracico y facial, sin indicacion quirurgica emergente por ahora. En el momento
. Hemodinamicamente estable con tam y fc en metas, no signos de bajo gasto, llenado capilar normal. Se solicita gasometria arterial y lactato de control
. Bajo VMI acoplada a modo controlado con parametros basales, spo2 en metas, sin trastorno de oxigenacion. Se solicita rx de torax.
. Afebril, leucocitosis leve, probablmente reactiva, sin rastreos microbiologico en curso ni signos de foco infeccioso activo, se hara seguimiento a aparicion de SIRS.
. Sin sangrado externo evidente, hb y plaquetas en metas. Se solicita control paraclinico
. Diuresis en oliguria, azoados noramles, sin trastorno acido base ni hidroelectrolitico, se indica optimizar aporte hidrico con reto de liquidos y hacer seguimiento, por ahora sin indicacion de TRR.
. A nivel metabolico con glucoemtria aceptable, se solicita TAC de cara con reconstruccion 3D para descartar fracturas y valoracion por cirugia maxilofacial. Segun reporte se hara paso de SNG vs Orogastrica para asegurar aporte nutricional.
. A nivel neurologico bajo sedoanalgesia rass -4 con pupilas anisocoricas fijas OD 3 mm OI 1 mm, se solicita toma de TAC de craneo simple y angio tac de vasos de cuello y cerebro ahora de control para descartar lesiones que expliquen deterioro neurologico. Se realiza medicion de vaina de nervio optico con POCUS describiendo mediciones dentro de parametros normales. Se comentara caso con especialidades tratantes.
Se deja la anotacion de que por inconveniente con Sistema de reporte de imagenes no es posible visalizar ninguna ayuda diagnostica de este tipo. Se acudirá a servicio diagnotico para evaluar imagenes, mientras tanto se usa reporte descrito en HC.

Plan de manejo: MONITOREO UCI

VER PLAN EN NOTA

Justificación de permanencia en el servicio: SOPORTE VMI
REQUEIERE VIGILANCIA NEUROLOGICA HORARIA.

Firmado por: CATALINA GUERRERO NILO, MEDICINA DE URGENCIAS, Registro 452727, CC 452727

Nota aclaratoria

Fecha: 20/01/2024 12:57

NOTA MEDICA
Se revisa TAC de craneo simple de control -Sin lectura oficial por radiologia- en servicio de imagenes diagnosticas que impresiona no tener foco de sangrado agudo ni lesiones ocupantes de espacio, no desviacion de linea media, ventriculos libres de tamaño disminuido. Se comentara caso con neurocirugia. De momento se indica suspender sedoanalgesia para evaluar condicion neurologica.

Firmado por: CATALINA GUERRERO NILO, MEDICINA DE URGENCIAS, Registro 452727, CC 452727

Fecha: 20/01/2024 10:56 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: INTERCONSULTA NEUROCIRUGÍA
Residente Neurocirugía UV: Dr. Francisco Rojas

valoracion 20/01/2024 8am

NOTAS MÉDICAS

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm MEDAD ACTUAL:
paciente qLA COGIO UN CARRO"

ENFERMEDAD ACTUAL:
paciente quine ingresa con Personal de remisión, refieren accidente de tránsito en calidad de peaton - arrollada por automovil, aproximadamente hacia las 4pm (19/01/2024). Es llevada a hospital en Dagua, donde reportan ingresa con glasgow 10/15, con múltiples episodios eméticos, signos vitales estables, con deterioro neurológico hasta 6/15 por lo que deciden asegurar vía aérea y remiten como urgencia vital. Paciente ingresa bajo intubación orotraqueal, variables hemodinámicas estables, al examen físico hematoma occipital, anisocoria, equimosis hemicara derecha y muslo izquierdo, sin otros hallazgos. Es llevada a imágenes donde en TAC de cráneo simple No se evidencio lesiones hemorrágicas o fracturas en tabla ósea, efast normal, o evidencian fracturas costales

ANTECEDENTES:
patologicos: se desconocen
alergicos:se desconocen
farmacolgiicos se desconocen
quirurgicos: se desconocen

EXAMEN FÍSICO:

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea

VMI-IOT
Midazolam 0. 09 mg/kg/hora
Fentanyl 1 mg/kg/hora

Glasgow no evaluable por sedación RASS -4
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable
ESTUDIOS PREVIOS:

ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:

tac de craneo simple 19/01/2024: no areas de isquemia o hemorragia, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

tac de columna cervical simple19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis, canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)

PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:

PARACLÍNICOS:
20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46
Hemograma: Leu: 6. 670, Neu: 4. 970, Lin:1. 220, Hb:9. 9, HTO: 31. 8, PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-

NOTAS MÉDICAS

LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90

CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1. 60, NITROGENO UREICO(BUN): 13. 8, POTASIO: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

Objetivo:
ANÁLISIS:
Gloria, 55 años, politrauma por accidente de transito, a la valoracion bajo sedacion, ventilacion mecanica, anisocoria, presencia de reflejos de tallo cerebral, tac de craneo simple y de columna cervical simple no se observan lesiones traumaticas agudas detectables por este medio, se considera tce severo, en el momento sin idnciacion de manejo quriurgico, ni posicionamiento de monitoria de pic (solo un criterio, edad). se indico manejo en uci con medidas de neuroproteccion, por hallazgo de anisocoria se solicita angiotac de cerebro para descartar lesiones vaculares (pte), y tac de control. de ser posible avanzar en desmonte de sedacion. no se descarta lesion axonal difusa, enc aso de no evidenciar cambios, o hallagzos imagenklogicos, se solicitara resonancia cerebral.

PLAN:
manejo en uci
ventilacion mecanica
sedoanalgesia para rass -4/-5
cabecera a 30 grados
lactato ringer 80cc/h iv
levetiracetam 1g iv c/12h
omeprazol 40mg iv c/24h
acetaminofen 1g iv c/8h
hoja neurologica horario
monitoria hemodinamica continua
medidas de neuroproteccion
medidas antiescaras
pte angiotac de cerebro - tac craneo simple en 6 horas
pte ecografia de la vaina del nervio optico
favor avisar cambios a neurocirujano de turno
seguimiento por cirugia general

*METAS TCE SEVERO:
PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg
Hb 7 gr/dl - Hto 21%
Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl

NOTAS MÉDICAS

Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36
Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: WILLIAM RICARDO VARGAS ESCAMILLA, NEUROCIRUJANO, Registro 95702-07, CC 74374376

Fecha: 20/01/2024 12:43 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - CIRUGIA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

Diagnósticos:
1. Accidente automovilístico en calidad de peatón
- Politraumatismo cerrado de alta cinemática
2. Trauma craneoencefálico severo en estudio

objetivo
En el momento paciente en toma de imágenes por lo que no es posible valorarla

NOTAS MÉDICAS

Cabeza
Cuero cabelludo : Análisis
Paciente de 55 años quien ingresa en contexto de politraumatismo cerrado de alta cinemática por accidente de tránsito carro vs peatón, en calidad de peatón. Tiene historia de deterioro neurológico súbito en periferia por lo que remiten para valoración por cirugía y neurocirugía. Al ingreso paciente bajo sedoanalgesia con RASS -4, hipertensa, con dos laceraciones profundas asociadas a edema en región occipital, sin hallazgos patológicos en tórax y abdomen, con E-FAST negativo para neumotórax, hemotorax y liquido libre en cavidad peritoneal. Por mecanismo de trauma de alta cinemática en contexto de paciente intubado se solicita PANSCAN el cual ya fue realizado pero todavía no se cuenta con resultados de imagen. Por el momento a la espera de reporte oficial para definir nuevas conductas.

Plan
Hospitalización en UCI quirúrgico
A la espera de reporte de imágenes solicitadas
Continúa manejo integral en UCI
Seguimiento por cirugía general y neurocirugía
Cráneo : Normal
Cara
Ojos : Normal
Nariz : Normal
Boca : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CRISTHIAN DAVID ARROYAVE DURAN, CIRUGIA GENERAL, Registro 1087555795, CC 1087555795

Fecha: 20/01/2024 14:03 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Normal	6.58	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	71.9	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Normal	22.3	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	4.4	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Bajo	0.5	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.20	%	0,1-1,2

NOTAS MÉDICAS

2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	0.70	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Normal	4.73	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.47	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Normal	0.29	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Bajo	0.03	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.01	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Normal	0.05	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.37	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	32.4	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	10.3	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	96.2	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	30.50	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.8	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.30	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Bajo	180	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	11.30	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: JHOANA GABRIELA MARCILLO CUASQUEN, BACTERIOLOGO, Registro 1087424589, CC 1087424589

Fecha: 20/01/2024 14:17 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NOTAS MÉDICAS

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	28.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.5	--	--
1302	pH	Bajo	7.310	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Normal	47.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Bajo	75.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	11.6	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	34.0	%	37-47
1307	SO2	Normal	95.0	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.320	--	--
1309	PCO2t	Normal	46.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	73.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Normal	23.7	mmol/L	21-28
1312	BE	Bajo	-2.8	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	-2.6	mmol/L	--
1314	ctCO2	Alto	25.1	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	92.8	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.2	%	--
1317	FMetHb	Normal	1.0	%	--
1318	FHHb	Normal	4.9	%	--

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 20/01/2024 14:17 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
9031A1	ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO	Normal	1.40	mmol/L	--

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 20/01/2024 14:17 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CALCIO IONICO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903604	CALCIO IONICO	Bajo	1.09	mmol/L	1,18-1,32

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 20/01/2024 15:03 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenino en uci critico con os sgtes diagnosticos:

1. Accidente automovilístico en calidad de peatón
 - Politraumatismo cerrado de alta cinemática
2. Trauma craneoencefálico severo en estudio
Objetivo:
recibo paciente con via aerea artificial dada por TOT#7. 0 fijo a 22 cm, conectado a ventilacion mecanica con los sgtes parametros:modo: A/C VT 350 PEEP 6 FR 14/16 RIE 1-2 FIO2 28%
RASS -4

Objetivo:
continua paciente en uci critico, con via aerea artificial dada por TOT#7. 0 fijo a 22 cm, conectado a ventilacion mecanica con los sgtes parametros: modo PRVC 350 PEEP 6 FR 14/16 RIE 1-2 FIO2 28% responde con adecuados volumene y FR
RASS -3
Al momento sin sedacion.

a la inspeccion sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular amplitud superficial, a la asucultacion con aireacion broncopulmonare presente en ambos campos pulmonares sin ruidos sobreagregados.
Signos de dificultad respiratoria: sin alteracion
Patrón respiratorio: toracobadominal
Expectativas con la terapia: no aplica

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo terapeutico:
permeabilizar via aerea
diminuir riesgo de infecciones respiratorias

previo lavado de manos y uso de epp se realiza:

monitoreo respiratorio
posicionamiento en cama para intervencion
aceleracion de flujo espiratorio
cambio de posicion TOT

NOTAS MÉDICAS

succion de secreciones por TOT con sonda cerrada obteniendo moderada secrecion mucoide
succion de secreciones por orofaringe obteniendo moderada secrecion mucoide
verificacion de presion de neumotaponador

al momento en modo espontaneo, sin sedoanalgesi, retirada hoy.

paciente tolera procedimiento queda estable dentro de sus condiciones

INSUMOS:
1 sonda succion abierta
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 20/01/2024 15:46 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - ESPECIALISTA MAXILOFACIAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: INTERCONSULTA CIRUGIA MAXILOFACIAL
ID: CC 29401014
EDAD: 55 AÑOS
FINANCIADOR: SURA - SOAT

Paciente hospitalizada en contexto de politraumatismo asociado a accidente de transito en calidad de peaton vs automovil, presentando trauma craneoencefalico y requerimiento de soporte ventilatorio invasivo, ademas epistaxis y sangardo en cavidad oral por lo cual interconsulta con nuestro servicio.

Antecedentes
Patologicos: HTA
Farmacologicos: Losartan
Alergicos: Ninguno
Quirurgicos: Ninguno
Toxicologicos: Ninguno
Familiares: Ninguno
Objetivo: Paciente en cubiculo sala UCI quirurgico, en regulares condiciones generales, bajo sedoanalgesia RASS -3, soporte ventilatorio invasivo mediante TOT, al momento hemodinamicamente estable.

Examen fisico
Craneo: normocefalo, no se palpan depresiones oseas, ni crepitos, herida en cuero cabelludo region occipital de 5 x 6 cms aproximadamente sin sangrado activo.
Cuello: inmovilizacion cervical mediante collar filadelfia.
Analisis facial
Tercio superior: edema en region frontal, no depresiones oseas, no crepitos
Tercio medio: pupilas anisocoricas, pupila derecha 3mmm, pupila izquierda 2mm, hiporreactivas a la luz, movimientos extraoculares conservados, edema y equimosis en region orbitaria derecha, no se palpan crepitos, edema nasal, no laterorrinia, no epistaxis, no hematoma septal, estabilidad en maxilar y region malar, no depresiones oseas.
Tercio inferior: estabilidad mandibular, ATM no explorable.
Intraoral: No explorable por TOT.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :TC CARA Y SENOS PARANASALES HUV 20/01/2024
Pendiente lectura oficial
Se aprecian trazos de fractura simple en huesos propios nasales bilateral tipo Rohrich II

NOTAS MÉDICAS

No se evidencian trazos ni hallazgos adicionales sugestivos de fractura a nivel craneomaxilofacial.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente femenina de 55 años de edad hospitalizada en contexto de politraumatismo, con trauma craneoencefalico severo y facial asociados sin requerimiento de manejo quirurgico agudo, al momento en regulares condiciones generales, bajo ventilacion mecanica invasiva y monitorizacion en UCI, se contacta personal de la sala, atentos a evolucion clinica.

Plan de manejo: Continuar vigilancia neurologica y monitorizacion de signos vitales
Atentos a evolucion clinica

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: VERONICA GOMEZ ARCILA, ESPECIALISTA MAXILOFACIAL, Registro 13025602, CC 1047430232

Fecha: 20/01/2024 17:09 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Alto	112.00	mmol/L	98-107

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 20/01/2024 17:09 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

FOSFORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903835	FOSFORO EN SUERO	Normal	3.3	mg/dL	2,5-4,5

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 20/01/2024 17:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

MAGNESIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia

NOTAS MÉDICAS

903854	MAGNESIO EN SUERO	Normal	1.60	mg/dL	1,6-2,3

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 20/01/2024 17:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	13.8	mg/dL	7-17

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 20/01/2024 17:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.00	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 20/01/2024 17:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Normal	139.00	mmol/L	137-145

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 20/01/2024 17:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Normal	0.53	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 20/01/2024 19:44 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: Residente 1er año: Francisco J Rojas C
valroacion 13 hrs.

paciente en contextod e politraumatismo, TCE De ingreso, moderado glasgow 10/15, con posterior deterioro neurologico 6/15, y realizan iot. y trasladan a uci. en neuroimagen sin evidencia de lesiones intraaxiales ni extraaxiales, con linea amedia centrada, cisternas permeables, no compromiso agudo en fosa posterior. se considero control imagenolgoico y angiotac para descartar compromiso vascular. en tomorgafia de control, no hay hallazgos con lesiones que ameriten intervencion neruoquirurgica, y angiotomografia, sin evidenciar compromiso a gran escala de lesiones en trayecto arterias de circuacionposterior, ni compromiso carotideo, a favor de diseccion, u oclusion de contraste (pendiente lectura oficial), en tac de columna cervical, tampoco se observan trazos de fractura, o lesiones intracanal. se realiza moniotoria de vaina del nervio optico, con parametros < 6mm en ambos ojos. persiste con anisocoria 2 mm ojo izquierdo, 3 mm ojo derecho, con reflejos de tallo presentes, se avanzo en suspencion de sedacion, glasgow 6/15 (1-1-4). posiblemente se trate de una lesion axonal difusa. alto riesgo de complicaciones. debe continuar con vifgilancia estricta en uci. se solicita resonancia cerebral como urgencia vital con soporte de sedacion.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: WILLIAM RICARDO VARGAS ESCAMILLA, NEUROCIRUJANO, Registro 95702-07, CC 74374376

Fecha: 20/01/2024 20:20 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - CIRUGIA CARDIOVAS

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo:
EVOLUCION UCI CQX

ESPECIALISTA: DR LIZCANO
ASISTENCIAL: DR GAMBOA
Objetivo:
EVOLUCION UCI CQX

NOTAS MÉDICAS

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente hemodinamicamente estable, sin soporte vasopresor, sin signos de bajo gasto cardiaco, sin signos de hipoperfusion, no signos de bajo gasto cardiaco, lactato depurado
Ventilacion mecanica invasiva, con trastorno de la oxigenacion leve, acidosis respiratoria, con ajustes en ventilacion mecanica pendiente realizar nuevos gases arteriales.
Funcion renal conservada, sin trastorno en electrolitos.
anemia leve, sin sangrado activo, no lleucocitosis, sin trastorno en plaquetas, afebril.
Neurologicamente glasgow 6/15 pupilas anisocoricas izquierda 1 mm derecha 2 mm hiporreactivas. a la espera de realizar RM cerebral

Plan de manejo: manejo en uci

Justificación de permanencia en el servicio: ventilacion mecanica invasiva.

Firmado por: CARLOS ALBERTO LIZCANO BALBUENA, CIRUGIA CARDIOVAS, Registro 68523/97, CC 91265248

Fecha: 20/01/2024 22:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 3/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 1 de la ventilacion mecanica, cuello ortopedico, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo PRVC: VC:400/395, FR:18/18, FIO2:30, PEEP:6, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual
Signos de dificultad respiratoria: NO APLICA
Patrón respiratorio: NO APLICA
Expectativas con la terapia: NO APLICA

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 140/75, Presión arterial media(mmhg): 96
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 75 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18

NOTAS MÉDICAS

Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 30

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Medicion del neumotaponador
Cambio de posicion del TOT
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 20/01/2024 22:46 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Normal	6.67	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	74.4	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	18.3	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Normal	5.3	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	1.1	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Bajo	0.00	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	0.90	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Normal	4.97	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.22	10\S\3/uL	1,18-3,74

NOTAS MÉDICAS

2013	MONOCITOS #	Normal	0.35	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Normal	0.07	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Bajo	0.00	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Normal	0.06	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.29	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	31.8	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	9.9	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	96.8	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	30.10	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.1	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.40	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Bajo	162	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	10.80	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	15	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: ALEJANDRA SANDOVAL VILLAREAL, BACTERIOLOGO, Registro 1144204894, CC 1144204894

Fecha: 20/01/2024 22:51 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	28.00	%	--

NOTAS MÉDICAS

1301	TEMPERATURA	Normal	36.5	--	--
1302	pH	Normal	7.380	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Normal	35.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Normal	83.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	9.9	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	29.0	%	37-47
1307	SO2	Normal	97.5	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.390	--	--
1309	PCO2t	Normal	34.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	80.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Bajo	20.7	mmol/L	21-28
1312	BE	Bajo	-3.9	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	-4.4	mmol/L	--
1314	ctCO2	Normal	21.8	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	95.5	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.2	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.9	%	--
1318	FHHb	Normal	2.4	%	--

Firmado por: ALEJANDRA CAROLINA AMARO ANAYA, BACTERIOLOGO, Registro 1127576548, CC 1127576548

Fecha: 20/01/2024 22:51 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
9031A1	ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO	Normal	0.90	mmol/L	--

Firmado por: ALEJANDRA CAROLINA AMARO ANAYA, BACTERIOLOGO, Registro 1127576548, CC 1127576548

Fecha: 20/01/2024 23:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	16.0	mg/dL	7-17

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 20/01/2024 23:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	3.90	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 20/01/2024 23:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Normal	139.00	mmol/L	137-145

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 20/01/2024 23:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.46	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 21/01/2024 06:03 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: : Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 3/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 1 de la ventilacion mecanica, cuello ortopedico, sonda nasogastrica, sonda

NOTAS MÉDICAS

vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo PRVC: VC:400/395, FR:18/18, FIO2:30, PEEP:6, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales :PH:7. 39, PCO2:64, PO2:80, HCO3:20. 7, BE:-4. 4, PAFI:285
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 166/72, Presión arterial media(mmhg): 103
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 63 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 30

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Medicion del neumotaponador
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 21/01/2024 08:56 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

NOTAS MÉDICAS

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Se abre folio para formulacion

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JUAN CAMILO ANGEL MEDINA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144086402, CC 1144086402

Fecha: 21/01/2024 09:26 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: VER NOTA
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr Burbano
Md. Asistencial : Dr Angel

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

PROBLEMAS
Estado neurológico incierto

NOTAS MÉDICAS

Anisocoria
Oliguria
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 173/73 mmhg
TAM: 111 mmhg
FC: 74 lpm
Temp. 36. 2 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo PRVC con FiO2:28%, VT:400/350, FR:18/20, Peep:6

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: Desconocida

METABÓLICO: Sin aporte metabólico
Glucometría: 173-137-152 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU 0. 5 cc/kg/h en 24 horas
Balance +2250 cc

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Bajo sedoanalgesia con Dexmedetomidina/Dipirona, pupilas anisocóricas, pupila derecha 3mm e izquierda n 1 mm fijas
Cráneo : ANÁLISIS

Paciente con historia clinica anotada quien cursa con politraumatismo por accidente de transito asociado a deterioro neurolologico por lo cual ingresa a UCI. En En seguimiento por cirugia general y neurocirugia, quienes realizaron ayer PAN SCAN con lesiones descritas a nivel toracico y facial, sin indicacion quirurgica emergente por ahora. En el momento
. Hemodinamicamente estable con tam y fc en metas, no signos de bajo gasto, llenado capilar normal.
. Bajo VMI acoplada a modo controlado con parametros basales, spo2 en metas, sin trastorno de oxigenación, sin trastorno ácido base.
. Afebril, sin leucocitosis ni netrofilia, sin rastreos microbiologico en curso ni signos de foco infeccioso activo, se hara seguimiento a aparicion de SIRS.
. Sin sangrado externo evidente, hb y plaquetas en metas.
. Diuresis en oliguria, azoados normales, sin trastorno acido base ni hidroelectrolitico, se hara vigilancia y seguimiento por ahora sin indicacion de TRR.
Cara
Ojos :. A nivel metabolico con glucoemtria aceptable, se solicita TAC de cara con reconstruccion 3D para descartar fracturas y valoracion por cirugia maxilofacial quienes refieren sin requerimiento de manejos quirurgicos urgentes por el momento.
. A nivel neurologico bajo sedoanalgesia cooperativa para rass entre -1 y 0 anisocoricas fijas OD 3 mm OI 1 mm, se solicita toma de TAC de craneo simple control no se cuenta con imagenes en plataforma institucional.
Se deja la anotacion de que por inconveniente con Sistema de reporte de imagenes no es posible visalizar ninguna ayuda diagnostica de este tipo. Se acudirá a servicio diagnotico para evaluar imagenes, mientras tanto se usa reporte descrito en HC.

Paciente con requerimiento de monitoria continuar en Unidad de Cuidado intensivo por soporte ventilatorio, pronostico incierto de secuelas neurologicas, alto riesgo de fallecimiento, sin familiar para brindar información.
Nariz : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica

NOTAS MÉDICAS

- Inmovilización cervical
- Nada vía oral

MEDICAMENTOS
- LEV: SSN 80 cc/hr
-DAD 10% A 30 CC HORA
- Dexmedetomidina 0, 2 - 1. 4mcg/kg/hora-
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Dipirona 2 gr IV cada 8 horas. AJUSTE
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Gluconato de calcio 1 amp cada 8 horas

SE SOLICITA
Tomografia craneo urgente
Laboratorios control
Se solicita valoracion por nutricion clinica
Boca : EN PROCESO
- TAC de cráneo + Angiotac en 8 horas
. Reporte oficial de imagenes
. Seguimiento por Neurocirugía
. Seguimiento por Cx general
. Valoración por Oftalmología.
. Eco de nervio óptico
. RMN cerebral como urgencia vital por neurocirugia
TAC facial con reconstruccion 3D-
TAC de cráneo simple + Angio de vasos de cuello y cerebro
Valoración cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: VER NOTA

Plan de manejo:,.

Justificación de permanencia en el servicio: VENTILACION MECANICA INVASIVA.

Firmado por: JOSE FERNANDO BURBANO YEPES, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 00555592, CC 13013102

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 21/01/2024 11:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - CIRUGIA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: ***** EVOLUCIÓN CIRUGIA GENERAL****

GLORIA SIABATO GIL
EDAD: 55 años
Objetivo: VER EF.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm
Cabeza
Cuero cabelludo : Diagnósticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
Cráneo : A: 132/70 mmhg
FC: 70 lpm
Temp. 36. 2 °C
Peso aprox: 90 kg

- Cabeza: Bajo VMI acoplada a modo controlado con parametros basales, mucosas húmedas y rosadas, escleras anictéricas, sin epistaxis, sangrado en cavidad oral, presencia de equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema. Herida suturada en región occipital.
- Cuello: móvil, sin lesiones externas, no presenta enfisema subcutáneo, soplos o frémitos.
- Tórax: simétrico, normoexpansivo, sin retracciones. Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, con movilización de secreciones. Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos.
- Abdomen: blando, depresible, no se palpan masas ni megalias.
- Extremidades: simétricas, pulsos distales presentes simétricos y de buena intensidad, llenado capilar menor de dos segundos.
- Neurológico: RASS -4, con sedoanalgesia.
Cara
Ojos : Paciente de 55 años quien ingresa en contexto de politraumatismo cerrado de alta cinemática por accidente de tránsito carro vs peatón, en calidad de peatón. Cursando con TCE severo, tiene historia de deterioro neurológico súbito en periferia por lo que remiten para valoración por cirugía y neurocirugía. Al ingreso con neuroimagen sin evidencia de lesiones intraaxiales ni extraaxiales, con línea media centrada, cisternas permeables, no compromiso agudo en fosa posterior, tomografía de control sin hallazgos que indiquen manejo quirúrgico por neurocirugía; angiotomografía sin evidencia de compromiso a gran escala de lesiones en trayecto arterias de circulación posterior, ni compromiso carotídeo, a favor de resección, u oclusión de contraste, sin aparente lesión cervical; ahora en estudio de lesión axonal difusa por parte de neurocirugía, en espera de RMN.
Nariz : Adicionalmente tomografía de tórax con contusiones pulmonares bilaterales, mayor en pulmón izquierdo, con atelectasia a dicho nivel, no impresiona fracturas costales; abdomen sin liquido libre en cavidad. En espera del reporte oficial. En el momento paciente estable hemodinamicamente, sin requerimiento de soporte vasoactivo, bajo VMI, a nivel de paraclínicos con función renal conservada, sin trastornos electrolíticos, lactato depurado, sin trastorno ácido base, hemograma sin leucocitosis, hemoglobina con anemia leve, no trombocitopenia. Por

NOTAS MÉDICAS

parte de cirugía general continua seguimiento por trauma cerrado de tórax y abdomen, en espera de reporte oficial de estudios solicitados.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo: Seguimiento por neurocirugia y cirugia general
Reporte de PANSCAN, Radiografia de cadera, muslo izquierdo y antebrazo izquierdo.
Manejo instaurado en UCI.

Justificación de permanencia en el servicio: Patologia no resuelta.

Firmado por: BORIS SANCHEZ RESTREPO, CIRUGIA GENERAL, Registro 270020-12, CC 1037577214

Fecha: 21/01/2024 11:27 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, bajo efectos de sedoanalgesia, RASS-1, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 2).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectado a la ventilacion mecanica en modo PRVC con FiO2:28%, VT:400/350, FR:18/20, Peep:6, T. ins:1, 00, RIE:1:2, 3, acoplado al ciclo ventilatorio, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, sin sobreagregados
A la palpacion: No se perciben crepitos ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 200/97, Presión arterial media(mmhg): 131
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 20
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realizar:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales

NOTAS MÉDICAS

-AFE lenta y rapida
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando escasa cantidad de secreciones mucoides fetidas
-Succion de orofaringe
-Cambio de lateralidad de fijador de TOT
-Se mantienen parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena 10ml, sonda succion regulador#14

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 21/01/2024 16:16 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, bajo efectos de sedoanalgesia, RASS-1, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 2).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectado a la ventilacion mecanica en modo PRVC con FiO2:28%, VT:400/397, FR:18/19, Peep:6, T. ins:1, 00, RIE:1:2, 3, acoplado al ciclo ventilatorio, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, sin sobreagregados
A la palpacion: No se perciben crepitos ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdomina simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 122/70, Presión arterial media(mmhg): 87
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 65 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 97%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realizar:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-AFE lenta y rapida
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando escasa cantidad de secreciones mucoides fetidas
-Succion de orofaringe
-Se mantienen parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena 10ml, sonda succion regulador#14

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

NOTAS MÉDICAS

EDUCACIÓN
Plan educativo: Sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 21/01/2024 16:39 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 5to año Juan Camilo Salcedo

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

EXAMEN FÍSICO:
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
VMI-IOT
Dexmedetomedina/Fentanyl
Glasgow no evaluable por sedación RASS -2
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable
ESTUDIOS PREVIOS:
Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
tac de craneo simple 19/01/2024: no areas de isquemia o hemorragia, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

NOTAS MÉDICAS

tac de columna cervical simple19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis, canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)
PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
PARACLÍNICOS:
20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46
Hemograma: Leu: 6. 670, Neu: 4. 970, Lin:1. 220, Hb:9. 9, HTO: 31. 8, PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90

CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1. 60, NITROGENO UREICO(BUN): 13. 8, POTASIO: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70

Objetivo:

PLAN:
manejo en uci
ventilacion mecanica
sedoanalgesia para rass 0
cabecera a 30 grados
levetiracetam 1g iv c/12h
omeprazol 40mg iv c/24h
acetaminofen 1g iv c/8h
hoja neurologica horario

*METAS TCE SEVERO:
PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg
Hb 7 gr/dl - Hto 21%
Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl
Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36
Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico:

NOTAS MÉDICAS

20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Fecha: 21/01/2024 20:02 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICINA DE URGENCIAS

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: **EVOLUCION UCI CQX**
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Md. Especialista: Dra Guerrero
Md. Asistencial : Dr Garcia

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 150/71 mmhg
TAM: 97 mmhg
FC: 60 lpm
Temp. 36. 1 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

NOTAS MÉDICAS

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo PRVC con FiO2:28%, VT:400/401, FR:18/18, Peep:6

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: Desconocida

METABÓLICO: Sin aporte metabólico
Glucometría: 142-169 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU 0. 4cc/kg/h en 12 horas
Balance +684 cc

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 12 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Bajo sedoanalgesia con Dexmedetomidina/Dipirona, pupilas anisocóricas, pupila derecha 2mm e izquierda n 1 mm fijas.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente quien presenta TCE severo, ahora con focalizacion pupilar, con alta sospecha de lesion axonal difusa, ya valorado por neurocirugia quien no encuentra indicacion de manejo neuroquirurgico emergente. TAC de craneo sin cambios o lesiones de caractersiticas. Agudas se considera solicita resonancia de cerebro para visualizacion de estructuras. Por el momento continua con ventilacion mecanica. Con cifras tensionales estable, sin requerimiento de soporte vasopresor. PAFI y co2 estable. Se solicita vlaoracion por soporte nutricional. Se indica mantener normoglucemica. Diuresis cercana a metas, sin trastorno hidroelectorlitico. Hb estable, Sin requerimeinto de soporte transfusional. Leucos estables, afebril. En manejo con sedacion consciente, persiste anisocoria.

Plan de manejo: Monitoria UCI

Medicamentos

SIn cambios

Se solicita

Paraclinicos de control

Justificación de permanencia en el servicio: Paciente con indicacion de monitoria UCI por ventilacion mecanica.

Firmado por: CATALINA GUERRERO NILO, MEDICINA DE URGENCIAS, Registro 452727, CC 452727

Fecha: 21/01/2024 22:18 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente con los siguientes diangósticos clínicos:

NOTAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

PROBLEMAS
Estado neurológico incierto
Anisocoria
Oliguria

Objetivo: Encuentro paciente hemodinamicametne estable, bajo efectos de sedoanalgensia, conectada a vm modo PRVC con FiO2:28%, VT:400/397, FR:18/19, Peep:6, T. ins:1, 00, RIE:1:2, 3oacoplada a vm sin signosd e dificultad respiratoria, murmullo vesicular presente sin presencia de sobreagregadso, amas funcionales, dependeitne para avd por condicion clinica.
Signos de dificultad respiratoria: no signso
Patrón respiratorio: costal superiro
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 151/72, Presión arterial media(mmhg): 98
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 95 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 20
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se posiciona adcuadmanete, monitoreo respiratrio
movilizacion de reja costal, afe lento y rapido, higiene bronquial por tot obteneidno escasa catndiad de secrecion
higiene orofaringea obtenedino escasa cantidad de secrecion, se cambia lateralidad de tot, se verifica presión de neumotapoandor 25 cmh2o paciente tolera itnervención,
dejo estable, con barandas arriba, se atiendecon epp

insumos
1 par de guantes
1 sonda regular
1jeringa prellena

objetivo
matnener permeable vía aérea.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: LUISA FERNANDA PAREDES ARBELAEZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144066297, CC 1144066297

Fecha: 21/01/2024 23:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Alto	113.00	mmol/L	98-107

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 21/01/2024 23:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	13.0	mg/dL	7-17

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 21/01/2024 23:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	3.60	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 21/01/2024 23:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	136.00	mmol/L	137-145

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 21/01/2024 23:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.40	mg/dL	0,52-1,04

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 22/01/2024 05:35 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente con dx antoadso preivmaetne en hc
Objetivo: Encuentro paciente hemodinamicametne estable, bajo efectos de sedoanalgensia, conectada a vm modo PRVC con FiO2:28%, VT:400/397, FR:18/19, Peep:6, T. ins:1, 00, RIE:1:2, 3oacoplada a vm sin signosd e dificultad respiratoria, murmullo vesicular presente sin presencia de sobreagregadso, amas funcionales, dependeitne para avd por condicion clinica.
Signos de dificultad respiratoria: no signos
Patrón respiratorio: costal superiro
Expectativas con la terapia: no aplcia

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 141/74, Presión arterial media(mmhg): 96
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 55 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se posiciona adcuadmanete, monitoreo respiratrio
movilizacion de reja costal, afe lento y rapido, higiene bronquial por tot obteneidno escasa catndiad de secrecion
higiene orofaringea obtenedino escasa cantidad de secrecion, se cambia lateralidad de tot, se verifica presión de neumotapoandor 25 cmh2o paciente tolera itnervención,
dejo estable, con barandas arriba, se atiendecon epp

insumos
1 par de guantes
1 sonda regular
1jeringa prellena

objetivo
matnener permeable vía aérea.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: LUISA FERNANDA PAREDES ARBELAEZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144066297, CC 1144066297

Fecha: 22/01/2024 06:46 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: ***NOTA DE FORMULACION***
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

NOTAS MÉDICAS

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JUAN DAVID TOLEDO AGUDELO, MEDICINA GENERAL, Registro 1115086306, CC 1115086306

Fecha: 22/01/2024 07:19 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: nota:
Residente 1er año-Ncx, Francisco J Rojas C

Paciente en dia 3 TCE severo, sin lesioens intraaxiales u extraaxiales en neuroimagen, sin lesiones en columna cervical. co apertura ocular espontanea, sin seyguimientoa ordenes. Monitoria no invasiva con VNO dentro de metas < 6mm bilateral. Posible lesion axonal difusa, tiene pendiete realizaicon de rnm cerebral. no se descarta estatus epileptico no motor, por lo que se solicita telemtria x 24 hrs.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 22/01/2024 08:59 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: Se abre folio para formulacion
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Fecha: 22/01/2024 10:25 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Valoración nutricional - Interconsultante - NUTRICIONISTA CLINICA

ANAMNESIS
Motivo de consulta: INTERCOSNULTA POR NUTRICION CLINICA.
Enfermedad actual: DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Psiquismo: PACIENTE CON SEDOANALGESIA.
Tórax y sistema respiratorio: PACIENTE CON VMI.
Sistema gastrointestinal: SIN SINTOMAS GASTROINTESTINALES.
Sistema músculo - esquelético: MASA MUSCULAR CONSERVADA.
Piel y anexos: SIN SIGNOS FISICOS QUE INDIQUEN CARENCIA DE MICORNUTRIENTES.

EXAMEN FÍSICO
Temperatura(°C): 36
Peso usual(Kg): 74 Peso(Kg): 74 Talla(cm): 156 Relación peso/talla(Kg/m): 0
Índice de masa corporal(Kg/m2): 30. 41 [Valores de referencia: Normal 18. 5-24. 9] Apreciación según IMC: Obesidad GI
Superficie corporal(m2): 1. 79

NOTAS MÉDICAS

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : REGULARES CONDICIONES GENERALES.
Tronco
Extremidades superiores : CONSERVA MASA MUSCULAR Y PANICULO ADIPOSO.
Extremidades inferiores : CONSERVA MASA MUSCULAR Y PANICULO ADIPOSO.

Información de Amputaciones
Amputado: No

Perímetros
Perimetro Muscular Brazo(cm): 34 Perímetro pantorilla(cm): 40

Información adicional
Masa muscular: Conservada Panículo adiposo: Aumentado
Mucosas: No Edema sacro: No Edema maleolar: No Ascitis: No
Observaciones: TALLA DIRECTA EN DECUBITO SUPINO: 156 CM
PESO ESTIMADO (VITERI): 74 KG
PB: 34 CM
PP: 40 CM

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

Información General
Historia del apetito: Bueno Hábito alimenticio: Diario Dentadura: Funcional

Alimentos preferidos: PACIENTE CON SEDONALAGESIA, NO SE PUDE REALIZAR INTERROGATORIO O ANAMNESIS.
Intolerancias: PACIENTE CON SEDONALAGESIA, NO SE PUDE REALIZAR INTERROGATORIO O ANAMNESIS.
Alimentos rechazados: PACIENTE CON SEDONALAGESIA, NO SE PUDE REALIZAR INTERROGATORIO O ANAMNESIS.
Restricciones alimentarias: PACIENTE CON SEDONALAGESIA, NO SE PUDE REALIZAR INTERROGATORIO O ANAMNESIS.

Consumo Habitual de Alimentos
Desayuno: PACIENTE CON SEDONALAGESIA, NO SE PUDE REALIZAR INTERROGATORIO O ANAMNESIS.
Media mañana: PACIENTE CON SEDONALAGESIA, NO SE PUDE REALIZAR INTERROGATORIO O ANAMNESIS.
Almuerzo: PACIENTE CON SEDONALAGESIA, NO SE PUDE REALIZAR INTERROGATORIO O ANAMNESIS.
Media tarde: PACIENTE CON SEDONALAGESIA, NO SE PUDE REALIZAR INTERROGATORIO O ANAMNESIS.
Cena: PACIENTE CON SEDONALAGESIA, NO SE PUDE REALIZAR INTERROGATORIO O ANAMNESIS.
Merienda: PACIENTE CON SEDONALAGESIA, NO SE PUDE REALIZAR INTERROGATORIO O ANAMNESIS.

Consume azúcares: No
Consume grasas: No
Consume sal: No.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: No adecuado Aporte calórico: No adecuado.

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :21/01/2024 (23:03)
CL 113 K 3. 6 NA 136 BUN 13 CR 0. 40

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico:

NOTAS MÉDICAS

22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE FEMEINO DE 55 AÑOS DE EDAD, EN UCI, CON SEDOANALGESIA Y VMI, SE ENCUENTRA SOLA AL MOMENTO DE LA ATENCION. CON ANTECEDENTES MENCIONADOS EN HC. NO SE PUEDE INDAGAR SOBRE ALERGIAS, INTOLERANICAS O RECHAZOS ALIMENTARIOS, TAMPOCO SOBRE PESO USUAL O ULTIMO PESO. SE CALCULA UN RANGO DE PESO ADECUADO ENTRE 45 KG Y 60, 5 KG, Y UN PESO IDEAL DE 60, 8 KG PARA UN IMC DE 25. ACTUALMENTE PRESENTA UNA TALLA DIRECTA EN DECUBITO SUPINO DE 156 CM, UN PESO ESTIMADO DE 74 KG (VITERI) Y UN IMC DE 30, 4. CUENTA CON UNOS EXAMENES BIOQUIMICOS QUE INDICAN HIPERCLOREMIA, HIPONATREMIA LEVE, Y CREATININA DISMINUIDA. SIN RPEORTE DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES DESDE EL AREA DE ENFERMERIA. EN EL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DESNUTRICION, POR LE CONTRARIO SE EVIDENCIA PANICULO ADIPOSO AUMENTADO, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS QUE INDIQUEN CARENCIA DE MICORNUTRIENTES. SE CALCULA REQUERIMIENTO CALORICO CON FORMULA DE PENN STATE, IMPLEMENTANDO UN PESO IDEAL, UN TEMPERATURA CORPORAL MAXIMA DE 36°C Y UN VE DE 8L/MIN. PACIENTE QUE SE BENEFICIAIRIA DE INICIO DE NET. SE PRESCRIBE APME POLIMERICO, HIPERCALORICOA E HIPERPROTEICO. DX NUTRICIONAL: OBESIDAD CON REISGO NUTRICIONAL.
Plan de manejo: REQUERIMIENTO CALORICO DIAIRO(PSU2010): 1304. 1 KCAL/DIA (21, 4 KCAL/KG PESO IDEAL/DIA)
REQUERIMIENTO PROTEICO DARIO: 71 GRAMOS/DIA (1, 2 GRAMOS/KG PESO IDEAL/DIA)
*ENSURE CLINICAL LPC X 500 ML, INICIAR INFUSION CONTINUA A 20 ML Y AUMNETAR 10 ML CADA 8 HORAS, HASTA ALCANZAR META DE 37 ML/HORA.
*IRRIGAR SONCA CON 30 CC DE AGUA CADA 4 HORAS.
*APLICAR MEDIDAS ANTIREFLUJO.
*SE PRESCRIBE APME POR 8 DIAS, PARA UN TOTAL DE 15 LPC.
*F. V: 29/01/2024
*SEGUIMIENTO NUTRICIONAL.

Firmado por: LUIS EDUARDO PRETEL VARGAS, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107091032, CC 1107091032

Fecha: 22/01/2024 10:34 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAP.FISICA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: GLORIA SIABATO GIL

Edad: 55 años

CC 29401014

SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24

Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV

2. Politraumatismo por accidente de tránsito

2. 1 TCE severo

NOTAS MÉDICAS

2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho

2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda

3. HTA por HC

Paciente en cama, en delicadas pero estables condiciones generales, bajo sedacion y analgesia, no alertable, hemodinamicamente estable sin soporte vasopresor, intubado y conectado a VMI modo PRVC parametros bajos.

Objetivo: sistema nervioso central, rass -5
sistema musculeosqueletico: AMA pasivos conservados, fuerza muscular no valorable,
sistema tegumentario_ interrumpido por acceso venoso periferico,
sistema cardiovascular y pulmonar: pulsos presentes ritmicos, eucardica, normotensa, afebril, intubada y conectada a VMI modo PRVC vt 400 ml, fr 18, peep 8, fio2 28 % saturando 100 %, se ausculta murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados

***la atencion del paciente se realiza con todos los EPP segun protocolo institucional.
Expectativas con la terapia: disminuir los efectos del reposo prolongado en cama
disminuir estancia hospitalaria

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 152/75, Presión arterial media(mmhg): 100
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 80 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 100%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28
Estado de conciencia: Sedado

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :dominio cardiovascular y pulmonar patron B Y F
dominio musculoesqueletico patron A, B Y C

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: se realiza posicionamiento semisedente en cama, monitoria respiratoria y hemodinamica, ejercicios pasivos de movilidad articular de 4 extremidades, estiramientos de grandes grupos musculares, cabeza y cuello, decargas de peso, estimulacion multisensorial, dejo semisedente en cama baja con barandas elevadas, estable en su condicion.

EDUCACIÓN
El paciente responde la evaluación.

Material de apoyo: verbal, Otro.
Temas en los que se educó: Rehabilitación, Seguridad del paciente.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NORY LILIAN VALLEJO OSORIO, MED.FI.TERAP.FISICA, Registro 29940674, CC 29940674

Fecha: 22/01/2024 11:04 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: Evolución UCI Día
Objetivo: ---

NOTAS MÉDICAS

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : ***EVOLUCIÓN UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr Muñoz
Md. Asistencial :

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

PROBLEMAS

Estado neurológico incierto-Descartar lesion axonal difusa
Anisocoria
Oliguria

ESCALAS
- APACHE II: 4 Puntos
- SOFA I: 6 Puntos.
- Escala de suicidio: No valorable
Cabeza
Cuero cabelludo : ANTECEDENTES
PATOLÓGICOS: HTA Crónica
FARMACOLÓGICOS: Losartan 50 mg VO cada 12 horas
QUIRÚRGICOS: niega
TÓXICO: niega
ALÉRGICOS: niega
Cráneo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 143/70 mmhg
TAM: 90 mmhg
FC: 64 lpm
Temp. 36. 1 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo PRVC con FiO2:28%, VT:400/401, FR:18/18, Peep:6

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias

NOTAS MÉDICAS

Última deposición: Desconocida

METABÓLICO: Sin aporte metabólico
Glucometría: 169 - 178 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU 0. 3cc/kg/h en 12 horas
Balance +3806 cc

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 12 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Bajo sedoanalgesia con Dexmedetomidina/Dipirona, pupilas anisocóricas, pupila derecha 3mm e izquierda n 1 mm fijas

VNO OD 4. 8 mm
VNO OI 5. 4 mm
Cara
Ojos : ANÁLISIS

Paciente femenina de 55 años con antecedente de HTA quien ingresa en contexto de Politraumatismo por accidente de tránsito asociado a deterioro neurológico requiriendo aseguramiento de la vía aerea y soporte ventilatorio. Se documentó TCE Sever con Traum facial, trauma contuso ocular derecho y hemoseno frontal y maxilar derecho, actualmente en seguimiento por cirugía general y neurocirugia, se realizó corpoTC que documenta contusion pulmonar izquierda por ahora sin indicación quirurgica emergente.

En el momento
. Hemodinámicamente: Mantiene metas de presión arterial sin requerimiento de soporte vasoactivo, no presenta signos de bajo gasto ni de hipoperfusión, llenado capilar normal.
. Respiratorio: Continuar con soporte ventilatorio invasivo con parametros bajos y presiones de la vía aerea en rango seguro, acoplada a la ventilacion mecánica, trastorno leve de la oxigenación,
Nariz :. Hematoinfeccioso: Cursa afebril, sin leucocitosis ni neutrofilia, sin rastreos microbiológico en curso ni signos de foco infeccioso activo. Hemoglobina en metas sin requerimiento de soporte transfusional.
. Renal: Diuresis en oliguria, azoados normales, sin disociar, pendiente reporte de gases arteriales para definir necesidad de ajustes en manejo actual.
. A nivel metabólico con glucometría en metas, se solicitó valoración por Nutrición.
. A nivel neurológico bajo sedoanalgesia cooperativa para rass entre -1 y 0 pupilas isocóricas. Se inicia desmonte gradual de sedación con miras a iniciar despertar.
Tiene pendiente realización de TAC de cara con reconstrucción 3D para descartar fracturas y valoración por cirugía maxilofacial quienes refieren sin requerimiento de manejos quirúrgicos urgentes por el momento.
Paciente con requerimiento de monitoria continuar en Unidad de Cuidado intensivo por soporte ventilatorio, pronóstico incierto de secuelas neurológicas, alto rie

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :---.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: ---

Plan de manejo: ---

Justificación de permanencia en el servicio: ----

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Fecha: 22/01/2024 11:04 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, recibiendo precedex, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 3 de la ventilacion mecanica, cuello ortopedico, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo PRVC: VC:400/395, FR:18/18, FIO2:30, PEEP:6, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 152/75, Presión arterial media(mmhg): 100
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 82 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 30

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Medicion del neumotaponador
Cambio de posicion del TOT
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 22/01/2024 11:17 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - CIRUGIA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: Gloria Siabato Gil
cc: 29401014
Edad: 55 años
Ocupacion: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUv: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

Diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito
2. 1 TcE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
Objetivo: TA: 152/75 mmhg
Fc: 80 lpm
FR: 18 rpm
Temp. 36. 7c
Peso aprox: 90 kg

- cabeza: Bajo vMI acoplada a modo controlado con parametros basales. mucosas humedas y rosadas. escleras anictericas. sin epistaxis. sangrado en cavidad oral. presencia de equimosis en region frontal derecha asociada a excoriacion y edema. Herida suturada en region occipital.
- cuello: movil. sin lesiones externas. no presenta enfisema subcutaneo. soplos o fremitos.
- Torax: simetrico. normoexpansible. sin retracciones. Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. con movilizacion de secreciones. Ruidos cardiacos ritmicos y regulares. sin soplos.
- Abdomen: blando. depresible. no se palpan masas ni megalias.
- Extremidades: simetricas. pulsos distales presentes simetricos y de buena intensidad. llenado capilar menor de dos segundos.
- Neurologico: RASS -4. con sedoanalgesia.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

NOTAS MÉDICAS

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años hospitalizada en contexto de politraumatismo cerrado de alta cinematica por accidente de transito carro vs peaton. en calidad de peaton. cursando con TcE severo e historia de deterioro neurologico subito en periferia por lo que remiten. Al ingreso con neuroimagen sin evidencia de lesiones intraaxiales ni extraaxiales. con linea media centrada. cisternas permeables. no compromiso agudo en fosa posterior. tomografia de control sin hallazgos que indiquen manejo quirurgico por neurocirugia. angiotomografia sin evidencia de compromiso a gran escala de lesiones en trayecto de arterias de circulacion posterior. ni compromiso carotideo. sin aparente lesion cervical.

Por parte de cirugia general continua seguimiento por trauma cerrado de torax y abdomen. con tomografia de torax con area de atelectasia en base pulmonar izquierda y proceso consolidativo en posible relacion con consolidacion. no impresiona fracturas costales. abdomen sin liquido libre en cavidad peritoneal. a la espera de reporte oficial. En el momento en estudio de lesion axonal difusa por parte de neurocirugia. tambien a la espera de RMN y reporte oficial de PANScAN con evidencia preliminar de trauma contuso ocular derecho. sin aparente lesion vertebral ni evidencia de hematomas intracraneales. hemoseno frontal o maxilar derecho.
Actualmente paciente hemodinamicamente estable. con vMI. sin requerimiento de soporte vasoactivo. paraclinicos con funcion renal conservada. sin trastornos acido-base ni hidroelectroliticos. lactato depurado. hemograma sin leucocitosis. con anemia leve. Debe continuar seguimiento a la espera de reporte de imagenes para definir conductas adicionales.

Plan de manejo: - Seguimiento por cirugia general y neurocirugia
- Manejo instaurado en UcI.

Pendiente: Reporte de PANScAN. reporte de radiografia de cadera. muslo y antebrazo izquierdo.

Justificación de permanencia en el servicio: pendiente reporte de imagenes.

Firmado por: CRISTHIAN DAVID ARROYAVE DURAN, CIRUGIA GENERAL, Registro 1087555795, CC 1087555795

Fecha: 22/01/2024 14:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

EXAMEN FÍSICO:
#1 Laceración en regóin occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
VMI-IOT

NOTAS MÉDICAS

Dexmedetomedina
Glasgow no evaluable por sedación RASS -1
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable
ESTUDIOS PREVIOS:
Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
tac de craneo simple 19/01/2024: no areas de isquemia o hemorragia, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

tac de columna cervical simple19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis, canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)
PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
PARACLÍNICOS:
20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46
Hemograma: Leu: 6. 670, Neu: 4. 970, Lin:1. 220, Hb:9. 9, HTO: 31. 8, PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90

CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1ODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: O: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70

ANÁLISIS:
Gloria, 55 años, politrauma por accidente de tránsito, con TCE severo que requirio VMI-IOT con neuroimagen que no evidencia hallazgo de lesiones estructurales. al inghreso hemodinamicamente estable sin posteuras anormales. Se determina posibilidad de LAD vs Estatus no motor, se solicito Angiotac de craneo contrastado que descarta la presencia de lesiones vasculares, ahora con sedacion consciente, en estado de minima consciencia, presencia de reflejos de tallo cerebral, sin idnciacion actual de manejo quriurgico, ni posicionamiento de monitoria de pic (solo un criterio, edad). Tiene pendiente RMN Cerebral simple bajo soporte de sedacion como urgencia vital para descartar impresion diagnóstica de LAD.
se solicita Videtelemetria por 24 horas para descartar status epileptico no motor. Continua con anticonvulsivante. Debe continuar en proceso de destete de sedoanalgesia. tiene Monitioria no invasiva normal. hoy con apertura ocular espontanea, sin seguir órdenes. Seguimos bajo vigilancia clínica.
Objetivo: PLAN:
manejo en uci
ventilacion mecanica
sedoanalgesia para rass 0
cabecera a 30 grados
levetiracetam 1g iv c/12h
omeprazol 40mg iv c/24h
acetaminofen 1g iv c/8h

NOTAS MÉDICAS

hoja neurologica horario

*METAS TCE SEVERO:
PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg
Hb 7 gr/dl - Hto 21%
Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl
Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36
Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Fecha: 22/01/2024 15:02 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	10.16	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	81.1	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	13.2	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	3.4	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	1.7	%	0,7-5,8

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

2007	BASOFILOS %	Normal	0.10	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	0.50	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	8.24	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.34	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Normal	0.35	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Normal	0.17	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.01	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Normal	0.05	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.03	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	29.0	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	9.1	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	95.6	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	30.10	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.4	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.30	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Bajo	119	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	11.40	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: ALEJANDRA SANDOVAL VILLAREAL, BACTERIOLOGO, Registro 1144204894, CC 1144204894

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 22/01/2024 15:17 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

MAGNESIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903854	MAGNESIO EN SUERO	Normal	1.80	mg/dL	1,6-2,3

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 22/01/2024 15:18 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	3.50	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 22/01/2024 15:25 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	28.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.5	--	--
1302	pH	Normal	7.370	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Bajo	34.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Normal	99.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	9.9	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	29.0	%	37-47
1307	SO2	Alto	98.6	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.380	--	--
1309	PCO2t	Normal	33.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	96.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Bajo	19.7	mmol/L	21-28
1312	BE	Bajo	-4.9	mmol/L	-2-3

NOTAS MÉDICAS

1313	BE(ecf)	Normal	-5.6	mmol/L	--
1314	ctCO2	Normal	20.7	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	96.4	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.4	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.8	%	--
1318	FHHb	Normal	1.4	%	--

Firmado por: KEVIN DAVID CHAVEZ, BACTERIOLOGO, Registro 1112471785, CC 1112471785

Fecha: 22/01/2024 15:25 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
9031A1	ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO	Normal	1.30	mmol/L	--

Firmado por: KEVIN DAVID CHAVEZ, BACTERIOLOGO, Registro 1112471785, CC 1112471785

Fecha: 22/01/2024 15:25 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CALCIO IONICO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903604	CALCIO IONICO	Bajo	1.16	mmol/L	1,18-1,32

Firmado por: KEVIN DAVID CHAVEZ, BACTERIOLOGO, Registro 1112471785, CC 1112471785

Fecha: 22/01/2024 16:03 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, recibiendo precedex, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 3 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho

NOTAS MÉDICAS

2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS 8, VC:495, FR:20, FIO2:30, PEEP:6, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 113/77, Presión arterial media(mmhg): 89
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 20
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 30

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Medicion del neumotaponador
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 22/01/2024 16:45 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Interconsultante - GRUPO PICC

Tipo de evolución: Evolución adicional
Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS

NOTAS MÉDICAS

Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Consentimiento informado: No requiere

Análisis: Se hace presencia en el servicio de UCI critico quirurgico, se habla con medico general, intensivista y jefe de turno. Paciente con multiples requerimientos en el momento, reposicion de potasio, Dex 10% y demas medicamentos. En el momento solo se cuenta con insumo cateter PICC bilumen y por el estado de la paciente no le va a dar abasto ya que requiere de mas vias.

Plan de manejo: Se sugiere insercion cateter CVC. Se cierra interconsulta quedamos atentos a mas requerimientos.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: SANDRA MARCELA GARCIA AGUIRRE, GRUPO PICC, Registro 1144135201, CC 1144135201

Fecha: 22/01/2024 18:34 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina de 55 años de edad, encuenro en cama en posicion supina, conectada a VMI, con diagnosticos medicos de:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por
REVISION POR SISTEMAS:
S. NEUROLÓGICO: paciente no conecta
S. CARDIORESPIRATORIO: paciente sin soporte vasoactivo, con soporte de oxígeno dado por VMI con parametros de CPAP PS 8, VC:495, FR:20, FIO2:30, PEEP:6
S. OSTEOMUSCULAR: Rangos de movilidad conservados, edema de predominio distal, fuerza muscular no valorable. retracciones musculares
S. TEGUMENTARIO: piel íntegra, hidratada.

Objetivo: paciente con soporte de oxigeno, con buena mecánica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultación: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, sin sobreagregados
A la palpación: No se perciben crepitos, ni enfisema subcutaneo
AMA: conservados
fuerza: no valorable
Expectativas con la terapia: evitar complicaciones del reposo en cama

EXAMEN FÍSICO

NOTAS MÉDICAS

Presión arterial (mmHg): 113/77, Presión arterial media(mmhg): 89
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 20

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVO DE INTERVENCIÓN: evitar complicaciones asociadas al reposo prolongado en cama
Se realiza intervención con todos los EPP
Posicionamiento en cama
Monitoreo respiratorio
ejercicios de bombeo circulatorio
ejercicios pasivos en miembros superiores de flexión y extensión de codo y muñeca, flexión de hombro y abd por 2 series de 10 repeticiones y movilidad articular pasiva en miembros inferiores flexión y extensión de rodilla, flexión y extensión de cadera, dorsiflexión de tobillo, descargas de peso cada uno por 2 series de 10 repeticiones
Estiramientos de grandes grupos musculares, paciente tolera intervención y queda estable dentro de su condición clínica, en cama con barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: LUISA FERNANDA ACOSTA RIVEROS, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144212471, CC 1144212471

Fecha: 22/01/2024 19:17 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - OFTALMOLOGO(A)

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: VALROAICON OFTALMOLOGIA
Objetivo: REGULARES CONDICIONES, CON INTUBACION OROTRAQUEAL Y SEDNOANALGESIA.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : 1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO IV
2. POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO
2. 1 TCE SEVERO
2. 2 TRAUMA FACIAL
- TRAUMA CONTUSO OCULAR DERECHO
- HEMOSENO FRONTAL Y MAXILAR DERECHO
2. 3. TRAUMA CERRADO DE TORAX.
- CONTUSIÓN PULMONAR IZQUIERDA
3. HTA POR HC

PACIENTE EN COMPAÑIA DE HIJA, QUIEN INFORMA QUE SU MADRE NO SUFRE DE NINGUNA PATOLOGIA OFTALMOLOGICA, NO USA GAFAS. NIEGA GALCUOMA EN FAMILIA.
Cara
Ojos : AGUDEZA VISUAL LEJANA NO VALORABLE POR IOT Y SEDACION
PUPILAS: DIÁMETRO: OD: 3 mm OI: 3mm
REFLEJO DIRECTO: OD 1+ OI 1+ REFLEJO CONSENSUAL: OD 1+ OI 1+ DEFECTO PUPILAR AFERENTE: NEGATIVO
EXAMEN EXTERNO:EQUIMOSIS BIPALPEBRAL DERECHO, NO CREPITOS AL PALPAR BORDE PALPEBRAL
BIOMICROSCOPÍA CON LAMPARA DE MANO Y LENTE DE 20D:
OD: CONJUNTIVA SIN ALTERACIONES, CÓRNEA CLARA, CÁMARA ANTERIOR FORMADA, IRIS SIN ALTERACIONES, CRISTALINO TRANSPARENTE
OI: CONJUNTIVA SIN ALTERACIONES, CÓRNEA CLARA, CÁMARA ANTERIOR FORMADA, IRIS SIN ALTERACIONES, CRISTALINO TRANSPARENTE

NOTAS MÉDICAS

TONOMETRÍA BIDIGITAL NORMAL
FONDO DE OJO:
OD: DISCO ÓPTICO DE BORDES BIEN DEFINIDOS, ANR ROSADO, EXCAVACIÓN DE 40%, MÁCULA SANA, VASOS NORMALES, RETINA APLICADA 360°.
OI: DISCO ÓPTICO DE BORDES BIEN DEFINIDOS, ANR ROSADO, EXCAVACIÓN DE 40%, MÁCULA SANA, VASOS NORMALES, RETINA APLICADA 360°.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE DE 55 AÑOS, HOSPITALIZADA TRAS SUFRIRI ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TEC SEVERO Y TRAUMA DE TORAX, ASOCIADO A INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. SOLICITAN CONCEPTO POR EQUIMOSIS BIPALPEBRAL. EXAMEN OFTALMOLOGICO BAJO SEDOANALGESIA Y CON IOT. SE OBSERVA TRAUMA D ETEJIDOS BLANDOS, NO HAY ALTERACIONES EN SEGMENTO ANTERIOR NI POSTERIOR. SE CONSIDERA CONTINUAR MANEJO POR CUIDADO INTENSIVO. NO SE PUEDE EVALUAR AGUDEZA VISUAL CPOR CONDICION ACTUAL.
SE DA CONTROL AMBULATORIO EN 3 MESES, SI AL RETIRAR SEDO ANALGESIA, CURSA CON CAMBIOS EN AGUDEZA VISUAL REINTERCONSULTAR.

HISTORIA CLINCIA REALIZADA CON SUSAN ARREDONDO RESIDENTE DE OFTALMOLOGÍA.

Plan de manejo: SE CIERRA IC. CONTROL AMBULATORIO

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: GERSON LOPEZ MORENO, OFTALMOLOGO(A), Registro 911644, CC 16776528

Fecha: 22/01/2024 20:14 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION UCI CQX

ESPECIALISTA: DR BETANCUR
ASISTENCIAL DR GAMBOA
Objetivo:
EVOLUCION UCI CQX

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

NOTAS MÉDICAS

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente hemodinamicaemente estable, sin soporte vasopresor, sin signos de bajo gasto, sin trastorno acidobase, lactato depurado.
,
en ventilacion mecanica invasiva, con adecuada oxigenacion
gasto urinario en metas con funcoion renal conservada, sin trastorno en electrolitos
neurologicamente bajo sedacion coperativa, con midriasis dado aplicacion de dilatador de pupilas por en servicio de oftamologia para evaluacion. con respuesta neurologica minima, pendiente realizar resonancia cerebral y videotelemetria.

Plan de manejo: manejo en uci

Justificación de permanencia en el servicio: ventilacion mecanica invasiva.

Firmado por: NELSON LUIS BETANCUR ZAMBRANO, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 5207820, CC 5207820

Fecha: 22/01/2024 23:03 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente conectadoa vneitlacion mecnaica invasiva por medio de tot en modo CPAP con psv de 10 peep: 5
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 6/15.
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toraco abdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en semifowler a 45° y realizo:
-Compresiones toracicas.
- Aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion cerrada e instilacion de solucion salina y se obtiene moderada cantidad de secreciones blanquecinas.
-Aspiracion por via orofaringea y se obtiene abundante cantidad de secreciones purulentas
-Insumos:
Sonda de succion.
jeringa de 10 ml
gasas.
Se finaliza sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 22/01/2024 23:06 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	28.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.0	--	--
1302	pH	Bajo	7.320	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Normal	38.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Normal	108.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	11.6	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	34.0	%	37-47
1307	SO2	Alto	99.0	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.330	--	--
1309	PCO2t	Normal	36.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	102.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Bajo	19.6	mmol/L	21-28
1312	BE	Bajo	-6.0	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	-6.5	mmol/L	--
1314	ctCO2	Normal	20.8	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	96.9	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.5	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.6	%	--
1318	FHHb	Normal	1.0	%	--

Firmado por: JUAN CARLOS ZAMBRANO CAMELO, BACTERIOLOGO, Registro 1144198578, CC 1144198578

Fecha: 22/01/2024 23:06 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia

NOTAS MÉDICAS

9031A1	ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO	Normal	1.10	mmol/L	--

Firmado por: JUAN CARLOS ZAMBRANO CAMELO, BACTERIOLOGO, Registro 1144198578, CC 1144198578

Fecha: 22/01/2024 23:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Normal	8.96	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	80.3	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	15.0	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	2.6	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	1.4	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.10	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	0.60	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	7.20	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.34	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Bajo	0.23	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Normal	0.13	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.01	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Normal	0.05	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	2.91	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	27.8	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	8.7	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	95.6	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	29.90	pg	25,6-32,3

NOTAS MÉDICAS

2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.3	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.30	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Bajo	120	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	12.30	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: JHOANA GABRIELA MARCILLO CUASQUEN, BACTERIOLOGO, Registro 1087424589, CC 1087424589

Fecha: 22/01/2024 23:27 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

MAGNESIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903854	MAGNESIO EN SUERO	Alto	2.80	mg/dL	1,6-2,3

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 22/01/2024 23:27 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	12.0	mg/dL	7-17

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 22/01/2024 23:27 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	3.90	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 22/01/2024 23:27 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Normal	137.00	mmol/L	137-145

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 22/01/2024 23:27 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.10	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 23/01/2024 05:46 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente conectadoa vneitlacion mecnaica invasiva por medio de tot en modo CPAP con psv de 10 peep: 5
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 6/15.
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toraco abdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en semifowler a 45° y realizo:
-Compresiones toracicas.
- Aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion cerrada e instilacion de solucion salina y se obtiene moderada cantidad de secreciones blanquecinas.
-Aspiracion por via orofaringea y se obtiene abundante cantidad de secreciones purulentas
-Insumos:
Sonda de succion.
jeringa de 10 ml
gasas.
Se finaliza sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 23/01/2024 07:47 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: se abre folio para formulacion

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JUAN CAMILO ANGEL MEDINA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144086402, CC 1144086402

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 23/01/2024 10:07 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: VER NOTA
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : ***EVOLUCIÓN UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr Muñoz
Md. Asistencial : Dr Angel

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

PROBLEMAS

Estado neurológico incierto-Descartar lesion axonal difusa
Anisocoria
Oliguria
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 135/59 mmhg
TAM: 86 mmhg
FC: 72 lpm
Temp. 36. °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP 5 + PS 8 fio2 28%

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: Desconocida

METABÓLICO: Sin aporte metabólico

NOTAS MÉDICAS

Glucometría: 149-131-133 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU 0. 5 cc/kg/h en 24 horas
Balance +6128 cc

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Bajo sedoanalgesia con Dexmedetomidina pupilas anisocóricas, pupila derecha 3mm e izquierda n 1 mm fijas
Cráneo : ANÁLISIS

Paciente femenina de 55 años con antecedente de HTA quien ingresa en contexto de Politraumatismo por accidente de tránsito asociado a deterioro neurológico requiriendo aseguramiento de la vía aerea y soporte ventilatorio. Se documentó TCE Sever con Traum facial, trauma contuso ocular derecho y hemoseno frontal y maxilar derecho, actualmente en seguimiento por cirugía general y neurocirugia, se realizó corpoTC que documenta contusión pulmonar izquierda por ahora sin indicación quirúrgica emergente.

En el momento
. Hemodinámicamente: Mantiene metas de presión arterial sin requerimiento de soporte vasoactivo, no presenta signos de bajo gasto ni de hipoperfusión, llenado capilar normal.
. Respiratorio: Continuar con soporte ventilatorio invasivo con parámetros bajos y presiones de la vía aérea en rango seguro, acoplada a la ventilación mecánica, en modo espontáneo, trastorno leve de la oxigenación,
Cara
Ojos :. Hematoinfeccioso: Cursa afebril, sin leucocitosis ni neutrofilia, sin rastreos microbiológico en curso ni signos de foco infeccioso activo. Hemoglobina en metas sin requerimiento de soporte transfusional.
. Renal: Diuresis persiste en oliguria, azoados normales, sin disociar, Gases arteriales con acidosis metabolica, electrolitos en metas, se indica reto de volumen y toma de control gasimetrico.
. A nivel metabólico con glucometría en metas, tolerando NE actualmente en titulación.
. A nivel neurológico bajo sedoanalgesia cooperativa para rass entre -1 y 0 pupilas anisocoricas D3/I2 hiporeactivas. Se solicita TAC de Craneo de control.

Tiene pendiente realización de TAC de cara con reconstrucción 3D para descartar fracturas y valoración por cirugía maxilofacial quienes refieren sin requerimiento de manejos quirúrgicos urgentes por el momento.
Nariz : Paciente con requerimiento de monitoria continuar en Unidad de Cuidado intensivo por soporte ventilatorio, pronóstico incierto de secuelas neurológicas, alto riesgo de fallecimiento, sin familiar para brindar información.
Boca : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Inmovilización cervical
- Nada vía oral

MEDICAMENTOS
- LEV: SSN 80 cc/hr
- DAD 10% A 30 CC HORA
- Dexmedetomidina 0, 4 mcg/kg/hora DIFERIDA
- Hidromorfona 0. 4 cada 4 horas
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Gluconato de calcio 1 amp cada 8 horas

SE SOLICITA
Gases arteriales, lactato y hemograma ahora
Tomografia craneo simple urgencia vital
Laboratorios control
Re interconsulta PICC

NOTAS MÉDICAS

EN PROCESO
. RMN cerebral como urgencia vital por neurocirugía
Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía
TAC facial con reconstruccion 3D-
TAC de cráneo simple + Angio de vasos de cuello y cerebro reporte
. Reporte oficial de imagenes
. Seguimiento por Neurocirugía
Oídos :. Seguimiento por Neurocirugía
. Seguimiento por Cx general
. Seguimiento por Oftalmología.
. Seguimiento cx maxilofacial

METAS
*RASS 0
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: VER NOTA

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: VENTILACION MECANICA INVASIVA.

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Fecha: 23/01/2024 10:34 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, recibiendo precedex, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 4 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo

NOTAS MÉDICAS

2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierdo
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS 8, VC:445, FR:15, FIO2:28, PEEP:8, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual.
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 134/78, Presión arterial media(mmhg): 96
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 80 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Cambio de posicion del TOT
Medicion del neumotaponador
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 23/01/2024 10:40 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - CIRUGIA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: Edad: 55 años
Ocupacion: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUv: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

Diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv

NOTAS MÉDICAS

2. Politraumatismo por accidente de transito
2. 1 TcE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc

Objetivo: TA: 134/ 59 mmHg
FC: 67 lpm
FR: 16 rpm
Temp. 36c
Peso aprox: 90 kg

- cabeza: Bajo vMI acoplada a modo controlado con parametros basales. mucosas humedas y rosadas. escleras anictericas. sin epistaxis. sangrado en cavidad oral. presencia de equimosis en region frontal derecha asociada a excoriacion y edema. Herida suturada en region occipital.
- cuello: movil. sin lesiones externas. no presenta enfisema subcutaneo. soplos o fremitos.
- Torax: simetrico. normoexpansible. sin retracciones. Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. con movilizacion de secreciones. Ruidos cardiacos ritmicos y regulares. sin soplos.
- Abdomen: blando. depresible. no se palpan masas ni megalias.
- Extremidades: simetricas. pulsos distales presentes simetricos y de buena intensidad. llenado capilar menor de dos segundos.
- Neurologico: Glasgow no evaluable por sedacion RASS -1. reflejos de tallo presentes.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años con politraumatismo cerrado de alta cinematica por accidente de transito carro vs peaton. en calidad de peaton. remitida por TcE severo e historia de deterioro neurologico subito. con neuroimagen de ingreso sin evidencia de lesiones estructurales. tomografia control sin hallazgos que requieran manejo quirurgico por neurocirugia. angiotomografia sin evidencia de lesion vascular. tac de columna cervical que descarta compromiso a este nivel. PANScAN con aparente trauma contuso ocular derecho. sin evidencia de lesion vertebral ni hematomas intracraneales. Ahora en estudio de lesion axonal difusa vs estatus epiletico no motor por parte de neurocirugia. a la espera de toma de RMN cerebral y videotelemetria para descartar impresion diagnostica.

En seguimiento por la especialidad por trauma cerrado de tórax y abdomen, con TAC de torax con area de atelectasia en base pulmonar izquierda y proceso consolidativo. no impresiona fracturas costales. abdomen sin liquido libre en cavidad peritoneal. que no sugieren lesiones tributarias a manejo por cirugia general. a la espera de reporte oficial de TAc y PAN ScAN para definir conductas adicionales.

De momento paciente hemodinamicamente estable. en estado de minima consciencia con sedoanalgesia en proceso de destete. con VMI. sin requerimiento de soporte vasoactivo. paraclinicos con lactato depurado. funcion renal conservada. sin trastornos acido-base ni hidroelectroliticos. hemograma con anemia leve. Debe continuar seguimiento a la espera de reporte de imagenes y completar estudios.

Plan de manejo: -manejo instaurado en UCI
-seguimiento por neurocirugía y cirugía general

NOTAS MÉDICAS

Justificación de permanencia en el servicio: vigilancia clinica.

Firmado por: ROBERTO ALONSO ARROYAVE RIVAS, CIRUGIA GENERAL, Registro 1130616651, CC 1130616651

Fecha: 23/01/2024 10:43 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAP.FISICA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: : GLORIA SIABATO GIL

Edad: 55 años

CC 29401014

SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24

Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV

2. Politraumatismo por accidente de tránsito

2. 1 TCE severo

2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho

2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda

3. HTA por HC

Paciente en cama, en delicadas pero estables condiciones generales, hemodinamicamente estable sin soporte vasopresor, intubado y conectado a VMI modo CPAP +PS parametros bajos.

Objetivo: sistema nervioso central, GLAGOW 4/ 15
sistema musculeosqueletico: AMA pasivos conservados, fuerza muscular no valorable,
sistema tegumentario_ interrumpido por acceso venoso periferico,
sistema cardiovascular y pulmonar: pulsos presentes ritmicos, eucardica, normotensa, afebril, intubada y conectada a VMI modo CPAP 5 + PS 8 fio2 28%, realizando adecuada mecania ventilatoria saturando 96 %, se ausculta murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados

***la atencion del paciente se realiza con todos los EPP segun protocolo institucional.
Expectativas con la terapia: disminuir los efectos del reposo prolongado en cama
disminurir estancia hospitalaria

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 141/62, Presión arterial media(mmhg): 88

NOTAS MÉDICAS

Frecuencia cardíaca(Lat/min): 84 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 14
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28
Estado de conciencia: Glasgow 4/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: se realiza posicionamiento semisedente en cama, monitoria respiratoria y hemodinamica, ejercicios pasivos de movilidad articular de 4 extremidades, estiramientos de grandes grupos musculares, cabeza y cuello, decargas de peso, estimulacion multisensorial, dejo semisedente en cama baja con barandas elevadas, estable en su condicion.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NORY LILIAN VALLEJO OSORIO, MED.FI.TERAP.FISICA, Registro 29940674, CC 29940674

Fecha: 23/01/2024 11:50 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

ANAMNESIS
Motivo de consulta: SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA.
Enfermedad actual: DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Psiquismo:.

EXAMEN FÍSICO

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general :.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: No adecuado Aporte calórico: No adecuado

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :22/01/2024 (22:10)
MG 2. 8 K 3. 9 NA 137 BUN 12 CR 0. 10 LINF 1. 34 HB 8. 7 PQT 120 PH 7. 32 PCO2 38 PO2 108 HCO3 19. 6 BE -6. 0

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico:

NOTAS MÉDICAS

20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE FEMEINO DE 55 AÑOS DE EDAD, EN UCI, CON SEDOANALGESIA Y VMI, SE ENCUENTRA SOLA AL MOMENTO DE LA ATENCION. CON ANTECEDENTES MENCIONADOS EN HC. SIN REPORTE DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES POR EL AREA DE EFNEREMRIA. CUENTA CON UNOS EXAMENES BIOQUIMICOS QUE INDICAN ELECTROLITOS EN RANGOS ADECUADOS, CREATININA REDUCIDA, UN HEMOGRAMA QUE EVIDENCIA UN RECUENTO LINFOCITARIO LEVEMENTE DISMINUIDO, ANEMIA MODERADA, TROMBOCITOPENIA Y UNOS GASES ARTERIALES QUE INDICAN LEVE ACIDOSIS METABOLICA AGUDA. SE REALZIA REVISION DE APME EL CUAL SE ENCUENTRA EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ENCUENTRO A PACIENTE CON NET A UNA VELOCIDAD DE INFUSION DE 10 ML/HORA, CON ADECUADA TOLERANCIA, SE HABLA CON JEFE DE ENFEREMRIA Y SE INDICA AUMENTAR A 20 ML Y AUMENTAR 10 ML CADA 8 HORAS HASTA ALCANZAR META DE 37 ML/HORA. EN EL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIAN SIGNOS QUE INDIQUEN CARENCIA DE MICRONUTRIENTES.
Plan de manejo: SE DA CONTINUIDAD A TTO NUTRICIONAL:
*ENSURE CLINICAL LPC X 500 ML, INFUSION CONTINUA, AUMNETAR 10 ML CADA 8 HORAS, HASTA ALCANZAR META DE 37 ML/HORA.
*IRRIGAR SONCA CON 30 CC DE AGUA CADA 4 HORAS.
*APLICAR MEDIDAS ANTIREFLUJO.
*F. V: 29/01/2024
*SEGUIMIENTO NUTRICIONAL.

Firmado por: LUIS EDUARDO PRETEL VARGAS, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107091032, CC 1107091032

Fecha: 23/01/2024 12:19 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, recibiendo precedex, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 4 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierdo
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS 8, VC:445, FR:15, FIO2:28, PEEP:8, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual.
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 140/70, Presión arterial media(mmhg): 93
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 84 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 15
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

NOTAS MÉDICAS

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad, paciente hipersecrectora, con multiples atenciones
Se traslada paciente a Tomografia a con ventilador de transporte
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 23/01/2024 13:59 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: Residente de 1er año. Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

EXAMEN FÍSICO:
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
VMI-IOT
Dexmedetomedina
Glasgow no evaluable por sedación RASS -1
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

NOTAS MÉDICAS

Diuresis por sonda vesical GU 0. 5 cc/kg/h en 24 horas
Balance +6128 cc

Glucometría: 149-131-133 mg/dl
ESTUDIOS PREVIOS:
Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
tac de craneo simple 19/01/2024: no areas de isquemia o hemorragia, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

tac de columna cervical simple19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis, canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)
PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
PARACLÍNICOS:

23/01/2024:
CAi: pendiente, mg: 2. 8, bun: 12, k: 3. 9, na: 137, cr:0. 1, hemograma: leucos 8960, n: 80. 3%, l: 15%, hb: 8. 7, hto: 27. 8% ptas: 120000, ac lactico: 1. 1

Hemograma
leucos: 10160, n: 81. 1%, l: 13. 2%, hb: 9. 1, hto: 29%, ptas: 1190:00. mg 1. 8, k:3. 5

21/01/2024: cl: 113, bun: 13, k:3. 6, na: 136, cr: 0. 4
Gaes Arteriales: poc2:7. 37, po2:99, hco3: 19. 7

20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46
Hemograma: Leu: 6. 670, Neu: 4. 970, Lin:1. 220, Hb:9. 9, HTO: 31. 8, PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90

CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1. 60, NITROGENO UREICO(BUN): 13. 8, POTASIO: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70

Objetivo: ANÁLISIS:
GLORIA, 55 AÑOS, POLITRAUMA POR ACCIDENTE DE TRáNSITO, CON TCE SEVERO QUE REQUIRIO VMI-IOT CON NEUROIMAGEN QUE NO EVIDENCIA HALLAZGO DE LESIONES ESTRUCTURALES. AL INGHRESO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN POSTURAS ANORMALES. SE DETERMINA POSIBILIDAD DE LAD VS ESTATUS NO MOTOR, SE SOLICITO ANGIOTAC DE CRANEO CONTRASTADO QUE DESCARTA LA PRESENCIA DE LESIONES VASCULARES, AHORA CON SEDACION CONSCIENTE, EN ESTADO DE MINIMA CONSCIENCIA, PRESENCIA DE REFLEJOS DE TALLO CEREBRAL, SIN IDNCIACION ACTUAL DE MANEJO QURIURGICO, NI POSICIONAMIENTO DE MONITORIA DE PIC (SOLO UN CRITERIO, EDAD). TIENE PENDIENTE RMN CEREBRAL SIMPLE BAJO SOPORTE DE SEDACION COMO URGENCIA VITAL PARA DESCARTAR IMPRESION DIAGNóSTICA DE LAD.

NOTAS MÉDICAS

ESTAMOS ATENTOS A REALIZACION DE VIDEOTELEMETRIA POR 24 HORAS PARA DESCARTAR STATUS EPILEPTICO NO MOTOR. CONTINUA CON ANTICONVULSIVANTE. TIENE MONITIORIA NO INVASIVA NORMAL. HOY CON APERTURA OCULAR ESPONTANEA, SIN SEGUIR óRDENES. SEGUIMOS BAJO VIGILANCIA CLíNICA. PRONOSTICO LIGADO A LA EVOLUCION

PLAN:
MANEJO EN UCI
VENTILACION MECANICA
SEDOANALGESIA PARA RASS 0
CABECERA A 30 GRADOS
LEVETIRACETAM 1G IV C/12H
OMEPRAZOL 40MG IV C/24H
ACETAMINOFEN 1G IV C/8H
HOJA NEUROLOGICA HORARIO

*METAS TCE SEVERO:
PAO2 90-100 MMHG
PAC2 35-40 MMHG
HB 7 GR/DL - HTO 21%
SODIO 135 - 150 ME1/L
TEMPERATURA 35-38ºC
GLICEMIA < 180 MG/DL
DIURESIS 1 CC/KG/H
INR 1. 2 - TPT 36
PLAQUETAS 100. 000
PPC 40-50 MMHG

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Fecha: 23/01/2024 14:40 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años, en cama en decúbito supino, sin apertura ocular, con ventilación mecánica dada por tubo orotraqueal, con sujeción protectiva en miembros superiores, edema generalizado.
Se realiza atención con todos los protocolos de bioseguridad y previa higiene de manos.
DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
Objetivo: REVISIÓN POR SISTEMAS
Sistema cardiovascular pulmonar: Paciente con via aerea artificial con tubo orotraqueal con ventilación mecánica con los siguientes parámetros: modo CPAP+PS 8 FIO2 28% PEEP 6, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares con presencia de roncus biapicales.
Sistema osteomuscular: Arcos de movilidad articular cocompletos a la movilizacion pasiva en miembros superiores e inferiores
Sistema neuromuscular: Paciente con glasgow de 3/15, sin apertura ocula, sin respuesta verbal por tubo orotraqueal, sin respuesta a dolor.
Sistema tegumentario: Presenta integridad de la piel interrumpida por accesos venosos.
Expectativas con la terapia: PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS CON EL REPOSO PROLONGADO

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 83 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28
Estado de conciencia: Glasgow 3/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
-Mantener y mejorar arcos de movilidad
-Mejorar patrón postural
-Prevenir complicaciones secundarias al reposo prolongado
INTERVENCIÓN
-Monitorización de signos vitales
-posicionamiento en cama en semifowler
-Movilidad articular pasiva general
-Cinesiterapia pasiva en miembros superiores con diagonal D2 flexora
-Cinesiterapia pasiva de miembros inferiores
-Estiramientos en miembros superiores e inferiores
Paciente tolera la intervención queda en cama en semifowler con barandas arriba inmovilizado de miembros superiores, en estable condición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NATHALY PAZOS OSPINA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144049350, CC 1144049350

Fecha: 23/01/2024 15:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años con diagnóstico de :

NOTAS MÉDICAS

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

paciente hemodinmaicmente estbale sin soporte vasopresor, sin sedoaanlgesai, inician NET
Objetivo: acient e con TOT conectad a avenrilacion mecanica en modo espotaneo con soporte de 8 peep de 6 cmh2o y fio2 del 30%
a la ausciulñtacvion roncus biapicales
gdlagow de 7/15
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: permeabilizar via earae

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 130/65, Presión arterial media(mmhg): 86
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 80 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 20
Saturación de oxígeno: 98%

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Uso de EPP swegun protooclo institucioinal
monitoroe ventilatorio
posicioanweitno en cama
permeabilizacon de al vi earae por medio de sond a d esuccion cerada de moderadass ecrecioens muccuopururlenats por >TOT y por boca
ajusto prwesion d eneumotapoandor a 24 cmh0
desplazo TOT contralateral
paciente queda en cama con barandasd arrriba
insumos 1 pard egunate slimpios, 1 sonda dweusccion # 14, 1 jeringa preelenada d e10 cc.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: PAULA ANDREA SERNA ALZATE, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 29126336, CC 29126336

Fecha: 23/01/2024 15:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Interconsultante - GRUPO PICC

Tipo de evolución: Evolución adicional
Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS

NOTAS MÉDICAS

Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Consentimiento informado: Requiere Lo tiene

Análisis: Paciente de dificil acceso venoso, con doble vena en miembros superiores que requiere administracion de sedacion, guconato y demas medicamentos, con alto riesgo de inestabilidad hemodinamica.

Plan de manejo: Insercion cateter PICC, para administracion de medicamentos

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: SANDRA MARCELA GARCIA AGUIRRE, GRUPO PICC, Registro 1144135201, CC 1144135201

Fecha: 23/01/2024 16:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: formulacion
Objetivo: formulacion

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: RAUL IVAN MOLINA TORRENTE, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 231794, CC 16736207

Fecha: 23/01/2024 16:11 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NOTAS MÉDICAS

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	28.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.0	--	--
1302	pH	Bajo	7.320	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Normal	38.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Normal	89.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	5.0	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	15.0	%	37-47
1307	SO2	Alto	98.9	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.330	--	--
1309	PCO2t	Normal	36.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	84.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Bajo	19.6	mmol/L	21-28
1312	BE	Bajo	-5.9	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	-6.5	mmol/L	--
1314	ctCO2	Normal	20.8	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	96.1	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.5	%	--
1317	FMetHb	Normal	1.2	%	--
1318	FHHb	Normal	1.1	%	--

Firmado por: ALEJANDRA SANDOVAL VILLAREAL, BACTERIOLOGO, Registro 1144204894, CC 1144204894

Fecha: 23/01/2024 16:11 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
9031A1	ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO	Normal	1.90	mmol/L	--

Firmado por: ALEJANDRA SANDOVAL VILLAREAL, BACTERIOLOGO, Registro 1144204894, CC 1144204894

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 23/01/2024 16:41 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	11.19	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	82.0	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	12.4	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	3.1	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	1.0	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Bajo	0.00	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	1.50	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	9.17	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.39	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Normal	0.35	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Normal	0.11	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Bajo	0.00	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.17	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	2.96	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	28.5	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	8.9	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	96.2	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	30.20	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.2	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.30	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--

NOTAS MÉDICAS

2028	PLAQUETAS	Bajo	149	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Alto	12.40	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: ANDRES FELIPE CELIS CALLEJAS, BACTERIOLOGO, Registro 102425237, CC 1024525237

Fecha: 23/01/2024 17:40 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Procedimientos - GRUPO PICC

Consentimiento informado: Lo tiene

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS (Previo, Posterior, Primario), V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

Anestesia: Si Tipo de anestesia: Local

Procedimientos después de la nota: 38910P - 38910P Paquete PICC (Inserción cateter percutaneo o periferico) Adulto.

Descripción del procedimiento: INSERCION CATETER PICC.

Materiales después de la nota: 26030, 26030 Aplicador esteril Clorhexidina 2% Alcohol 70% x 3 ml, UNIDAD, 1
252916, 252916 Tapon libre de aguja MZ1000, UNIDAD, 2
29536, 29536 Aposito transparente fijacion cateter central 8. 5 cm x 11. 5 cm, UNIDAD, 1
30133, Guantes para cirugia n. 6. 1/2 esteril, UNIDAD, 1
32444, Gasa de 7. 5 x 7. 5 cm (sobre x 3und), UNIDAD, 1
12007A, Cloruro de Sodio al 0. 9% bolsa x 100 ml, BOLSA, 1
30138, Jeringas desechables de 1 cc, UNIDAD, 1
25880, 25880 Cateter venoso central PICC bilumen 5. 0 Fr x 55 cm, flujo 5 ml / seg con, UNIDAD, 1
30092, 30092 Electrodos desechables para adultos, UNIDAD, 1

Complicación: No

Se envía muestra: No

Equipo de Trabajo:
ENFERMERA ESPECIALISTA, SANDRA MARCELA GARCIA AGUIRRE
CIRCULANTE, MICHELLE GONZALEZ MEDINA

Observaciones: Procedimiento realizado en el servicio en el servicio de UCI critico, Paciente en cama, intubado y conectado a maquina de ventilacion mecanica, con diagnostico de insuficiencia respiratoria aguda tipo IV + politraumatismo por acci dente de transito + TCE +Trauma cerrado de torax. Requiere acceso venoso seguro PICC para sedacion liquidos y demas medicamentos.

NOTAS MÉDICAS

EXAMEN FÍSICO :
Condiciones de la piel : integra, edema. Alteraciones a nivel torácico o extremidades: ninguno, Contraindicaciones en sitios de posible abordaje: ninguno.
Se brinda explicación sobre el procedimiento al familiar, como se realiza, como cuidarlo, posibles complicaciones durante el procedimiento y durante el uso.

VALORACION ECOGRAFICA DE VASOS SANGUÍNEOS
Se valora extremidades encontrando como mejor opción la vena braquial de miembro superior izquierdo, diámetro 4. 6mm, porcentaje de ocupación 37%, profundidad del vaso 2. 0cm, catéter opcional para insertar PICC 5Fr bilumen.
Usando todas las medidas de barrera y protección personal y lavado de manos, se da inicio a la inserción del dispositivo

Preparación de la piel: se realiza limpieza previa con alcohol al 70%, posteriormente usando aplicador de clorhexidina al 2% más alcohol al 70%, se realiza fricción con técnica de rejilla.
Previo lavado de manos quirúrgico y bajo estricta técnica aséptica, se verifica la integridad del catéter sus accesorios y se hace énfasis en la integridad del estilete y la guía metálica, observando antes y después de usarla, se infiltra xilocaina al 2% con aguja 25, se realiza punción eco dirigida con aguja No 21 canalizando la vena braquial de miembro superior izquierdo en primer intento.
Se avanza la guía metálica suavemente, se procede a la dilatación, se introduce la aguja pelable y se recupera la guía verifica integridad. La medición se realiza desde la zona de puncion al pliegue axilar de ahi a la union clavicula esternal derecha hasta el tercer espacio intercostal, se recorta en 37cm. Lote: REHQ1839; Referencia: 4275118; Vencimiento: 2025/09/30.
Avance del catéter: con tecnología sherlock 3CG que permite ver navegación directa se avanza dispositivo suavemente, se observó la despolarización de la onda P lo que indica que la punta está en región cavo atrial, por lo tanto, se puede usar de manera inmediata no requiere radiografía confirmatoria, se retira el estilete íntegro, queda el dispositivo a nivel cero.
Estabilización del dispositivo: mediante estabilizador libre de suturas se adhiere a la piel, se cubre con apósito transparente, se refuerzan bordes y se marca con fecha y responsable.
Puertos: en los puertos se coloca válvula libre de aguja presión positiva, previamente irrigación con solución salina, se comprueba retorno venoso.
Se da por terminado el procedimiento, se informa al médico y personal de enfermería a cargo y se brinda educación en el manejo y cuidado del PICC.

Firmado por: SANDRA MARCELA GARCIA AGUIRRE, GRUPO PICC, Registro 1144135201, CC 1144135201

Fecha: 23/01/2024 21:39 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: ***NOTA DE EVOLUCION - UCI CCQX - NOCHE***
Objetivo: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : ***EVOLUCIÓN UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr Burbano
Md. Asistencial : Dr Toledo

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

NOTAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 125/75 mmhg
TAM: 91 mmhg
FC: 100 lpm
Temp. 36. 8 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP 6 + PS 8 fio2 28% FR: 16 rpm VTE: 405 SO2: 95%

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: Desconocida

METABÓLICO: NET a 37 cc/ht
Glucometría: 125-156 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU 0. 5 cc/kg/h en 12 horas
Balance +746 cc

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 12 horas, Tmax: 37. 5° sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, glasgow O4V1M2
Cráneo : MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net a metas

MEDICAMENTOS
- LEV: SSN 80 cc/hr
- Hidromorfona 0. 4 cada 4 horas
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Gluconato de calcio 1 amp cada 8 horas.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO

NOTAS MÉDICAS

INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE QUIEN INGRESA EN CONTEXTO DE POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA CRANEOFACIAL ASOCIADO A DETERIORO DEL ESTADO NEUROLOGICO, HASTA EL MOMENTO SIN EVIDENCIARSE CAUSA APARENTE DEL ESTADO NEUROLOGICO, SE REALIZO TAC DE CRANEO EL DIA DE HOY SIN EVIDENCIA DE SANGRADOS, EDEMA C DESVIACION DE LINEA MEDIA, PERSISTE ANISOCORICA, SIN EMBARGO CON LENTO DESPERTAR, REALIZA APERTURA OCULAR, NO SIGUE ORDENES, PRESENTA REFLEJO TUSIGENO CONSERVADO, POR EL MOMENTO CONTINUA SIN CAMBIOS AL PLAN TERAPEUTICO.

Plan de manejo: IGUAL MANEJO
UCI

Justificación de permanencia en el servicio: SOPORTE POR VMI.

Firmado por: JOSE FERNANDO BURBANO YEPES, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 00555592, CC 13013102

Nota aclaratoria

Fecha: 24/01/2024 01:56

LLEGA RESULTADO DE PARACLINICOS CON HIPOKALEMIA LEVE EN PACIENTE BAJO INTUBACION OROTRAQUEAL, CON NIVELES DE CALCIO IONICO EN VALORES ACEPTABLES Y MAGNESIO EN LIMITE INFERIOR, SE ORDENA REPOSICION DE POTASIO VIA CENTRAL A 4 MEQ/HR Y 3 DOSIS DE SULFATO DE MAGNESIO.

Firmado por: JOSE FERNANDO BURBANO YEPES, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 00555592, CC 13013102

Fecha: 23/01/2024 21:44 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, bajo efectos de sedoanalgesia, RASS-2, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 4).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectado a la ventilacion mecanica en modo CPAP+PS:8 con FiO2:28%, VE:405, FRT:16, Peep:6, E. sens:25%, RIE:1:3, 4, acoplada al ciclo ventilatorio, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, sin sobreagregados
A la palpacion: No se perciben crepitos ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 157/62, Presión arterial media(mmhg): 93
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 96 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 97%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

NOTAS MÉDICAS

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realizar:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-AFE lenta y rapida
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando escasa cantidad de secreciones mucoides
-Succion de orofaringe
-Se modifica FiO2:24%, demás parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena 10ml, sonda succion regulador#14

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 23/01/2024 23:35 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	28.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.7	--	--
1302	pH	Normal	7.380	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Bajo	33.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Alto	111.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	5.8	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	17.0	%	37-47
1307	SO2	Alto	98.2	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.380	--	--
1309	PCO2t	Normal	33.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	109.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Bajo	19.5	mmol/L	21-28
1312	BE	Bajo	-5.1	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	-5.6	mmol/L	--
1314	ctCO2	Normal	20.5	mmol/L	19-24

NOTAS MÉDICAS

1315	FO2Hb	Normal	96.7	%	--
1316	FCOHb	Normal	0.7	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.8	%	--
1318	FHHb	Normal	1.8	%	--

Firmado por: VIVIANA VILLEGAS PORRAS, BACTERIOLOGO, Registro 1130674633, CC 1130674633

Fecha: 23/01/2024 23:35 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
9031A1	ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO	Normal	1.60	mmol/L	--

Firmado por: VIVIANA VILLEGAS PORRAS, BACTERIOLOGO, Registro 1130674633, CC 1130674633

Fecha: 23/01/2024 23:35 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CALCIO IONICO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903604	CALCIO IONICO	Normal	1.18	mmol/L	1,18-1,32

Firmado por: VIVIANA VILLEGAS PORRAS, BACTERIOLOGO, Registro 1130674633, CC 1130674633

Fecha: 23/01/2024 23:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Alto	113.00	mmol/L	98-107

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 23/01/2024 23:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	10.7	mg/dL	7-17

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 23/01/2024 23:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Bajo	3.30	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 23/01/2024 23:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Normal	139.00	mmol/L	137-145

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 23/01/2024 23:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.31	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 23/01/2024 23:49 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--

NOTAS MÉDICAS

2002	LEUCOCITOS	Alto	10.79	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	81.9	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	12.2	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	3.3	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	1.2	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.10	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	1.30	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	8.83	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.32	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Normal	0.36	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Normal	0.13	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.01	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.14	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	2.82	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	27.1	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	8.4	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	96.0	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	29.90	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.0	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.40	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Bajo	146	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	12.00	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--

NOTAS MÉDICAS

2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: KEVIN DAVID CHAVEZ, BACTERIOLOGO, Registro 1112471785, CC 1112471785

Fecha: 23/01/2024 23:49 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

MAGNESIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903854	MAGNESIO EN SUERO	Normal	1.80	mg/dL	1,6-2,3

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 23/01/2024 23:49 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA (ALANINO AMINO TRANSFERASA)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA (ALANINO AMINO TRANSFERASA)	Normal	26	U/L	0-34

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 23/01/2024 23:49 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA (ASPARTATO AMINO TRANSFERASA)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA (ASPARTATO AMINO TRANSFERASA)	Normal	32	U/L	14-36

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 24/01/2024 06:17 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

NOTAS MÉDICAS

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, bajo efectos de sedoanalgesia, RASS-2, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 5).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectado a la ventilacion mecanica en modo CPAP+PS:8 con FiO2:24%, VE:474, FRT:17, Peep:6, E. sens:25%, RIE:1:3, 0, acoplada al ciclo ventilatorio, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, sin sobreagregados
A la palpacion: No se perciben crepitos ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 159/66, Presión arterial media(mmhg): 97
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 99 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 17
Saturación de oxígeno 97%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realizar:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-AFE lenta y rapida
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando escasa cantidad de secreciones mucoides
-Succion de orofaringe
-Se mantienen parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena 10ml, sonda succion regulador#14

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 24/01/2024 08:55 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:

NOTAS MÉDICAS

Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: SE ABRE FOLIO PARA FORMULACION

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JUAN CAMILO ANGEL MEDINA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144086402, CC 1144086402

Fecha: 24/01/2024 09:41 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - CIRUGIA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: Gloria Siabato Gil
cc: 29401014
Edad: 55 años
Ocupacion: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUv: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

Diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito
2. 1 TcE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
Objetivo: TA: 150/65 mmhg
Fc: 96 lpm
FR: 22 rpm
Temp. 36c
Peso aprox: 90 kg

- cabeza: Bajo vMI acoplada a modo controlado con parametros basales. mucosas humedas y rosadas. escleras anictericas. sin epistaxis. sangrado en cavidad oral. presencia de equimosis en region frontal derecha asociada a excoriacion y edema. Herida suturada en region occipital.
- cuello: movil. sin lesiones externas. no presenta enfisema subcutaneo. soplos o fremitos.
- Torax: simetrico. normoexpansible. sin retracciones. Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. con movilizacion de secreciones. Ruidos cardiacos ritmicos y regulares. sin soplos.
- Abdomen: blando. depresible. no se palpan masas ni megalias.

NOTAS MÉDICAS

- Extremidades: simetricas. pulsos distales presentes simetricos y de buena intensidad. llenado capilar menor de dos segundos.
- Neurologico: Glasgow no evaluable por sedacion RASS -1. reflejos de tallo presentes.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años con politraumatismo cerrado de alta cinematica por accidente de transito carro vs peaton. en calidad de peaton. remitida por TcE severo e historia de deterioro neurologico subito. con neuroimagen de ingreso sin evidencia de lesiones estructurales. tomografia control sin hallazgos que requieran manejo quirurgico por neurocirugia. angiotomografia sin evidencia de lesion vascular. tac de columna cervical que descarta compromiso a este nivel. PANScAN con aparente trauma contuso ocular derecho. sin evidencia de lesion vertebral ni hematomas intracraneales. en estudio de lesion axonal difusa por parte de neurocirugia.

En seguimiento por la especialidad por trauma cerrado de torax y abdomen. con TAc de torax donde se observaproeaso consoectasia en base pulmonar izquierda y proceso consolidativo. no impresionan fracturas costales. abdomen sin liquido libre en cavidad peritoneal. que no sugieren lesiones tributarias a manejo por cirugia general en el momento.

La paciente permanece hemodinamicamente estable con vMI. en proceso de destete de sedoanalgesia. sin requerimiento de soporte vasoactivo. paraclinicos sin trastornos acido-base ni hidroelectroliticos. hemograma con anemia leve. Se indica continuar bajo vigilancia clinica estricta a la espera de reporte de imagenes y completar estudios para definir conductas adicionales.

Plan de manejo: - Seguimiento por cirugia general y neurocirugia
- Manejo instaurado en UcI.

Justificación de permanencia en el servicio: vigilancia clinica estricta y reporte de imagenes.

Firmado por: OSCAR IVAN MOSQUERA YACUB, CIRUGIA GENERAL, Registro 1602309/2017, CC 77094051

Fecha: 24/01/2024 10:58 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: VER NOTA
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr Muñoz
Md. Asistencial : Dr Angel

NOTAS MÉDICAS

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

PROBLEMAS

Estado neurológico incierto-Descartar lesión axonal difusa
Anisocoria
Oliguria
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 155/69 mmhg
TAM: 97 mmhg
FC: 96 lpm
Temp. 37. 1 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP 6 + PS 8 fio2 24%

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: Desconocida

METABÓLICO: NET a 37 cc/ht
Glucometría: 125-156-158 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 0. 9 cc/kg/h en 24 horas
Balance +7558 cc

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, Tmax: 37. 5° sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O4V1M2 glasgow 7/15
Cráneo : ANÁLISIS

Paciente femenina de 55 años con antecedente de HTA quien ingresa en contexto de Politraumatismo por accidente de tránsito asociado a deterioro neurológico requiriendo aseguramiento de la vía aerea y soporte ventilatorio. Se documentó TCE Severo con Trauma facial, trauma contuso ocular derecho y hemoseno frontal y maxilar derecho, actualmente en seguimiento por cirugía general y neurocirugia, se realizó corpoTC que documenta contusión pulmonar izquierda por ahora sin indicación quirúrgica emergente.

NOTAS MÉDICAS

En el momento
. Hemodinámicamente: Sin necesidad de soporte vasopresor, mantiene metas de presión arterial no presenta signos de bajo gasto ni de hipoperfusión, llenado capilar normal.

. Respiratorio: Continuar con soporte ventilatorio invasivo con parámetros bajos y presiones de la vía aérea en rango seguro, en modo espontáneo y acoplada a la ventilación mecánica, trastorno leve de la oxigenación.
Cara
Ojos : Hematoinfeccioso: Cursa afebril, sin leucocitosis ni neutrofilia, sin rastreos microbiológicos en curso ni signos de foco infeccioso activo. Hemoglobina en metas sin requerimiento de soporte transfusional.

Renal: Diuresis en mejoría, azoados normales, sin disociar, Gases arteriales con acidosis en resolución, electrolitos con hipokalemia en reposición. Se propone suspender aporte de líquidos por balance positivo e inició de NE.

A nivel metabólico con glucometría en metas, tolerando NE actualmente en titulación.

A nivel neurológico con RASS de -1 y 0 pupilas anisocoricas D3/I2 hiporeactivas, TAC de Cráneo de control sin evidencia de lesiones isquémicas o hemorrágicas, por ahora sin requerimiento de manejos quirúrgicos urgentes por el momento.

Se solicita potasio y magnesio de control para la tarde.
Nariz : Paciente con requerimiento de monitoria continuar en Unidad de Cuidado intensivo por soporte ventilatorio, pronóstico incierto de secuelas neurológicas, alto riesgo de fallecimiento, sin familiar para brindar información.
Boca : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net a metas

MEDICAMENTOS
- LEV: SSN 80 cc/hr SUSPENDER
- Rep K+ a 6 meq/hr **AJUSTE**
- Sulfato de Mg 1 amp IV cada 8 horas x 3 dosis
- Hidromorfona 0. 4 cada 4 horas
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas

SE SOLICITA
Potasio y magnesio medio dia
Laboratorios control

EN PROCESO
. RMN cerebral como urgencia vital por neurocirugía
Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía
TAC facial con reconstruccion 3D-
TAC de cráneo simple + Angio de vasos de cuello y cerebro reporte
. Reporte oficial de imagenes
. Seguimiento por Neurocirugía
. Seguimiento por Cx general
. Seguimiento por Oftalmología.
. Seguimiento cx maxilofacial
Oídos : METAS
*RASS 0
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora

NOTAS MÉDICAS

* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: VER NOTA

Plan de manejo:

Justificación de permanencia en el servicio: VENTILACION MECANICA INVASIVA

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Fecha: 24/01/2024 11:04 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAP.FISICA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: GLORIA SIABATO GIL

Edad: 55 años

CC 29401014

SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24

Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV

2. Politraumatismo por accidente de tránsito

2. 1 TCE severo

2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho

NOTAS MÉDICAS

2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda

3. HTA por HC

Paciente en cama, en delicadas pero estables condiciones generales, hemodinamicamente estable sin soporte vasopresor, intubado y conectado a VMI modo CPAP +PS parametros bajos. en compñaia de familiar,

Objetivo: sistema nervioso central, GLAGOW 6/ 15
sistema musculeosqueletico: AMA pasivos conservados, fuerza muscular no valorable,
sistema tegumentario_ interrumpido por acceso venoso periferico,
sistema cardiovascular y pulmonar: pulsos presentes ritmicos, eucardica, normotensa, afebril, intubada y conectada a VMI modo CPAP 6 + PS 8 fio2 24%, realizando adecuada mecania ventilatoria saturando 96 %, se ausculta murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados

***la atencion del paciente se realiza con todos los EPP segun protocolo institucional.
Expectativas con la terapia: disminuri los efectos del reposo prolongado en cama
disminuir estancia hospitalaria

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 163/68, Presión arterial media(mmhg): 99
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 90 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 24
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Estado de conciencia: Glasgow 6/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: se realiza posicionamiento semisedente en cama, monitoria respiratoria y hemodinamica, ejercicios pasivos de movilidad articular de 4 extremidades, estiramientos de grandes grupos musculares, cabeza y cuello, decargas de peso, estimulacion multisensorial, dejo semisedente en cama baja con barandas elevadas, estable en su condicion. educo en plan de intervencion.

EDUCACIÓN
El paciente responde la evaluación.

Material de apoyo: verbal, Otro.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal, Otro.
Temas en los que se educó: Rehabilitación, Seguridad del paciente
Comprendió el tema: Si.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NORY LILIAN VALLEJO OSORIO, MED.FI.TERAP.FISICA, Registro 29940674, CC 29940674

Fecha: 24/01/2024 12:07 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

ANAMNESIS
Motivo de consulta: SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA.
Enfermedad actual: DIAGNÓSTICOS

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho

NOTAS MÉDICAS

- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Psiquismo:.

EXAMEN FÍSICO

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general :.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: No adecuado Aporte calórico: No adecuado

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :23/01/2024 (22. 44)
BIL. T 0. 4 BIL. DE 0. 1 ALT 26 AST 32 MG 1. 8 CL 113 K 3. 3 NA 139 BUN 10. 7 CR 0. 31 LINF 1. 32 HB 8. 4 PQT 146

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE FEMEINO DE 55 AÑOS DE EDAD, EN UCI, CON SEDOANALGESIA Y VMI, SE ENCUENTRA SOLA AL MOMENTO DE LA ATENCION. CON ANTECEDENTES MENCIONADOS EN HC. SIN REPORTE DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES POR EL AREA DE EFNEREMRIA. CUENTA CON UNOS EXAMENES BIOQUIMICOS QUE INDICAN BILIRRUBINAS Y TANSAMINASAS DENTRO DE RANGOS ADECUADOS, HIPERCLOREMIA LEVE, HIPERKALEMIA LEVE, DEMAS ELECTROLITOS DENTRO DE RANGOS ADECUAODS, FUNCION RENAL CONSERVADA, UN HEMOGRAMA QUE EVIDENCIA UN RECUENTO LINFOCITARIO LEVEMENTE DISMINUIDO, ANEMIA MODERADA Y TROMBOCITOPENIA. SE REALIZA REVISION DE APME, EL CUAL SE ENCUENTRA EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ENCUENTRO A PACIENTE CON NET EN META, A UNA VELOCIDAD DE INFUSION DE 37 ML/HORA, CON ADECUADA TOLERANCIA. EN EL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIAN SIGNOS QUE INDIQUEN CARENCIA DE MICRONUTRIENTES.
Plan de manejo: SE DA CONTINUIDAD A TTO NUTRICIONAL:
*ENSURE CLINICAL LPC X 500 ML, INFUSION CONTINUA, AUMNETAR 10 ML CADA 8 HORAS, HASTA ALCANZAR META DE 37 ML/HORA.
*IRRIGAR SONCA CON 30 CC DE AGUA CADA 4 HORAS.
*APLICAR MEDIDAS ANTIREFLUJO.
*F. V: 29/01/2024
*SEGUIMIENTO NUTRICIONAL.

Firmado por: LUIS EDUARDO PRETEL VARGAS, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107091032, CC 1107091032

Fecha: 24/01/2024 12:07 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

NOTAS MÉDICAS

Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente femenina de 55 años de edad con diagnosticos medicos anotados en historia clinica. Quien se encuentra con las barandas arriba, en camilla, en posición decúbito supino, en regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable dentro de su condición, sin compañía de familiar, con via aerea artificial dado por TOT en el día 5 de ventilación mecánica, sin signos de dificultad respiratoria, afebril, Se atiende siguiendo protocolos institucionales y empleando bioseguridad reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección SociaL

Objetivo: REVISIÓN POR SISTEMAS
SISTEMA NEUROLÓGICO: Rass -3
SISTEMA CARDIOVASCULAR: Tórax normolíneo, expansibilidad torácica simétrica, a la auscultación aireación broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin ruidos sobreagregados, con tubo orotraqueal conectado a ventilación mecánica invasiva en modo: espontaneo. PS 8 PEEP 6 FIO2 24% SENC 2. 0 FRT 24 con presencia de reflejo tusígeno
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO: Extremidades simétricas, sin presencia de fracturas
SISTEMA TEGUMENTARIO: piel íntegra y bien hidratada
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: no refiere

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78
Saturación de oxígeno 97%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervención
- Mantener una adecuada ventilacion y oxigenacion
- Disminuir riesgo de infecciones y complicaciones respiratorias

Se realiza monitorizacion respiratoria
Posicionamiento 45°
Técnicas de desobstrucción bronquial con aumento de flujo espiratorio AFE lenta, 3 series de 8 repeticiones.
Movilidad costal 2 series de 15 segundos
Permeavilización de via aerea por medio de succion cerrada por TOT obteniendo abundante secrecion mucoide
Succion de secreciones por orofaringe obteniendo secrecion mucohialina moderadas
Cambio de posicion de tubo dejandose en comisura labial izquierda.
Presion de neumotaponador en 25 cmH2O

Se deja paciente estable dentro de su condición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JINETH TATIANA ESPAÑA PEREZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1010015945, CC 1010015945

Fecha: 24/01/2024 14:42 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 1er año. Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil

NOTAS MÉDICAS

CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

EXAMEN FÍSICO:
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
VMI-IOT
Dexmedetomedina
Glasgow no evaluable por sedación RASS -1
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Diuresis por sonda vesical GU 0. 7 cc/kg/h en 24 horas
Balance +6352 cc

Glucometría: 152-132-144 mg/dl
ESTUDIOS PREVIOS:
Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9

23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2
ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:

Tac de craneo 24. 01. 2024
se observa buena diferenciacion corticosubcortical, surcos presentes. con linea media centrada, con cisternas permeables, se observa pequeña hemorragia subaracnoidea parietal derecha, no otras lesionesintraaxiales u extraaxiales.

tac de craneo simple 19/01/2024:
no areas de isquemia o hemorragia, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

tac de columna cervical simple19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis, canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)
PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
PARACLÍNICOS:

23/01/2024:

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

CAi: pendiente, mg: 2. 8, bun: 12, k: 3. 9, na: 137, cr:0. 1, hemograma: leucos 8960, n: 80. 3%, l: 15%, hb: 8. 7, hto: 27. 8% ptas: 120000, ac lactico: 1. 1

Hemograma
leucos: 10160, n: 81. 1%, l: 13. 2%, hb: 9. 1, hto: 29%, ptas: 119000. mg: 1. 8, k:3. 5

21/01/2024: cl: 113, bun: 13, k:3. 6, na: 136, cr: 0. 4
Gaes Arteriales: poc2:7. 37, po2:99, hco3: 19. 7

20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46
Hemograma: Leu: 6. 670, Neu: 4. 970, Lin:1. 220, Hb:9. 9, HTO: 31. 8, PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90

CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1. 60, NITROGENO UREICO(BUN): 13. 8, POTASIO: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70

Objetivo: ANÁLISIS:
Gloria, 55 años, politrauma por accidente de tránsito, con TCE severo que requirio VMI-IOT con neuroimagen de ingreso que no evidencia hallazgo de lesiones estructurales. al inghreso hemodinamicamente estable sin posturas anormales. Se determina posibilidad de LAD vs Estatus no motor, se solicito Angiotac de craneo contrastado ante halalgzos inicial de anisocoria (oi; 2mm, od:3 mm) que descarta la presencia de lesiones vasculares, ahora con sedacion consciente, en estado de minima consciencia, reflejos de tall presentes, sin idnciacion actual de manejo quriurgico, ni posicionamiento de monitoria de pic, ha tenido monitoria no invasiva con vaina del nervio optico normal. Tiene pendiente RMN Cerebral simple bajo soporte de sedacion como urgencia vital para descartar impresion diagnóstica de LAD.
estamos atentos a realizacion de Videotelemetria por 24 horas para descartar status epileptico no motor. Continua con anticonvulsivante. Hoy con apertura ocular espontanea, sin seguir órdenes. Seguimos bajo vigilancia clínica. pronostico ligado a la evolucion

PLAN:
manejo en uci
ventilacion mecanica
sedoanalgesia para rass 0
cabecera a 30 grados
levtaminofen 1gg iv c/12h
omeprazol 40mg iv c/24h
acetaminofen 1g iv c/8h
hoja neurologica horario

*METAS TCE SEVERO:
PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg
Hb 7 gr/dl - Hto 21%
Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl
Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36

NOTAS MÉDICAS

Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Fecha: 24/01/2024 14:45 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente femenina de 55 años con antecedente de HTA quien ingresa en contexto de Politraumatismo por accidente de tránsito asociado a deterioro neurológico requiriendo aseguramiento de la vía aerea y soporte ventilatorio. Se documentó TCE Severo con Trauma facial, trauma contuso ocular derecho y hemoseno frontal y maxilar derecho, actualmente en seguimiento por cirugía general y neurocirugia, se realizó corpoTC que documenta contusión pulmonar izquierda por ahora sin indicación quirúrgica emergente.

En el momento: Hemodinámicamente: Sin necesidad de soporte vasopresor, mantiene metas de presión arterial no presenta signos de bajo gasto ni de hipoperfusión, llenado capilar normal

. Respiratorio: Continuar con soporte ventilatorio invasivo con parámetros bajos y presiones de la vía aérea en rango seguro, en modo espontáneo y acoplada a la ventilación mecánica, trastorno leve de la oxigenación.
Objetivo: Auscultación: murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, no ruidos sobreagregados.
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 175/74, Presión arterial media(mmhg): 107
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 98
Saturación de oxígeno: 98%

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :dominio osteomuscular
patron c

NOTAS MÉDICAS

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: mantener AMA
Se posciiona paciente adecaudamente
Se realiza cinesiterapia pasiva de las 4 extremidades 2*6 rep
descarga de peso en plsntas de pies y talon de la mano 3*10seg
elongación de cadena posterior
ejercicios de burgen allen en MMII
tolera, barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: LEYDI VICTORIA LONDOÑO SILVA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1107510796, CC 1107510796

Fecha: 24/01/2024 15:04 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

MAGNESIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903854	MAGNESIO EN SUERO	Bajo	1.50	mg/dL	1,6-2,3

Firmado por: ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA, BACTERIOLOGO, Registro 1053869330, CC 1053869330

Fecha: 24/01/2024 15:04 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Bajo	2.80	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA, BACTERIOLOGO, Registro 1053869330, CC 1053869330

Fecha: 24/01/2024 17:11 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente femenina de 55 años de edad con diagnosticos medicos anotados en historia clinica. Quien se encuentra con las barandas arriba, en camilla, en posición decúbito supino, en regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable dentro de su condición, sin compañía de familiar, con via aerea artificial dado por TOT en el día 5 de ventilación mecánica, sin signos de dificultad respiratoria, afebril, Se atiende siguiendo protocolos institucionales y empleando bioseguridad reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección SociaL
Objetivo: REVISIÓN POR SISTEMAS
SISTEMA NEUROLÓGICO: Rass -3
SISTEMA CARDIOVASCULAR: Tórax normolíneo, expansibilidad torácica simétrica, a la auscultación aireación broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin ruidos sobreagregados, con tubo orotraqueal conectado a ventilación mecánica invasiva en modo: espontaneo. PS 8 PEEP 6 FIO2 24% SENC 2. 0 FRT 22 con presencia de reflejo tusígeno

NOTAS MÉDICAS

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO: Extremidades simétricas, sin presencia de fracturas
SISTEMA TEGUMENTARIO: piel íntegra y bien hidratada
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: no refiere

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 79
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervención
- Mantener una adecuada ventilacion y oxigenacion
- Disminuir riesgo de infecciones y complicaciones respiratorias

Se realiza monitorizacion respiratoria
Posicionamiento 45°
Técnicas de desobstrucción bronquial con aumento de flujo espiratorio AFE lenta, 3 series de 8 repeticiones.
Movilidad costal 2 series de 15 segundos
Permeavilización de via aerea por medio de succion cerrada por TOT obteniendo abundante secrecion mucoide
Succion de secreciones por orofaringe obteniendo secrecion mucohialina escasa
Presion de neumotaponador en 25 cmH2O

Se deja paciente estable dentro de su condición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JINETH TATIANA ESPAÑA PEREZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1010015945, CC 1010015945

Fecha: 24/01/2024 20:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION UCI CQX

ESPECIALISTA: DR MOLINA
ASISTENCIAL: DR GAMBOA
Objetivo:
EVOLUCION UCI CQX

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

NOTAS MÉDICAS

Análisis: Paciente hemodinamicamente estable, sin soporte vasopresor, sin trastorno acidobase, lactato depurado.
en ventilacion mecanica invasiva con adecuada oxigenacion
anemia modera sin sangrado activo, no leucocitosis, afebril, sin trastorno en plaquetas.
funcion renal conservada, con hipokalemia en reposicion.
neurologicamente con respuesta minima, pendiente realizar rm cerebral y videotelemetria.

Plan de manejo: manejo en uci

Justificación de permanencia en el servicio: ventilacion mecanica invasiva.

Firmado por: RAUL IVAN MOLINA TORRENTE, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 231794, CC 16736207

Fecha: 24/01/2024 21:38 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow6/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 5 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierdo
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS 8, VC:445, FR:15, FIO2:28, PEEP:8, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual.
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 166/75, Presión arterial media(mmhg): 105
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 15
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Cambio de posicion del TOT

NOTAS MÉDICAS

Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad, paciente hipersecrectora
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 24/01/2024 22:59 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Alto	108.00	mmol/L	98-107

Firmado por: ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA, BACTERIOLOGO, Registro 1053869330, CC 1053869330

Fecha: 24/01/2024 22:59 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	3.90	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA, BACTERIOLOGO, Registro 1053869330, CC 1053869330

Fecha: 24/01/2024 23:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	135.00	mmol/L	137-145

Firmado por: ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA, BACTERIOLOGO, Registro 1053869330, CC 1053869330

Fecha: 24/01/2024 23:16 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia

NOTAS MÉDICAS

1300	FIO2	Normal	24.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.5	--	--
1302	pH	Normal	7.410	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Normal	35.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Normal	92.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	8.2	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	24.0	%	37-47
1307	SO2	Normal	97.1	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.420	--	--
1309	PCO2t	Normal	34.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	89.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Normal	22.2	mmol/L	21-28
1312	BE	Bajo	-2.1	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	-2.4	mmol/L	--
1314	ctCO2	Normal	23.3	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	95.2	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.3	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.7	%	--
1318	FHHb	Normal	2.8	%	--

Firmado por: ALEJANDRA CAROLINA AMARO ANAYA, BACTERIOLOGO, Registro 1127576548, CC 1127576548

Fecha: 24/01/2024 23:16 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
9031A1	ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO	Normal	1.80	mmol/L	--

Firmado por: ALEJANDRA CAROLINA AMARO ANAYA, BACTERIOLOGO, Registro 1127576548, CC 1127576548

Fecha: 25/01/2024 00:04 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	13.54	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	85.2	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	10.0	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	2.2	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	1.6	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.10	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.2	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	0.90	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	11.54	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.35	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Normal	0.30	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Normal	0.22	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.01	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.12	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	2.92	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	28.0	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	8.7	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	95.8	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	29.60	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.1	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.70	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Bajo	153	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	12.00	fL	9,4-12,3

NOTAS MÉDICAS

2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	POLICROMATOFILIA LIGERA LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA CONFIRMADA EN LAMINA.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: ALEJANDRA SANDOVAL VILLAREAL, BACTERIOLOGO, Registro 1144204894, CC 1144204894

Fecha: 25/01/2024 05:47 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow6/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 5 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierdo
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS 8, VC:445, FR:15, FIO2:28, PEEP:8, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales: PH:7. 42, PCO2:34, PO2:89, HCO3:22. 2, BE:-2. 4, PAFI:445
Signos de dificultad respiratoria: NO APLICA
Patrón respiratorio: NO APLICA
Expectativas con la terapia: NO APLICA

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 123/77, Presión arterial media(mmhg): 92
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 15
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias

NOTAS MÉDICAS

Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad, paciente hipersecrectora
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 25/01/2024 08:18 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - CIRUGIA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo: Paciente en cama, en aceptables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria ni sirs, con VMI, hemodinamicamente estable, sin soporte vasopresor.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años hospitalizada en contexto de politraumatismo cerrado de alta cinemática, secundario a accidente de tránsito, remitida por TCE severo y deterioro neurológico súbito, con estudios de ingreso que no evidencian lesiones susceptibles a manejo quirurgico emergente por neurocirugía, quienes realizan seguimiento por sospecha de LAD.

Por parte de cirugía general se encontraba en estudio de trauma toracoabdominal cerrado, con PANSCAN que evidencia focos atelectasicos en lobulos pulmonares inferiores, sin lesiones vasculares, no fracturas costales, no liquido libre en cavidad peritoneal, sin otros hallazgos que requieran intervenciones por nuestra especialidad, se cierra interconsulta, quedamos atentos a nuevos requerimientos en caso de ser necesario. La paciente continúa manejo en UCI por parte de especialidad tratante.

Plan de manejo: -SE CIERRA IC
-Manejo por especialidad tratante

Justificación de permanencia en el servicio: SE CIERRA IC.

Firmado por: ADOLFO GONZALEZ HADAD, CIRUGIA GENERAL, Registro 37485, CC 79142613

Fecha: 25/01/2024 10:26 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Firmado electrónicamente

NOTAS MÉDICAS

Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 6/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 6).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectado a la ventilacion mecanica en modo CPAP+PS:8 con FiO2:24%, VE:408, FRT:17, Peep:6, E. sens:25%, RIE:1:2, 3, acoplada al ciclo ventilatorio, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, sin sobreagregados
A la palpacion: No se perciben crepitos ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 122/64, Presión arterial media(mmhg): 83
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 72 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 17
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realizar:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-AFE lenta y rapida
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando abundante cantidad de secreciones mucopurulentas
-Succion de orofaringe
-Cambio de lateralidad de fijador de TOT
-Se mantienen parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena 10ml, sonda succion regulador#14

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 25/01/2024 10:30 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION UCI DIA

NOTAS MÉDICAS

Eventos por enfermeria: no refiere.
Eventos por terapia respiratoria: no refiere.

Paciente sin sedacion - en ventilacion mecanica en PSV - No despierta

Pendiente:
- videotelemetria.
- resonancia magnetica cerebral.
Objetivo: Intervenciones

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: EVOLUCION UCI DIA
- no sedacion.
- cpot 0
- cam icu no evaluable
- familia ok

Paciente en manejo por neurocirugia - con lesion axonal difusa - Tenemos pendiente: RMN CEREBRAL / VIDEOTELEMETRIA.
Paraclinicos:
- rx tx sin evidencia de opacidades parenquimatosas
- gasimetria en equilibrio acido base ademas con adecuada ventilacion y sin trastorno de la oxigenacion.
- hemoleucograma con anemia ademas con leve incremento de leucocitosis ademas con adecuadas plaquetas
- no alteracion de electrolitos.
- sin alteracion de la funcion renal.
En el momento sin fiebre ademas con adecuadas variables macrohemodinamicas - con hipertension, sin alteracion de la perfusion ademas sin congestion - en balance positivo con adecuados gasto urinario - y tolerando nutricion enteral - asimismo control glucometrico 116-212-176 -165 mg/dl. En ventilacion mecanica en modo espontanea se ajusta peep 4 - ps 8 -
Paciente con riesgo de infeccuion de TRI, la cual presenta elevacion de leucocitos ademas incremento de sot - por lo cual se inicia pesquisa de infeccion - no tiene compromiso de la oxigenacion.

- pcr / pct
- gram sot - cultivo
- hb1ac
- traqueostomia / gastrostomia.
- traslado a uci cronicos.

Plan de manejo: Manejo en UCI

Justificación de permanencia en el servicio: Manejo en UCI.

Firmado por: FELIPE ANDRES BARBOSA SANTIAGO, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 761214, CC 94233872

Fecha: 25/01/2024 10:39 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: folio formulacion ordenes de revista medica
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: STEFANYA GERALDINE BERMUDEZ MOYANO, MEDICINA GENERAL, Registro 1144180988, CC 1144180988

Fecha: 25/01/2024 10:50 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr. Barbosa
Md. Asistencial : Dra. Bermudez

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial

NOTAS MÉDICAS

- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

PROBLEMAS
Estado neurológico incierto-Descartar lesión axonal difusa
Cara
Ojos : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI (Trasladar a UCI 4 según disponibilidad de cupo)
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net a metas

MEDICAMENTOS
- Tapon Venoso
-Hidromorfona 0. 4 cada 4 horas **suspender
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
-Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs. nuevo

SE SOLICITA
TQT temprana por cx general + soporte de sedación
Gastrostomía temprana + soporte de sedación
Procalcitonina. HBA1C, PCR
Cultivo de SOT
Traslado a UCI 4
Nariz : EN PROCESO
. RMN cerebral como urgencia vital por neurocirugía
Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía
TAC facial con reconstruccion 3D-
TAC de cráneo simple + Angio de vasos de cuello y cerebro reporte
. Reporte oficial de imagenes
. Seguimiento por Neurocirugía
. Seguimiento por Cx general
. Seguimiento por Oftalmología.
. Seguimiento cx maxilofacial.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: ver ef

Plan de manejo: ver ef

Justificación de permanencia en el servicio: UCI:
Dependencia a VMI
Condicion neurologica estacionaria

NOTAS MÉDICAS

Manejo multidisiciplairnio de estado neurocritico no resuelto

Firmado por: STEFANYA GERALDINE BERMUDEZ MOYANO, MEDICINA GENERAL, Registro 1144180988, CC 1144180988

Fecha: 25/01/2024 10:58 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 6/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 6).
Objetivo: A la observacion: Extremidades simetricas y moviles, arcos de movilidad articulares funcionales para la edad, piel integra, edema GII en manos y pies.
Fuerza muscular generalizada no evaluable, con retracciones musculares importantes en cuello
Sensibilidad superficial, coordinacion, propiocepcion y equilibrio no evaluables
No realiza marcha dinamica en el momento
Dependecia severa para realizar sus AVD y ABC
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 125/65, Presión arterial media(mmhg): 85
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 74 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 17
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio musculoesqueletico: PATRON B y C

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Prevenir sindrome de debilidad muscular adquirido en UCI

Se realiza:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Movilidad articular pasiva generalizada 1S/0R
-Estimulacion sensitiva y auditiva
-Descargas de peso en tren inferior
-Ejercicios de bombeo circulatorio en MMII y MSI 3S/15R
-Estiramientos sostenidos de los grandes grupos musculares por 20seg C/U

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 25/01/2024 15:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - CIRUGIA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS

NOTAS MÉDICAS

Subjetivo: Gloria Siabato Gil
cc: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUv: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

Diagnósticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TcE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de tórax.
- contusión pulmonar izquierda
3. HTA por Hc

Objetivo: Objetivo:

TA: 120/65 mmhg
Fc: 97 lpm
FR: 23 rpm
Temp. 36c
Peso aprox: 90 kg

- cabeza: Bajo VMI acoplada a modo controlado con parámetros basales. mucosas húmedas y rosadas. escleras anictéricas. sin epistaxis. sangrado en cavidad oral. Presencia de equimosis en region frontal derecha asociada a excoriación y edema. Herida suturada en región occipital.
- cuello: móvil. sin lesiones externas. No presenta enfisema subcutáneo. soplos o frémitos.
- Tórax: simétrico. normoexpansible. sin retracciones. Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. con movilización de secreciones. Ruidos cardiacos rítmicos y regulares. sin soplos.
- Abdomen: blando. depresible. no se palpan masas ni megalias.
- Extremidades: simétricas. pulsos distales presentes simétricos y de buena intensidad. llenado capilar menor de dos segundos.
- Neurológico: Glasgow no evaluable por sedación RASS -1. reflejos de tallo presentes.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 2.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años con politraumatismo cerrado de alta cinemática por accidente de transito carro vs peatón. en calidad de peatón. remitida por TcE severo e historia de deterioro neurológico subito. con neuroimagen de ingreso sin evidencia de lesiones estructurales. tomografía control sin hallazgos que requieran manejo quirúrgico por neurocirugía. Angiotomografía sin evidencia de lesión vascular. tac de columna cervical que descarta compromiso a este nivel. PANSCAN con aparente trauma contuso ocular derecho. sin evidencia de lesión vertebral ni hematomas intracraneales. Estudio de lesión axonal difusa por parte de neurocirugía. Completo vigilancia por trauma cerrado de tórax y abdomen; ahora solicitan interconsulta para gastrostomía y traqueostomía por IOT prolongada.

Paciente con lesión axonal difusa; quien requiere soporte nutricional enteral para garantizar requerimientos nutricionales, se solicita gastrostomía endoscópica; adicionalmente requiriendo VMI de forma prolongada, IOT 19/01/2023 con el fin de mitigar complicaciones asociadas a IOT prolongada y dado requerimiento de VMI se solicita traqueostomía temprana. Se diligencian consentimientos informados y

NOTAS MÉDICAS

se entrega a jefe del servicio para autorización.

Plan de manejo: - Se solicita gastrostomía via endoscopica
- Se solicita kit de gastrostomia # 20
- Se solicita traqueostomía percutánea
- Se solicita kit de traqueostomia # 7
- Manejo instaurado en UCI.

Justificación de permanencia en el servicio: Condicion clínica del paciente.

Firmado por: ADOLFO GONZALEZ HADAD, CIRUGIA GENERAL, Registro 37485, CC 79142613

Fecha: 25/01/2024 15:40 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 1er año. Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

EXAMEN FÍSICO:
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
VMI-IOT
Dexmedetomedina
Glasgow no evaluable por sedación RASS -2
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo preseluco
no posturas anormales
Resto no evaluable

Glucometría: 142-132-144 mg/dl
ESTUDIOS PREVIOS:
Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5

NOTAS MÉDICAS

VNO der: 4. 9

23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2
ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:

Tac de craneo 24. 01. 2024
se observa buena diferenciacion corticosubcortical, surcos presentes. con linea media centrada, con cisternas permeables, se observa pequeña hemorragia subaracnoidea parietal derecha, no otras lesionesintraaxiales u extraaxiales.

tac de craneo simple 19/01/2024:
no areas de isquemia o hemorragia, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

tac de columna cervical simple19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis, canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)
PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
PARACLÍNICOS:

23/01/2024:
CAi: pendiente, mg: 2. 8, bun: 12, k: 3. 9, na: 137, cr:0. 1, hemograma: leucos 8960, n: 80. 3%, l: 15%, hb: 8. 7, hto: 27. 8% ptas: 120000, ac lactico: 1. 1

Hemograma
leucos: 10160, n: 81. 1%, l: 13. 2%, hb: 9. 1, hto: 29%, ptas: 119000. mg: 1. 8, k:3. 5

21/01/2024: cl: 113, bun: 13, k:3. 6, na: 136, cr: 0. 4
Gaes Arteriales: poc2:7. 37, po2:99, hco3: 19. 7

20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46
Hemograma: Leu: 6. 670, Neu: 4. 970, Lin:1. 220, Hb:9. 9, TO: 31. 8, PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90

CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1. 60, NITROGENO UREICO(BUN): 13. 8, POTASIO: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70
Objetivo: ANÁLISIS:
Gloria, 55 años, politrauma por accidente de tránsito, con TCE severo que requirio VMI-IOT con neuroimagen de ingreso que no evidencia hallazgo de lesiones estructurales. al inghreso hemodinamicamente estable sin posturas anormales. Se determina posibilidad de LAD vs Estatus no motor, se solicito Angiotac de craneo contrastado ante halalgzos inicial de anisocoria (oi; 2mm, od:3 mm) que descarsedacion concia de lesiones vasculares, ahora con sedacion consciente, en estado de minima consciencia, reflejos de tall presentes, sin idnciacion actual de manejo quriurgico, ni posicionamiento de monitoria de pic, ha tenido monitoria no invasiva con vaina del nervio optico normal. Tiene pendiente RMN Cerebral simple bajo soporte de sedacion como urgencia vital para descartar impresion diagnóstica de LAD, en pro del pronóstico de la paciente. Alto riesgo de complicaciones.

NOTAS MÉDICAS

De momento sin proceso infeccioso activo, electrolitos, normales, funcion renal estable, hb estacionaria.
estamos atentos a realizacion de Videotelemetria por 24 horas para descartar status epileptico no motor. Continua con anticonvulsivante.
Evolucion neurologica estacionaria, se promueve realizaicond e traqueostomia temprana (< 7 dias). ,

PLAN:
manejo en uci
ventilacion mecanica
sedoanalgesia para rass 0
cabecera a 30 grados
levetiracetam 1g iv c/12h
omeprazol 40mg iv c/24h
acetaminofen 1g iv c/8h
hoja neurologica horario

*METAS TCE SEVERO:
PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg
Hb 7 gr/dl - Hto 21%
Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl
Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36
Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Fecha: 25/01/2024 15:44 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

ANAMNESIS
Motivo de consulta: SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA.
Enfermedad actual: DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo

NOTAS MÉDICAS

2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Psiquismo:.

EXAMEN FÍSICO

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general :.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: Adecuado Aporte calórico: Adecuado

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :24/01/2024 (22:16)
CL 108 K 3. 9 NA 135 LINF 1. 35 HB 8. 7 PQT 153 PH 7. 41 PCO2 35 PO2 92 HCO3 22. 2 BE -2. 1

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE FEMEINO DE 55 AÑOS DE EDAD, EN UCI, CON SEDOANALGESIA Y VMI, SE ENCUENTRA SOLA AL MOMENTO DE LA ATENCION. CON ANTECEDENTES MENCIONADOS EN HC. SIN REPORTE DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES POR EL AREA DE EFNEREMRIA. CUENTA CON UNOS EXAMENES BIOQUIMICOS QUE INDICAN HIPONATREMIA LEVE, DEMAS ELECTROLITOS EN RANGOS ADECUAODS, UN HEMOGRAMA QUE EVIDENCIA UN RECUENTO LINFOCITARIO LEVEMENTE DISMINUIDO, ANEMIA MODERADA, TROMBOCITOPENIA Y UNOS GASES ARTERIALES LATERADOS PERO SIN ACIDOSIS O ALCALOSIS. CON UN REPORTE DE PRODUCIDO DE DIURESIS DE 2100 CC EN 24 HORAS, GLUCCOMETRIAS EN METAS, ULTIMA DE 116 MG/DL. SE REALIZA REVISION DE APME EL CUAL ESTA EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ENCUENTRO A PACIENTE CON NET EN METAS, A UNA VELOCIDAD DE INFUSION DE 37 ML/HORA. EN EL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA EDEMA GRADO 1 EN MANOS Y PIES, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS FISICOS QUE INDIQUEN CARENCIA DE MICRONUTRIENTES.
Plan de manejo: SE DA CONTINUIDAD A TTO NUTRICIONAL:
*ENSURE CLINICAL LPC X 500 ML, INFUSION CONTINUA, AUMNETAR 10 ML CADA 8 HORAS, HASTA ALCANZAR META DE 37 ML/HORA.
*IRRIGAR SONCA CON 30 CC DE AGUA CADA 4 HORAS.
*APLICAR MEDIDAS ANTIREFLUJO.
*F. V: 29/01/2024
*SEGUIMIENTO NUTRICIONAL.

Firmado por: LUIS EDUARDO PRETEL VARGAS, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107091032, CC 1107091032

Fecha: 25/01/2024 17:06 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

NOTAS MÉDICAS

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente conectadoa vneitlacion mecnaica invasiva por medio de tot en modo CPAP
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 6/15.
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toraco adbominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en semifowler a 45° y realizo:
-Compresiones toracicas.
- Aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion cerrada e instilacion de solucion salina y se obtiene escasa cantidad de secreciones blanquecinas.
-Aspiracion por via orofaringea y se obtiene escasa cantidad de secreciones hialinas
-Insumos:
Sonda de succion.
jeringa de 10 ml
gasas.
Se finaliza sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 25/01/2024 20:01 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: VER NOTA
Objetivo:

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : ***EVOLUCION UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr. Muñoz

NOTAS MÉDICAS

Md. Asistencial : Dr. Angel

Sin novedades por enfermeria, TAM en metas, Afebril, Glasgow 7/15, Diuresis adecuada, balance positivo, glucometria adecuada, a nivel respiratorio modo CPAP+PS:8 con FiO2:28%, VE:408, FRT:17, Peep:6

ANALISIS
Paciente con diagnósticos anotados, en el momento hemodinámicamente estable sin soporte vasoactivo ni inotrópico, no signos de hipoperfusión; bajo VMI en parametros dinamicos, acoplado a ventilador, adecuada mecánica respiratoria, presenta indices de oxigenacion; tolera NET con glucometrias en metas; diuresis conservada, azoados en rangos de normalidad, no trastorno electrolítico que amerite corrección; no signos de sangrado externo; sin SIRS, sin indicación de antibioterapia en el momento; no déficit neurológico sobreagregado. Paciente con pronostico reservado de acuerdo a evolucion, con probabilidad de fallecimiento.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: VER NOTA

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: VENTILACION MECANICA INVASIVA.

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Fecha: 25/01/2024 22:18 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierdo
Objetivo: Paciente con via aérea artifical dada por TOT 7 fijo a 22 conectado a ventilación mecánica con los sgtes parámetros:
MODO CPAP, PEEP 5 PS 8 FIO2 28 Prealizando volumenes adecuados entre 400/500 fr entre 14/18

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica. Patron respiratorio toracoabdominal. A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: sin alteracion
Patrón respiratorio: toraocabdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

NOTAS MÉDICAS

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 14
Saturación de oxígeno 97%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo:
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de infecciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp s realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencion
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TOT obteniendo secreciones purulentas abundantes
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina moderada
Verficiacion de presión de neumotaponador

Por orden medica se realizo toma de cultivo de secrecion orotraqueal se rotulo y se envio a laboratorio clinico institucional

Queda paciente estable dentro de sus condiciones

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 25/01/2024 22:36 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	13.14	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	78.2	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	14.7	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	3.3	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	1.9	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.20	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.2	--	0-0,2

NOTAS MÉDICAS

2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	1.70	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	10.28	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.93	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.43	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Normal	0.25	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.03	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.22	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	2.90	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	28.0	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	8.6	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	96.4	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	29.60	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	30.7	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.70	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Bajo	172	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	11.90	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: ANDRES FELIPE CELIS CALLEJAS, BACTERIOLOGO, Registro 102425237, CC 1024525237

Fecha: 25/01/2024 23:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGLOBINA GLICOSILADA

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	Alto	6.77	%	0-6,5

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 25/01/2024 23:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROCALCITONINA

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
906841	PROCALCITONINA	Normal	0.41	ng/ml	Personas Sanos Normales: 0.077 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es poco probable: <0.500 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es posible: >=0.500 - <=2.0 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es probable, a menos que haya otras causas conocidas: >2.00 - <10.0 ng/mL\X000d\ Respuesta inflamatoria sistemica importante, casi exclusivamente debido a sepsis bacteriana severa o shock septico: >=10 ng/mL\X000d\

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 25/01/2024 23:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Alto	307.40	mg/L	0-9,99

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 26/01/2024 02:14 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	SECRECIÓN TRAQUEAL	--	--

Firmado por: CINDY LORENA MUÑOZ ARREDONDO, BACTERIOLOGO, Registro 1144159934, CC 1144159934

Fecha: 26/01/2024 06:18 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierdo

Objetivo: Paciente con via aérea artifical dada por TOT 7 fijo a 22 conectado a ventilación mecánica con los sgtes parámetros:
MODO CPAP, PEEP 5 PS 8 FIO2 28 Prealizando volumenes adecuados entre 400/500 fr entre 14/18

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica. Patron respiratorio toracoabdominal. A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: sin alteracion
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia:.

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo:
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de infecciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp s realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencion
Aceleración de flujo espiratorio

NOTAS MÉDICAS

Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TOT obteniendo secreciones mucoides
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina moderada
Verficiacion de presión de neumotaponador

Queda paciente estable dentro de sus condiciones

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 26/01/2024 07:40 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: ***NOTA DE FORMULACION***
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JUAN DAVID TOLEDO AGUDELO, MEDICINA GENERAL, Registro 1115086306, CC 1115086306

Fecha: 26/01/2024 09:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Valoración nutricional - Interconsultante - NUTRICIONISTA CLINICA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Motivo de consulta: Seguimiento por nutricion
Enfermedad actual: 1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho

NOTAS MÉDICAS

- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Sistema neurológico:.

.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: No adecuado Aporte calórico: No adecuado

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :25. 01. 2024
HBA1C 6. 77 ELEVADA, PCR 307 INFLAMACION, LEU 13. 14 LEUCOCITOSIS, NEU 78. 2 NEUTROFILIA, LINF 14. 7 LINFOCITOPENIA, HB 8. 6 ANEMIA SEVERA, PQT 172 NORMAL

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

Requerimientos Nutricionales
Requerimientos nutricionales: Si Tipo de nutrición: Enteral

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: Paciente femenino de 55 años en seguimiento por nutricion, paciente en cama, somnoliento, recibiendo oxigeno por medio de ventilacion mecanica invasiva. Paciente con diagnosticos anotados en historia clinica. Paraclinicos 25. 01. 2024 hemoglobina glicosilada elevada, inflamacion segun pcr, hemograma que indica leucocitosis, neutrofilia, linfocitopenia, anemia severa, ultimas glicemias en 239 mg/dl y 191 mg/dl. Paciente recibiendo nutricion enteral con ensure clinical LPC x 500 ml en infusion continua a 37 cc/h, sin reportes de intolerancias asociadas a la nutricion enteral, sin embargo presenta hiperglicemias constantes con prueba de hemoglobina glicosilada con valores alterados, por lo que se indica ajusta a APME Polimerico, hiperproteico, hipercalorico, con carbohidratos de digestión lenta y fibra para garantizar aportes caloricos elevados por trauma, ejercer control metabolico y evitar un deterioro del estado nutricional, se realiza ajuste de aporte calorico por peso ajustado y se dejan indicaciones de nuevo volumen meta
Plan de manejo: ----------

Peso ajustado: 65 kg / Aporte calorias por formula: 1625 calorias al dia / Aporte de proteina: 89. 4 gr dia

-Nutricion enteral con glucerna 1. 5 LPC x 1000 ml en infusion continua, iniciar a 10 cc/h e ir aumentando 10 cc cada 6 horas hasta llegar a meta de 46 cc/h
-Vigilar tolerancia a la nutricion enteral
-Irrigar sonda con 40 ml cada 4 horas
-Seguimiento por nutricion

tto x 12 dias
total LPC: 14
Vigencia orden: 07. 01. 2024
Observaciones: Se atiende paciente con todos los EPP.

Firmado por: NICOLAS DELGADO SANCHEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1113695963, CC 1113695963

NOTAS MÉDICAS

Nota aclaratoria

Fecha: 26/01/2024 09:11

SE CORRIGE VIGENCIA DE ORDEN

Vigencia orden: 07. 02. 2024

Firmado por: NICOLAS DELGADO SANCHEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1113695963, CC 1113695963

Fecha: 26/01/2024 09:33 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION UCI DIA

Eventos por enfermeria: no refiere.
Eventos por terapia respiratoria: no refiere.

Paciente sin sedacion, en ventilacion mecanica.

Objetivo: Intervenciones

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: EVOLUCION UCI DIA
- no sedacion.
- cpot 0
- cam icu no evaluable.
- familia ok
- movilizacion ok

Pendiente:
- traqueostomia.

En evaluacion clinica: no ictericia. no lesiones en cavidad oral. no masas en cuello. torax simetrico. no tirajes intercostales. abdomen no distension - no sensacion masas. no edema en miembros inferiores.
Paraclinicos:
- rx tx: evidencia de opacidades parenquimatosas paracardiaca izquierda - sin derrame pleural.
- gasimetria en equilibrio acido base ademas adecuada ventilacion - con adecuada oxigenacion - sin elevacion del acido lactico.
- hemoleucograma con anemia nop progresiva, ademas con persistencia de elevacion de leucocitos y (elevacion de pcr - pct positiva) - sin alteracion de las plaquetas.
- no alteracion de electrolitos.
- hb1ac 6. 77
En el momento con febricula - con adecuadas variables macrohemodinamicas, no signos de hipoperfusiones ni congestion - ademas con balance positivo con adecuado gasto urinario - no tiene liquidos de base ade, asd control glucometrico 191-239-210-212 mg/dl (hb1ac 6. 77) -

NOTAS MÉDICAS

ventilacion mecanica invasiva con modalidad espontanea.
Se considera

- piperacilina tazobactam 4. 5 gr iv cada 6 horas.
- glargina 22 ui en la noche
- ventilacion mecanica en modo espontanea.
- pendiente traqueostomia.

Plan de manejo: Manejo en UCI

Justificación de permanencia en el servicio: Manejo en UCI.

Firmado por: FELIPE ANDRES BARBOSA SANTIAGO, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 761214, CC 94233872

Fecha: 26/01/2024 11:11 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 7/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 8).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectado a la ventilacion mecanica en modo CPAP+PS:8 con FiO2:28%, VE:494, FRT:12, Peep:6, E. sens:40%, RIE:1:4, 3, acoplada al ciclo ventilatorio, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, sin sobreagregados
A la palpacion: No se perciben crepitos ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 115/50, Presión arterial media(mmhg): 71
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 72 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 12
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realizar:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-AFE lenta y rapida
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando abundante cantidad de secreciones mucopurulentas
-Succion de orofaringe
-Cambio de lateralidad de fijador de TOT
-Se modifica Peep:4 por orden medica, FiO2:24%, demás parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena 10ml, sonda succion regulador#14

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

EDUCACIÓN

NOTAS MÉDICAS

Plan educativo: Sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 26/01/2024 11:32 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 7/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 8)
Objetivo: A la observacion: Extremidades simetricas y moviles, arcos de movilidad articulares funcionales para la edad, piel integra, edema GII en manos y pies.
Fuerza muscular generalizada no evaluable, con retracciones musculares importantes en cuello
Sensibilidad superficial, coordinacion, propiocepcion y equilibrio no evaluables
No realiza marcha dinamica en el momento
Dependecia severa para realizar sus AVD y ABC
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 115/50, Presión arterial media(mmhg): 71
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 74 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 15
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio musculoesqueletico: PATRON B y C

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Prevenir sindrome de debilidad muscular adquirido en UCI

Se realiza:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Movilidad articular pasiva generalizada 1S/0R
-Estimulacion sensitiva y auditiva
-Descargas de peso en tren inferior
-Ejercicios de bombeo circulatorio en MMII y MSI 3S/15R
-Estiramientos sostenidos de los grandes grupos musculares por 20seg C/U

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 26/01/2024 15:07 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - NEUROTRAUMA

NOTAS MÉDICAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 1er año. Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

EXAMEN FÍSICO:
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
VMI-IOT
Dexmedetomedina
Glasgow no evaluable por sedación RASS -2
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Glucometría: 142-132-144 mg/dl
ESTUDIOS PREVIOS:
Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9

23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2
ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:

Tac de craneo 24. 01. 2024
se observa buena diferenciacion corticosubcortical, surcos presentes. con linea media centrada, con cisternas permeables, se observa pequeña hemorragia subaracnoidea parietal derecha, no otras lesionesintraaxiales u extraaxiales.

tac de craneo simple 19/01/2024:
no areas de isquemia o hemorragia, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

tac de columna cervical simple19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis,

NOTAS MÉDICAS

canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)
PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
PARACLÍNICOS:

23/01/2024:
CAi: pendiente, mg: 2. 8, bun: 12, k: 3. 9, na: 137, cr:0. 1, hemograma: leucos 8960, n: 80. 3%, l: 15%, hb: 8. 7, hto: 27. 8% ptas: 120000, ac lactico: 1. 1

Hemograma
leucos: 10160, n: 81. 1%, l: 13. 2%, hb: 9. 1, hto: 29%, ptas: 119000. mg: 1. 8, k:3. 5

21/01/2024: cl: 113, bun: 13, k:3. 6, na: 136, cr: 0. 4
Gaes Arteriales: poc2:7. 37, po2:99, hco3: 19. 7

20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46
Hemograma: Leu: 6. 670, Neu: 4. 970, Lin:1. 220, Hb:9. 9, HTO: 31. 8, PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90

CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1. 60, NITROGENO UREICO(BUN): 13. 8, POTASIO: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70

Objetivo:

ANÁLISIS:
Gloria, 55 años, politrauma por accidente de tránsito, con TCE severo que requirio VMI-IOT con neuroimagen de ingreso que no evidencia hallazgo de lesiones estructurales. al inghreso hemodinamicamente estable sin posturas anormales. Se determina posibilidad de LAD vs Estatus no motor, se solicito Angiotac de craneo contrastado ante halalgzos inicial de anisocoria (oi; 2mm, od:3 mm) que descarta la presencia de lesiones vasculares, ahora con sedacion consciente, en estado de minima consciencia, reflejos de tall presentes, sin idnciacion actual de manejo quriurgico, ni posicionamiento de monitoria de pic, ha tenido monitoria no invasiva con vaina del nervio optico normal. Tiene pendiente RMN Cerebral simple bajo soporte de sedacion como urgencia vital para descartar impresion diagnóstica de LAD, en pro del pronóstico de la paciente. Alto riesgo de complicaciones.
De momento sin proceso infeccioso activo, electrolitos, normales, funcion renal estable, hb estacionaria.
estamos atentos a realizacion de Videotelemetria por 24 horas para descartar status epileptico no motor. Continua con anticonvulsivante.
Evolucion neurologica estacionaria, se esta a favor de traqueostomia temprana (< 7 dias). pronostico ligado a evolucion,

PLAN:
manejo en uci
ventilacion mecanica
sedoanalgesia para rass 0
cabecera a 30 grados
levetiracetam 1g iv c/12h
omeprazol 40mg iv c/24h
acetaminofen 1g iv c/8h
hoja neurologica horario

NOTAS MÉDICAS

*METAS TCE SEVERO:
PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg
Hb 7 gr/dl - Hto 21%
Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl
Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36
Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CARLOS ALBERTO HERNANDEZ CABALLERO, NEUROTRAUMA, Registro 2367-97, CC 16648969

Fecha: 26/01/2024 16:28 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 7/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 8).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectado a la ventilacion mecanica en modo CPAP+PS:8 con FiO2:24%, VE:472, FRT:14, Peep:6, E. sens:40%, RIE:1:3, 6, acoplada al ciclo ventilatorio, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, sin sobreagregados
A la palpacion: No se perciben crepitos ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 118/38, Presión arterial media(mmhg): 64
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 72 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 14

NOTAS MÉDICAS

Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realizar:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-AFE lenta y rapida
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando abundante cantidad de secreciones mucopurulentas
-Succion de orofaringe
-Se mantienen parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena 10ml, sonda succion regulador#14

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 26/01/2024 22:28 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente conectadoa vneitlacion mecnaica invasiva por medio de tot en modo CPAP
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 6/15.
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toraco abdominal
Expectativas con la terapia: sin camibios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion

NOTAS MÉDICAS

respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en semifowler a 45° y realizo:
-Compresiones toracicas.
- Aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion cerrada e instilacion de solucion salina y se obtiene moderada cantidad de secreciones blanquecinas.
-Aspiracion por via orofaringea y se obtiene abundante cantidad de secreciones purulentas
-Insumos: Sonda de succion.
jeringa de 10 ml
gasas.
Se finaliza sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 26/01/2024 23:33 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: *** EVOLUCION UCI NOCHE ***
Objetivo: VER EF

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr. Vieda
Md. Asistencial : Dr. Ariza

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo

PROBLEMAS

Estado neurológico incierto-Descartar lesión axonal difusa
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

NOTAS MÉDICAS

SIGNOS VITALES
TA: 135/43 mmhg
TAM: 73 mmhg
FC: 70 lpm
Temp. 37. 0 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP 6 + PS 8 fio2 24%

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: Desconocida

METABÓLICO: NET a 37 cc/ht
Glucometría: 125-156-158 -174 - 155 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 1. 09 cc/kg/h en 12 horas
Balance +6939 cc

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, Tmax: 37. 5° sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O4V1M2 glasgow 7/15

VNO OD 4. 8 mm
VNO OI 5. 4 mm
Cráneo : ANALASIS:
paciente con diagnosticos anotados en el momento hemodinamicamente in necesidad de soporte vasopresor, mantiene metas de presión arterial no presenta signos de bajo gasto ni de hipoperfusión, llenado capilar normal. Continua con soporte ventilatorio invasivo con parámetros bajos y presiones de la vía aérea en rango seguro, en modo espontáneo y acoplada a la ventilación mecánica, trastorno leve de la oxigenación.
tiene pendiente realizacion de TQT temprana por cx general, RMN cerebral, Videotelemetria de 12 horas y gastrostomia, por lo pronto continua con igual manejo inficado enteriormente
Paciente con requerimiento de monitoria continuar en Unidad de Cuidado intensivo por soporte ventilatorio, pronóstico incierto de secuelas neurológicas, alto riesgo de fallecimiento,
Cara
Ojos : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI (Trasladar a UCI 4 según disponibilidad de cupo)
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net a metas

MEDICAMENTOS
- Tapon Venoso
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Piperacilina/Tazobactam 4. 5 gr IV cada 6 horas - FI: 26/01/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: MONITORIA UCI.

Firmado por: ELIAS VIEDA SILVA, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 6414/87, CC 19411563

Fecha: 27/01/2024 03:22 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	12.11	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	72.1	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	17.8	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	4.4	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	2.5	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.10	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.2	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	3.10	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	8.73	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	2.16	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.53	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Normal	0.30	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.01	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.38	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--

NOTAS MÉDICAS

2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	2.92	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	28.5	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	8.8	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	97.5	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	30.20	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	30.9	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.50	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Normal	213	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	11.90	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: JUAN CARLOS ZAMBRANO CAMELO, BACTERIOLOGO, Registro 1144198578, CC 1144198578

Fecha: 27/01/2024 04:25 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	24.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.6	--	--
1302	pH	Normal	7.430	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Bajo	34.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Normal	101.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	7.1	g/dL	12-15

NOTAS MÉDICAS

1306	Hct	Bajo	21.0	%	37-47
1307	SO2	Normal	97.8	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.440	--	--
1309	PCO2t	Normal	33.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	99.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Normal	22.6	mmol/L	21-28
1312	BE	Normal	-1.5	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	-1.7	mmol/L	--
1314	ctCO2	Normal	23.6	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	95.6	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.7	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.5	%	--
1318	FHHb	Normal	2.2	%	--

Firmado por: JHOANA GABRIELA MARCILLO CUASQUEN, BACTERIOLOGO, Registro 1087424589, CC 1087424589

Fecha: 27/01/2024 04:51 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	11.4	mg/dL	7-17

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 27/01/2024 04:51 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.30	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 27/01/2024 04:51 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	136.00	mmol/L	137-145

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 27/01/2024 04:51 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.42	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 27/01/2024 04:51 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Alto	283.60	mg/L	0-9,99

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 27/01/2024 05:45 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente conectadoa vneitlacion mecnaica invasiva por medio de tot en modo CPAP
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 6/15.
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toraco abdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO

NOTAS MÉDICAS

Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en semifowler a 45° y realizo:
-Compresiones toracicas.
- Aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion cerrada e instilacion de solucion salina y se obtiene moderada cantidad de secreciones blanquecinas.
-Aspiracion por via orofaringea y se obtiene abundante cantidad de secreciones purulentas
-Insumos: Sonda de succion.
jeringa de 10 ml
gasas.
Se finaliza sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 27/01/2024 08:20 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: EVPLUCION UCI CQX

ESPECIALISTA: DR BARBOSA
ASITENCIAL: DR GAMBOA
Objetivo:
TA 165/74
TAM 104
T 36. 3
FC 86

GLASGOW 6/15
LLENADPO CAPILAR 2 SEG
GASTO URINARIO 0. 8 CC/KG/HORA
GLUCOMETRIAS 174 - 155 - 180 MG/DL
VMI CAPAP PEEP6 FR 15 VOL 400 SO2 93%

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

NOTAS MÉDICAS

Análisis: Paciente hemodinamicamente establñe, sin soporte vasopresor, sin signos de bajo gasto cardiaco ventilacion mecanica invasiva parametros basales, con adecuada oxigenacion, en plan de traqueostomia tolerando net con glucometrias en metas, pendiente realizar gastrostomia percutanea con soporte de sedacion afebril, en cubrimiento antibiotico, pendiente reporte de cultivo de SOT para definir ajustes de antibioticoterapia gasto urinario en metas, sin trastornos en electrolitos.
neurologicamente con deficit establecido, pendiente realiza RM cerebral y videotelemetria

Plan de manejo: manejo en uci

Justificación de permanencia en el servicio: ventilacion mecanica invasiva.

Firmado por: FELIPE ANDRES BARBOSA SANTIAGO, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 761214, CC 94233872

Fecha: 27/01/2024 10:06 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CULTIVO PARA MICROORGANISMOS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	SOT	--	--
9012171	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS	Normal	SE CULTIVÒ MICROBIOTA DE TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR.	--	--
7002	PRELIMINAR	Normal	-	--	--

Firmado por: KATHERINE CABRERA VILLEGAS, BACTERIOLOGO, Registro 1143850230, CC 1143850230

Fecha: 27/01/2024 10:54 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAP.FISICA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: GLORIA SIABATO GIL

Edad: 55 años

CC 29401014

SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24

Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS

NOTAS MÉDICAS

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV

2. Politraumatismo por accidente de tránsito

2. 1 TCE severo

2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho

2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda

3. HTA por HC

Paciente en cama, en delicadas pero estables condiciones generales, hemodinamicamente estable sin soporte vasopresor, intubado y conectado a VMI modo CPAP +PS parametros bajos. en compañia de familiar,

Objetivo: sistema nervioso central, GLAGOW 6/ 15
sistema musculeosqueletico: AMA pasivos conservados, fuerza muscular no valorable, moviliza MID al dolor
sistema tegumentario_ interrumpido por acceso venoso periferico,
sistema cardiovascular y pulmonar: pulsos presentes ritmicos, eucardica, normotensa, afebril, intubada y conectada a VMI modo CPAP 4 + PS 6 fio2 24%, realizando adecuada mecania ventilatoria saturando 96 %, se ausculta murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados

***la atencion del paciente se realiza con todos los EPP segun protocolo institucional.
Expectativas con la terapia: disminuir los efectos del reposos prolongado en cama
disminuir estancia hospitalaria

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 155/74, Presión arterial media(mmhg): 101
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 93 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 21
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Estado de conciencia: Glasgow 6/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: se realiza posicionamiento semisedente en cama, monitoria respiratoria y hemodinamica, ejercicios pasivos de movilidad articular de 4 extremidades, estiramientos de grandes grupos musculares, cabeza y cuello, decargas de peso, estimulacion multisensorial, dejo semisedente en cama baja con barandas elevadas, estable en su condicion. educo en plan de intervencion. a familir y paciente.

EDUCACIÓN
El cuidador responde la evaluación.

Material de apoyo: verbal, Otro.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal, Evaluación demostrativa.
Temas en los que se educó: Rehabilitación, Seguridad del paciente
Comprendió el tema: Si.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NORY LILIAN VALLEJO OSORIO, MED.FI.TERAP.FISICA, Registro 29940674, CC 29940674

Fecha: 27/01/2024 11:50 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

NOTAS MÉDICAS

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 6/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 8 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS:6, VC:405, FR:25, FIO2:24, PEEP:4, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual.
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 115/85, Presión arterial media(mmhg): 95
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 89 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 25
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Cambio de posicion del TOT
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad, paciente hipersecrectora
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 27/01/2024 16:29 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAP.FISICA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO

NOTAS MÉDICAS

ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: GLORIA SIABATO GIL

Edad: 55 años

CC 29401014

SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24

Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV

2. Politraumatismo por accidente de tránsito

2. 1 TCE severo

2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho

2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda

3. HTA por HC

Paciente en cama, en delicadas pero estables condiciones generales, hemodinamicamente estable sin soporte vasopresor, intubada y conectada a VMI modo CPAP +PS parametros bajos.

Objetivo: sistema nervioso central, GLAGOW 6/ 15
sistema musculeosqueletico: AMA pasivos conservados, fuerza muscular no valorable, moviliza MID al dolor
sistema tegumentario_ interrumpido por acceso venoso periferico,
sistema cardiovascular y pulmonar: pulsos presentes ritmicos, eucardica, normotensa, afebril, intubada y conectada a VMI modo CPAP 4 + PS 6 fio2 24%, realizando adecuada mecania ventilatoria saturando 94 %, se ausculta murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados

***la atencion del paciente se realiza con todos los EPP segun protocolo institucional.
Expectativas con la terapia: disminuir los efectos del reposo prolongado en cama
disminuir estancia hospitalaria

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 155/74, Presión arterial media(mmhg): 101
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 99 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Estado de conciencia: Glasgow 6/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

NOTAS MÉDICAS

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: se realiza posicionamiento semisedente en cama, monitoria respiratoria y hemodinamica, ejercicios pasivos de movilidad articular de 4 extremidades, estiramientos de grandes grupos musculares, cabeza y cuello, decargas de peso, estimulacion multisensorial, dejo semisedente en cama baja con barandas elevadas, estable en su condicion.

EDUCACIÓN
El paciente responde la evaluación.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NORY LILIAN VALLEJO OSORIO, MED.FI.TERAP.FISICA, Registro 29940674, CC 29940674

Fecha: 27/01/2024 16:32 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 6/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 8 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS:8, VC:415, FR:25, FIO2:24, PEEP:4, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual.
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 177/85, Presión arterial media(mmhg): 115
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 105 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucopurulentas en moderada cantidad, paciente hipersecrectora

NOTAS MÉDICAS

Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 27/01/2024 17:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 6/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 8 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS:8, VC:415, FR:20, FIO2:24, PEEP:4, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual.
Signos de dificultad respiratoria: NO APLICA
Patrón respiratorio: NO APLICA
Expectativas con la terapia: NO APLICA

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 145/85, Presión arterial media(mmhg): 105
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 20
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucopurulentas en moderada cantidad, paciente hipersecrectora
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc

NOTAS MÉDICAS

Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 27/01/2024 19:25 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 7/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 8).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectado a la ventilacion mecanica en modo CPAP+PS:6 con FiO2:24%, VE:341, FRT:33, Peep:4, E. sens:40%, RIE:1:2, 4, acoplada al ciclo ventilatorio, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, sin sobreagregados
A la palpacion: No se perciben crepitos ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Taquipnea
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 174/82, Presión arterial media(mmhg): 112
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 100 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 33
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realizar:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-AFE lenta y rapida
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando abundante cantidad de secreciones mucopurulentas fetidas
-Succion de orofaringe
-Se mantienen parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena 10ml, sonda succion regulador#14

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 27/01/2024 20:12 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: ***NOTA DE EVOLUCION - UCI CCQX - NOCHE***
Objetivo: PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr. Urrego
Md. Asistencial : Dr. Toledo

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 182/82 mmhg
TAM: 113 mmhg
FC: 100 lpm
Temp. 38 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP 4 + PS 6 fio2 24%
VTE: 609 FR: 20 rpm SO2: 98%

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: 27/01/24 #1 deposición.

METABÓLICO: NET a 47 cc/hr
Glucometría: 161-215 mg/dl

NOTAS MÉDICAS

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 1. 3 cc/kg/h en 12 horas
Balance -1096 cc

HEMATO/INFECCIOSO: Febril en 12 horas, Tmax: 38. 5° sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O4V1M2 glasgow 7/15
Cráneo : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI (Trasladar a UCI 4 según disponibilidad de cupo)
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net a metas

MEDICAMENTOS
- Tapon Venoso
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Piperacilina/Tazobactam 4. 5 gr IV cada 6 horas - FI: 26/01/24 FF 01/02/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE QUIEN INGRESO EN CONTEXTO DE TRAUMA CRANEOFACIAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO CURSANDO CON ESTADO NEUROLOGICO ESTACIONARIO SIN SEDACION EN PROCESO DE DDESCARTAR LESION AXONAL DIFUSA, PENDIENTE DE REALIZAR VIDEOTELEMETRIA Y RMN CEREBRAL SIMPLE, PENDIENTE PROGRAMACION DE TQT Y GASTROSTOMIA, AHORA CURSANDO HIT INFECCIOSO CON SOSPECHA DE CONTUSION PULMONAR SOBREINFECTADA CON PRESENCIA DE SECRECIONES PURULENTAS POR TUBO OROTRAQUEAL, SE INTENTO TOMA DE CULTIVO DE SOT SIN EMBARGO CON CRECIMIENTO DE MICROBIOTA SUPERIOR, SE INICIO CUBRIMIENTO CON PIPE/TAZO SIN EMBARGO CON PERSISTENCIA DE PICOS FEBRILES PESES A USO DE ANTIPIRETICOS, SE INDICA TOMA DE PANEL MOLECULAR DE NEUMONIA.

Plan de manejo: TOMA DE PANEL NEUMONICO
RESTO MANEJO MEDICO IGUAL

Justificación de permanencia en el servicio: SOPORTE POR VMI.

Firmado por: JONATHAN URREGO VICTORIA, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 761283, CC 94072805

Fecha: 27/01/2024 22:15 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 7/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 8).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectado a la ventilacion mecanica en modo CPAP+PS:6 con FiO2:24%, VE:355, FRT:28, Peep:4, E. sens:40%, RIE:1:2, 2, desacoplada al ciclo ventilatorio, con mala mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, roncus generalizados
A la palpacion: No se perciben crepitos ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Taquipnea y desaturacion
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 182/87, Presión arterial media(mmhg): 118
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 126 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 28
Saturación de oxígeno 85%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realizar:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-AFE lenta y rapida
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando abundante cantidad de secreciones mucopurulentas fetidas, se informa a medico de turno
-Succion de orofaringe
-Se toma muestra para Panel de Neumonia, debidamente rotulado, se envia a laboratorio
-Se mantienen parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena 10ml, sonda succion regulador#14, tubo trampa

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 27/01/2024 23:27 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	12.0	mg/dL	7-17

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 27/01/2024 23:27 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NOTAS MÉDICAS

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.20	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 27/01/2024 23:27 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	133.00	mmol/L	137-145

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 27/01/2024 23:28 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.50	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 27/01/2024 23:41 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	12.77	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	72.9	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	17.1	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	4.5	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	2.0	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.20	%	0,1-1,2

NOTAS MÉDICAS

2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.2	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	3.30	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	9.31	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	2.18	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.57	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Normal	0.26	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.03	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.42	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.15	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	30.5	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	9.4	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	96.7	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	30.00	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	30.8	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.50	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Normal	287	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	11.00	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: VIVIANA VILLEGAS PORRAS, BACTERIOLOGO, Registro 1130674633, CC 1130674633

Fecha: 27/01/2024 23:41 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NOTAS MÉDICAS

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	24.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.0	--	--
1302	pH	Normal	7.420	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Normal	40.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Bajo	68.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	8.8	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	26.0	%	37-47
1307	SO2	Bajo	93.6	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.430	--	--
1309	PCO2t	Normal	38.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	64.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Normal	25.9	mmol/L	21-28
1312	BE	Normal	1.3	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	1.4	mmol/L	--
1314	ctCO2	Alto	27.1	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	91.4	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.7	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.6	%	--
1318	FHHb	Normal	6.2	%	--

Firmado por: KEVIN DAVID CHAVEZ, BACTERIOLOGO, Registro 1112471785, CC 1112471785

Fecha: 27/01/2024 23:50 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Alto	257.00	mg/L	0-9,99

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 28/01/2024 06:12 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 7/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 9).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectado a la ventilacion mecanica en modo CPAP+PS:6 con FiO2:24%, VE:405, FRT:18, Peep:4, E. sens:40%, RIE:1:2, 2, desacoplada al ciclo ventilatorio, con mala mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, roncus generalizados
A la palpacion: No se perciben crepitos ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 172/83, Presión arterial media(mmhg): 112
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 87 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realizar:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-AFE lenta y rapida
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando abundante cantidad de secreciones mucopurulentas fetidas
-Succion de orofaringe
-Se mantienen parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena 10ml, sonda succion regulador#14

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 28/01/2024 07:27 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: ordenes
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO

NOTAS MÉDICAS

Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: FELIPE ANDRES BARBOSA SANTIAGO, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 761214, CC 94233872

Fecha: 28/01/2024 07:51 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: ordenes
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: FELIPE ANDRES BARBOSA SANTIAGO, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 761214, CC 94233872

Fecha: 28/01/2024 08:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo:
EVOLUCION UCI CQX

ESPECIALISTA: DR BARBOSA
ASISTENCIAL: DR GAMBOA
Objetivo:
EVOLUCION UCI CQX

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente quien persiste con respuesta inflamatoria, febril con leucocitsis, ademas de panel de neumonia con tipificacion de acinctobater baumani, serratia marcenses y SAMR por lo que se decide escalar en terapia antibiotica com meropenem + vancomicina y se suspende piptazo. ademas con glucometrias fuera de metas se ajusta terapia con insulina con glulisina 8 ui cada 8 horas. se continua manejo en uci

Plan de manejo: manejo en uci

Justificación de permanencia en el servicio: ventilacion mecanica invasiva.

Firmado por: FELIPE ANDRES BARBOSA SANTIAGO, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 761214, CC 94233872

Fecha: 28/01/2024 11:08 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente de genero femenino 55 años de edad
DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.
RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP + PS 6 peep 4 fio2 24 % VTE: 540 FR: 18 rpm SO2: 98%

NOTAS MÉDICAS

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.
NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia glasgow 7/15
Objetivo: murmullo pulmonar presente
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :patron B, C, D

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Mantener via aerea permeable
monitorizacion
posicionamiento en cama
afe
aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion cerrada obteniendo abundantes cantidades blanquecinas
Aspiracion via oral obteniendo moderadas cantidades
cambio de sonda de succion y filtro nariz de camello
Cambio de posicion del tubo
verificacion de presion de neumotaponador
paciente queda estable dentro de su condicion en cama con barandas arriba

Insumos:

sonda con regulador #14
guantes limpios
jeringa prellena.
sonda de succion cerrada
nariz de camello.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: KAREN JULIETH HURTADO TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1107512908, CC 1107512908

Fecha: 28/01/2024 15:15 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente de genero femenino 55 años de edad
DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

NOTAS MÉDICAS

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP + PS 6 peep 4 fio2 24 % VTE: 530 FR: 17rpm SO2: 95%
EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.
NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia glasgow 7/15
Objetivo: murmullo pulmonar presente
Signos de dificultad respiratoria: SIN SIGNOS
Patrón respiratorio: NO APLICA
Expectativas con la terapia: SIN CAMBIOS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :PATRON B, C, D

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Mantener via aerea permeable
monitorizacion
posicionamiento en cama
afe
aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion cerrada obteniendo abundantes cantidades blanquecinas
Aspiracion via oral obteniendo moderadas cantidades
cambio de sonda de succion y filtro nariz de camello
Cambio de posicion del tubo
verificacion de presion de neumotaponador
paciente queda estable dentro de su condicion en cama con barandas arriba

Insumos:
sonda con regulador #14
guantes limpios
jeringa prellena.
sonda de succion cerrada
nariz de camello.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: KAREN JULIETH HURTADO TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1107512908, CC 1107512908

Fecha: 28/01/2024 17:08 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - NEUROTRAUMA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 1er año Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo

NOTAS MÉDICAS

2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

EXAMEN FÍSICO:
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
VMI-IOT
Dexmedetomedina
Glasgow no evaluable por sedación RASS -2
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Glucometría: 142-132-144 mg/dl
ESTUDIOS PREVIOS:
Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2
ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
28. 01. 2024 RX TÓRAX: sin reporte
Tac de craneo 24. 01. 2024
Se observa buena diferenciacion corticosubcortical, surcos presentes. con linea media centrada, con cisternas permeables, se observa pequeña hemorragia subaracnoidea parietal derecha, no otras lesionesintraaxiales u extraaxiales.
Tac de craneo simple 19/01/2024:
no areas a media, sistema ventria, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

Tac de columna cervical simple 19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis, canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)
PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
28/01/2024
PANEL NEUMONIA: Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina).

27/01/24
BUN 11. 4 K 4. 3 Na 136 Cr 0. 42 Leucos 12110 Neu 8730 Linfos 2160 Hcto 28. 5 Hb 8. 8 VCM 97. 5 HCM 30. 2 Plaquetas 213000 PCR 283. 6
Gases arteriales pH 7. 43 PCO2 34 cHCO3 22. 6 BE -15. 5

26/01/24
Cultivo secreción Traqueal pendient

25/01/24
Coloración Gram Secreción Traqueal
Leucocitos ++++ Cocos gram positivos agrupados ++
HbA1c 6. 77%
Procalcitonina 0. 41 PCR 307. 4
Leucos 13140 Neu 10280 Linfos 1930 Hb 8. 6 Hcto 28 VCM 96. 4 HCM 29. 6 Plaquetas 172000

24/01/24

NOTAS MÉDICAS

Cl 108 K 3. 9 Na 135
Leucos 13540 Neu 11540 Linfos 1350 Hcto 28 Hb 8. 7 VCM 95. 8 HCM 29. 6 Plaquetas 153000
Gases arteriales pH 7. 41 PCO2 35 cCHO3 22. 2 BE -2. 1

23/01/2024:
CAi: pendiente, mg: 2. 8, bun: 12, k: 3. 9, na: 137, cr:0. 1, hemograma: leucos 8960, n: 80. 3%, l: 15%, hb: 8. 7, hto: 27. 8% ptas: 120000, ac lactico: 1. 1

Hemograma
leucos: 10160, n: 81. 1%, l: 13. 2%, hb: 9. 1, hto: 29%, ptas: 119000. mg: 1. 8, k:3. 5

21/01/2024: cl: 113, bun: 13, k:3. 6, na: 136, cr: 0. 4
Gaes Arteriales: poc2:7. 37, po2:99, hco3: 19. 7

20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46
Hemograma: Leu: 6. 670, Neu: 4. 970, Lin:1. 220, Hb:9. 9, HTO: 31. 8, PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90
Objetivo: CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1. 60, NITROGENO UREICO(BUN): 13. 8, POTASIO: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70

ANÁLISIS:
Gloria, 55 años, politrauma por accidente de tránsito, con TCE severo que requirio VMI-IOT con neuroimagen de ingreso que no evidencia hallazgo de lesiones estructurales. al inghreso hemodinamicamente estable sin posturas anormales. Se determina posibilidad de LAD vs Estatus no motor, se solicito Angiotac de craneo contrastado ante halalgzos inicial de anisocoria (oi; 2mm, od:3 mm) que descarta la presencia de lesiones vasculares, ahora con sedacion consciente, en estado de minima consciencia, reflejos de tall presentes, sin idnciacion actual de manejo quriurgico, ni posicionamiento de monitoria de pic, ha tenido monitoria no invasiva con vaina del nervio optico normal. Tiene pendiente RMN Cerebral simple bajo soporte de sedacion como urgencia vital para descartar impresion diagnóstica de LAD, en pro del pronóstico de la paciente. Alto riesgo de complicaciones.
De momento sin proceso infeccioso activo, electrolitos, normales, funcion renal estable, hb estacionaria.
estamos atentos a realizacion de Videotelemetria por 24 horas para descartar status epileptico no motor. Continua con anticonvulsivante.
Evolucion neurologica estacionaria, se esta a favor de traqueostomia temprana (< 7 dias). pronostico ligado a evolucion, no otros ajustes en manejo medico.

PLAN:
manejo en ucabecera a 30 grados
levetiracetam 1g para rass 0
cabecera a 30 grados
levetiracetam 1g iv c/12h
omeprazol 40mg iv c/24h
acetaminofen 1g iv c/8h
hoja neurologica horario

*METAS TCE SEVERO:
PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg

NOTAS MÉDICAS

Hb 7 gr/dl - Hto 21%
Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl
Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36
Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CARLOS ALBERTO HERNANDEZ CABALLERO, NEUROTRAUMA, Registro 2367-97, CC 16648969

Fecha: 28/01/2024 20:27 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: ***NOTA DE EVOLUCION - UCI CCQX - NOCHE***
Objetivo: PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr. Muñoz
Md. Asistencial : Dr. Toledo

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24

NOTAS MÉDICAS

Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 202/92 mmhg
TAM: 128 mmhg
FC: 84 lpm
Temp. 36. 3 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP 4 + PS 6 fio2 24%
VTE: 392 FR: 21 rpm SO2: 95%

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: 27/01/24 #1 deposición.

METABÓLICO: NET a 47 cc/hr
Glucometría: 179-133 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 1. 7 cc/kg/h en 12 horas
Balance -1105 cc

HEMATO/INFECCIOSO: Febrículas en 12 horas, Tmax: 37. 5° sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O4V1M2 glasgow 7/15
Cráneo : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
AISLAMIENTO AEREO HASTA DEPURAR SECRECIONES
(Trasladar a UCI 4 según disponibilidad de cupo)
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net a metas

MEDICAMENTOS
- Tapon Venoso
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas

NOTAS MÉDICAS

- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Meropenem 2 gr iv cada 8 horas FI 28/01/24
Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas FI 28/01/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8
- Losartan 50 mg por SNY cada 12 horas **Nuevo**.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE QUIEN INGRESA EN CONTEXTO DE TRAUMATISMO CRANEOFACIAL CON DETERIORO DEL ESTADO DE GLASGOW Y FALLA VENTILATORIA, CON ESTADO NEUROLOGICO ESTACIONARIO, A LA ESPERA DE AUTORIZACION Y PROGRAMACION DE OSTOMIAS TEMPRANAS PARA RETIRAR INVASIONES, ADEMAS CON PROGRAMACION PARA EL DIA DE MAÑANA DE RMN CEREBRAL SIMPLE PARA DESCARTAR SOSPECHA DE LESION AXONAL DIFUSA, PENDIENTE VIDEOTELEMTRIA PARA DESCARTAR ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR, EN EL DIA CON PERSISTENCIA DE CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS SE INDICA INICIO DE CONCILIACION CON ARA-II, RESTO MANEJO MEDICO IGUAL.

Plan de manejo: LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS
RESTO MANEJO MEDICO IGUAL

Justificación de permanencia en el servicio: SOPORTE POR VMI.

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Fecha: 28/01/2024 21:50 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 9/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 9 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS:6, VC:395, FR:21, FIO2:24, PEEP:4, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual.
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 195/85, Presión arterial media(mmhg): 121
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 21

NOTAS MÉDICAS

Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Cambio de posicion del TOT
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucopurulentas en moderada cantidad, paciente hipersecrectora
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 28/01/2024 21:54 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	24.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.5	--	--
1302	pH	Normal	7.430	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Normal	42.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Normal	98.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	8.8	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	26.0	%	37-47
1307	SO2	Alto	98.4	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.440	--	--
1309	PCO2t	Normal	41.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	95.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Normal	27.9	mmol/L	21-28

NOTAS MÉDICAS

1312	BE	Alto	3.2	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	3.6	mmol/L	--
1314	ctCO2	Alto	29.2	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	96.0	%	--
1316	FCOHb	Normal	2.1	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.3	%	--
1318	FHHb	Normal	1.6	%	--

Firmado por: ALEJANDRA SANDOVAL VILLAREAL, BACTERIOLOGO, Registro 1144204894, CC 1144204894

Fecha: 28/01/2024 22:01 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	10.85	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Normal	69.8	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	18.9	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	3.8	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	3.4	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.10	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Alto	0.3	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	4.00	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	7.58	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	2.05	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.41	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Alto	0.37	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.01	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.43	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.29	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	31.8	%	34,1-44,9

NOTAS MÉDICAS

902213	HEMOGLOBINA	Bajo	9.7	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	96.7	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	29.40	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	30.5	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.30	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Normal	272	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	10.60	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: ALEJANDRA CAROLINA AMARO ANAYA, BACTERIOLOGO, Registro 1127576548, CC 1127576548

Fecha: 28/01/2024 22:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Normal	103.00	mmol/L	98-107

Firmado por: ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA, BACTERIOLOGO, Registro 1053869330, CC 1053869330

Fecha: 28/01/2024 22:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	13.5	mg/dL	7-17

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA, BACTERIOLOGO, Registro 1053869330, CC 1053869330

Fecha: 28/01/2024 22:14 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.40	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA, BACTERIOLOGO, Registro 1053869330, CC 1053869330

Fecha: 28/01/2024 22:14 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	136.00	mmol/L	137-145

Firmado por: ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA, BACTERIOLOGO, Registro 1053869330, CC 1053869330

Fecha: 28/01/2024 22:14 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.40	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA, BACTERIOLOGO, Registro 1053869330, CC 1053869330

Fecha: 29/01/2024 05:55 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 9/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 9 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho

NOTAS MÉDICAS

- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS:6, VC:395, FR:21, FIO2:24, PEEP:4, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales: PH:7. 43, PCO2:42, PO2:98, HCO3:27. 9, BE:3. 2, PAFI:408
Signos de dificultad respiratoria: NO APLICA
Patrón respiratorio: NO APLICA
Expectativas con la terapia: NO APLICA

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 121/68, Presión arterial media(mmhg): 85
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 12
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucopurulentas en moderada cantidad, paciente hipersecrectora
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 29/01/2024 08:27 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RESONANCIA MAGNETICA CEREBRAL SIMPLE Y CONTRASTADA. FAMILIAR EN EL MOMENTO NO SE ENCUENTRA.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION

NOTAS MÉDICAS

DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Fecha: 29/01/2024 08:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: SE FIRMARA CONSENTIMIENTO RESONANCIA SIMPLE CEREBRAL,. FAMILIAR NO SE ENCUENTRA PRESENTE EN ELMOMENTO.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Fecha: 29/01/2024 10:52 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente conectadoa vneitlacion mecnaica invasiva por medio de tot en modo CPAP con psv de 6 peep: 4
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 6/15.
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y

NOTAS MÉDICAS

resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toraco abdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 97%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en semifowler a 45° y realizo:
-Compresiones toracicas.
- Aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion cerrada e instilacion de solucion salina y se obtiene moderada cantidad de secreciones blanquecinas.
-Aspiracion por via orofaringea y se obtiene abundante cantidad de secreciones purulentas
-Se realiza fijacion de tot a 24cm
-Insumos:
Sonda de succion.
jeringa de 10 ml
gasas.
Se finaliza sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 29/01/2024 10:55 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente conectadoa vneitlacion mecnaica invasiva por medio de tot en modo CPAP con psv de 6 peep: 4
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 6/15.
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toraco abdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

NOTAS MÉDICAS

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en semifowler y realizo: -Cineciterapia pasiva de miembros superioers y miembros inferiores 3 series de 10 repeticiones.
-Estiramientos de tren inferiores 2 repeticiones de 30 segundos.
-Movilidad escapular y patelar bilateralmente, Liberacion miofascial sobre isquiotibilaes bilateralmente,
-Descargas de peso en cadera y tobillo de manera intermiente bilateralmente 3 repeticiones de 30 segundos.
Se finaliza sesion sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 29/01/2024 10:55 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: **EVOLUCION UCI CQX**
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Md. Especialista: Dr. Muñoz
Md. Asistencial : Dr. Garcia

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 109/64 mmhg
TAM: 47 mmhg

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

FC: 77 lpm
Temp. 37 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Torax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP 4 + PS 6 fio2 24%
VTE: 509 FR:15 rpm SO2: 98%

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: 29/01/24 #1 deposición.

METABÓLICO: NET a 47 cc/hr diferida por resonancia
Glucometría: 179-133-117 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 1. 2 cc/kg/h en 24 horas
Balance -1404 cc

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, Tmax: 37° sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O4V1M2 glasgow 7/15
Cráneo : ANÁLISIS

Paciente femenina de 55 años con antecedente de HTA quien ingresa en contexto de Politraumatismo por accidente de tránsito asociado a deterioro neurológico requiriendo aseguramiento de la vía aérea y soporte ventilatorio. Se documentó TCE Severo con Trauma facial, trauma contuso ocular derecho y hemoseno frontal y maxilar derecho, actualmente en seguimiento por neurocirugía, quien indica toma de estudios para descartar posible estatus convulsivo, versus lesión axonal difusa. Paciente sin respuesta neurológica hasta el momento.
Actualmente cursando con proceso séptico de posible origen pulmonar, ya en cubrimiento antibiótico a amplio, con panel de neumonía con múltiples gérmenes, sin embargo sin alteración en los índices de O2. Se considera toma de hemocultivos para ampliar búsqueda.

En el momento
. Hemodinámicamente: Sin necesidad de soporte vasopresor, mantiene metas de presión arterial no presenta signos de bajo gasto ni de hipoperfusión, llenado capilar normal.
Cara
Ojos : Respiratorio: con soporte ventilatorio basal, con PAFI estable.
Hematoinfeccioso: hb estable, sin requerimiento de soporte transfusional. En cubrimiento antibiotico amplio, se solicita cultivos. Se solicita además procalcitonina.
Renal: Diuresis estable, sin trastorno hidroelectrolítico.

Gastrometabolico: A nivel metabólico con glucometría en metas, tolerando NE actualmente en titulación.

Neurológico: a nivel neurológico sin respuesta sin focalización a la espera de ralizacion de videotelemetria.

Paciente con requerimiento de monitoria continuar en Unidad de Cuidado intensivo por soporte ventilatorio, pronóstico incierto de secuelas neurológicas, alto riesgo de fallecimiento, sin familiar para brindar información.
Nariz : MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net a metas

MEDICAMENTOS
- Tapon Venoso
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas

NOTAS MÉDICAS

- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Meropenem 2 gr iv cada 8 horas FI 28/01/24
Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas FI 28/01/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8
- Losartan 50 mg por SNY cada 12 horas
Boca : METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: Paciente con ventilacion mecaniac requiere monitoria UCI.

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Fecha: 29/01/2024 12:53 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

VANCOMICINA

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
905410	VANCOMICINA	Normal	7.00	µg/mL	5-10

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 29/01/2024 14:56 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: formulacion medica
Objetivo:.

NOTAS MÉDICAS

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: MICHAEL ANDRES GARCIA GUTIERREZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1143847762, CC 1143847762

Fecha: 29/01/2024 15:07 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - NEUROTRAUMA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 1er año Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

- Meropenem 2 gr iv cada 8 horas FI 28/01/24
- Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas FI 28/01/24

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
Cabeza

NOTAS MÉDICAS

EXAMEN FÍSICO:
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
VMI-IOT
Dexmedetomedina
Glasgow 11/15
sigue órdenes consistentemente
Pares craneales: pueflejos de tricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Glucometría: 142-132-144 mg/dl
ESTUDIOS PREVIOS:
Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2
ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
28. 01. 2024 RX TÓRAX: sin reporte
Tac de craneo 24. 01. 2024
Se observa buena diferenciacion corticosubcortical, surcos presentes. con linea media centrada, con cisternas permeables, se observa pequeña hemorragia subaracnoidea parietal derecha, no otras lesionesintraaxiales u extraaxiales.
Tac de craneo simple 19/01/2024:
no areas de isquemia o hemorragia, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

Tac de columna cervical simple 19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis, canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)
PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
29/01/2024:
uorucltivo: 0385
vancomicina : 7 niveles subterapeuticos
Hemocultivo 0282-0281-0280

28/01/2024
PANEL NEUMONIA (056) Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina).

27/01/24
BUN 11. 4 K 4. 3 Na 136 Cr 0. 42 Leucos 12110 Neu 8730 Linfos 2160 Hcto 28. 5 Hb 8. 8 VCM 97. 5 HCM 30. 2 Plaquetas 213000 PCR 283. 6
Gases arteriales pH 7. 43 PCO2 34 cHCO3 22. 6 BE -15. 5

26/01/24
Cultivo secreción Traqueal pendient

25/01/24
Coloración Gram Secreción Traqueal
Leucocitos ++++ Cocos gram positivos agrupados ++
HbA1c 6. 77%
Procalcitonina 0. 41 PCR 307. 4
Leucos 13140 Neu 10280 Linfos 1930 Hb 8. 6 Hcto 28 VCM 96. 4 HCM 29. 6 Plaquetas 172000

24/01/24
Cl 108 K 3. 9 Na 135

NOTAS MÉDICAS

Leucos 13540 Neu 11540 Linfos 1350 Hcto 28 Hb 8. 7 VCM 95. 8 HCM 29. 6 Plaquetas 153000
Gases arteriales pH 7. 41 PCO2 35 cCHO3 22. 2 BE -2. 1

23/01/2024:
CAi: pendiente, mg: 2. 8, bun: 12, k: 3. 9, na: 137, cr:0. 1, hemograma: leucos 8960, n: 80. 3%, l: 15%, hb: 8. 7, hto: 27. 8% ptas: 120000, ac lactico: 1. 1

Hemograma
leucos: 10160, n: 81. 1%, l: 13. 2%, hb: 9. 1, hto: 29%, ptas: 119000. mg: 1. 8, k:3. 5

21/01/2024: cl: 113, bun: 13, k:3. 6, na: 136, cr: 0. 4
Gaes Arteriales: poc2:7. 37, po2:99, hco3: 19. 7

20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46
Hemograma: Leu: 6. 670, Neu: 4. 970, Lin:1. 220, Hb:9. 9, HTO: 31. 8, PLT: 162. 000
Objetivo: GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90

CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1. 60, NITROGENO UREICO(BUN): 13. 8, POTASIO: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70

ANÁLISIS:
Gloria, 55 años, politrauma por accidente de tránsito, con TCE severo que requirio VMI-IOT con neuroimagen de ingreso que no evidencia hallazgo de lesiones estructurales. al inghreso hemodinamicamente estable sin posturas anormales. Se determina posibilidad de LAD vs Estatus no motor, se solicito Angiotac de craneo contrastado ante halalgzos inicial de anisocoria (oi; 2mm, od:3 mm) que descarta la presencia de lesiones vasculares. Permanencia sin soporte de sedaicon hoy, con conexion mas consistente con el medio, siguiendo órdenes, reflejos de tall presentes, sin idnciacion actual de manejo quriurgico, ni posicionamiento de monitoria de pic, ha tenido monitoria no invasiva con vaina del nervio optico normal.

Tiene pendiente RMN Cerebral simple bajo soporte de sedacion como urgencia vital para descartar impresion diagnóstica de LAD, en pro del pronóstico de la paciente. Alto riesgo de complicaciones. Inician hoy videotelemtria 24 hrs.

Actualmente cursando con proceso séptico de posible origen pulmonar, ya en cubrimiento antibiótico amplio (meropenem + vancomicina), con panel de neumonía con múltiples gérmenes, sin embargo sin alteración en los índices de O2. De momento no requiere otros ajustes en el plan de manejo medico

PLAN:
manejo en uci
ventilacion mecanica
sedoanalgesia para rass 0
cabecera a 30 grados
levetiracetam 1g iv c/12h
omeprazol 40mg iv c/24h
acetaminofen 1g iv c/8h
hoja neurologica horario

*METAS TCE SEVERO:

NOTAS MÉDICAS

PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg
Hb 7 gr/dl - Hto 21%
Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl
Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36
Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

PLAN:
Monitoria en UCI
Nada vía oral
LEV SSN 60 cc/h IV
Dippirona amp 2g iv c/8h
Nimodipinon tab 60mg al dia
Levetiracetam amp 500 mg c/8h
Ondansetron amp 8mg iv c/8h
Vigilancia neurológica, avisar cambios.
Mantener ventriculostomia cerrada a nivel de 15 mmhg, si PIC> 20, se debera abrir para drenaje (nmaximo 10-12cc).
SE SOLICITA:
seguimiento doppler trasncraneal
continuar con citoquimico cultivo de lcr cada 48 hrs
METAS:
PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg
Hb 7 gr/dl - Hto 21%
Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl
Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36
Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CARLOS ALBERTO HERNANDEZ CABALLERO, NEUROTRAUMA, Registro 2367-97, CC 16648969

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 29/01/2024 16:49 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

ANAMNESIS
Motivo de consulta: SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA.
Enfermedad actual: DIAGNOSTICOS:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Psiquismo:.

EXAMEN FÍSICO

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general :.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: Adecuado Aporte calórico: Adecuado

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :28/01/2024 (21:18)
CL 103 K 4. 40 NA 136 BUN 13. 5 CR 0. 40 LINF 2. 05 HB 9. 7 PQT 272 PH 7. 43 PCO2 42 PO2 98 HCO3 27. 9 BE 3. 2

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE FEMEINO DE 55 AÑOS DE EDAD, EN UCI, CON SEDOANALGESIA Y VMI, SE ENCUENTRA SOLA AL MOMENTO DE LA ATENCION. CON ANTECEDENTES MENCIONADOS EN HC. SIN REPORTE DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES POR EL AREA DE EFNEREMRIA. CUENTA CON UNOS EXAMENES BIOQUIMICOS QUE INDICAN HIPONATREMIA LEVE, DEMAS ELECTROLITOS EN RANGOS ADECUADOS, FUNCION RENAL CONSERVADA, UN HEMOGRAMA QUE EVIDENCIA UN RECUENTO LINFOCDITARIO DENTRO DE RANGOS ADECUADOS, ANEMIA MODERADA Y UNOS GASES ARTERIALES QUE INDICAN TRASTORNOS MIXTOS SIN EVIDENCIA DE ACIDOSIS O ALCALOSIS. ENCUENTRO A PACIENTE CON NET APAGADA POR TRASLADO A RESONANCIA. EN EL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIAN SIGNOS QUE INDIQUEN CARENCIA DE MICRONUTRIENTES.
Plan de manejo: *GLUCERNA 1. 5 LPC X 1000 ML, INFUSION CONTINUA, AUMENTAR 10 ML CADA 6 HORAS HASTA ALCANZAR META DE 46 ML/HORA.
*IRRIGAR SONCA CON 30 CC DE AGUA CADA 4 HORAS.
*APLICAR MEDIDAS ANTIREFLUJO.
*F. V: 07/02/2024
*SEGUIMIENTO NUTRICIONAL.

Firmado por: LUIS EDUARDO PRETEL VARGAS, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107091032, CC 1107091032
Firmado electrónicamente

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 29/01/2024 17:06 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente conectadoa vneitlacion mecnaica invasiva por medio de tot en modo CPAP con psv de 6 peep: 4
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 6/15.
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toraco abdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en semifowler a 45° y realizo:
-Compresiones toracicas.
- Aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion cerrada e instilacion de solucion salina y se obtiene moderada cantidad de secreciones blanquecinas.
-Aspiracion por via orofaringea y se obtiene abundante cantidad de secreciones purulentas
-Insumos: Sonda de succion.
jeringa de 10 ml
gasas.
Se finaliza sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 29/01/2024 18:23 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

UROCULTIVO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	ORINA	--	--

Firmado por: KATHERINE CABRERA VILLEGAS, BACTERIOLOGO, Registro 1143850230, CC 1143850230

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 29/01/2024 19:05 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

UROANALISIS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
5001	COLOR	Normal	AMARIL	--	--
5002	ASPECTO	Normal	LIG TURBIO	--	--
5003	DENSIDAD	Normal	1.010	--	--
5004	pH	Normal	7.00	--	--
5005	LEUCOCITOS	Normal	NEGATIVO	Leuco/uL	--
5006	NITRITOS	Normal	NEGATIVO	--	--
5007	PROTEINAS	Normal	NEGATIVO	mg/dL	--
5008	GLUCOSA	Normal	NORMAL	mg/dL	--
5009	CUERPOS CETONICOS	Normal	NEGATIVO	mg/dL	--
5010	UROBILINOGENO	Normal	1	mg/dL	--
5011	BILIRRUBINA	Normal	NEGATIVO	mg/dL	--
5012	SANGRE	Normal	NEGATIVO	ery/uL	--
5013	SEDIMENTO URINARIO	Normal	CELULAS PAVIMENTOSAS ESCASAS LEUCOCITOS 0-2 XCAP ERITROCITOS EUMORFOS 1-3 XCAP BACTERIAS ESCASAS CRISTALES FOSFATOS AMORFOS: +	--	--

Firmado por: JUAN CARLOS ZAMBRANO CAMELO, BACTERIOLOGO, Registro 1144198578, CC 1144198578

Fecha: 29/01/2024 20:17 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: VER NOTA
Objetivo:

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Firmado electrónicamente

NOTAS MÉDICAS

Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCION UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr. Burbano
Md. Asistencial : Dr. Angel

Sin novedades por enfermeria, TAM en metas, Afebril, glasgow 7/15, Diuresis adecuada, a nivel respiratorio modo CPAP 4 + PS 6 fio2 24% VTE: 509 FR:15 rpm SO2: 98%

ANALISIS
Paciente con diagnósticos anotados, en el momento hemodinámicamente estable sin soporte vasoactivo ni inotrópico, no signos de hipoperfusión; bajo VMI en parametros dinamicos, acoplado a ventilador, adecuada mecánica respiratoria, presenta indices de oxigenacion; tolera NET con glucometrias en metas; diuresis conservada, azoados en rangos de normalidad, no trastorno electrolítico que amerite corrección; no signos de sangrado externo; SIRS modulado, con indicación de antibioterapia en el momento; no déficit neurológico sobreagregado.
Paciente con pronostico reservado de acuerdo a evolucion, con probabilidad de fallecimiento.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: VER NOTA

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: VENTILACION MECANICA INVASIVA.

Firmado por: JOSE FERNANDO BURBANO YEPES, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 00555592, CC 13013102

Fecha: 29/01/2024 21:54 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: Paciente con via aérea artifical dada por TOT 7. 5#. fijo a. , conectado a ventilación mecánica con los sgtes parámetros:
MODO CPAP PEEP 4 PS 6 realiza volumenes 553 fr 17
GLASGOW 7/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica.

NOTAS MÉDICAS

Patron respiratorio toracoabdominal. A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: sin alteracion
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 88 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 97%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Estado de conciencia: Glasgow 7/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de infecciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TOT por sonda cerrada, obteniendo secreciones mucoblanquecinas
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina escasa
enjuague bucal listerine
Verficiacion de presión de neumotaponador 23

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 29/01/2024 23:08 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	24.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	37.0	--	--
1302	pH	Alto	7.460	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Normal	41.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Normal	83.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	11.2	g/dL	12-15

NOTAS MÉDICAS

1306	Hct	Bajo	33.0	%	37-47
1307	SO2	Normal	97.3	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.460	--	--
1309	PCO2t	Normal	41.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	83.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Alto	29.2	mmol/L	21-28
1312	BE	Alto	4.9	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	5.4	mmol/L	--
1314	ctCO2	Alto	30.5	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	94.8	%	--
1316	FCOHb	Normal	2.3	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.3	%	--
1318	FHHb	Normal	2.6	%	--

Firmado por: SHIRLEY TABARES TREJOS, BACTERIOLOGO, Registro 1144079817, CC 1144079817

Fecha: 29/01/2024 23:08 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
9031A1	ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO	Normal	2.20	mmol/L	--

Firmado por: SHIRLEY TABARES TREJOS, BACTERIOLOGO, Registro 1144079817, CC 1144079817

Fecha: 29/01/2024 23:57 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Normal	101.00	mmol/L	98-107

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 29/01/2024 23:57 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NOTAS MÉDICAS

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	15.8	mg/dL	7-17

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 29/01/2024 23:57 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.70	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 29/01/2024 23:58 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	134.00	mmol/L	137-145

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 29/01/2024 23:58 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.45	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 30/01/2024 00:34 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia

NOTAS MÉDICAS

2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	11.42	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Normal	67.7	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	18.3	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	4.4	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	3.6	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.20	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.1	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	5.80	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	7.74	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	2.09	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.50	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Alto	0.41	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.02	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.66	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.49	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	33.7	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	10.4	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	96.5	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	29.70	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	30.9	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.50	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Normal	317	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	10.90	fL	9,4-12,3

NOTAS MÉDICAS

2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
DIFERENCIAL MANUAL	--	Normal	NEUTROFILOS 68 LINFOCITOS 16 MONOCITOS 3 EOSINOFILOS 5 MIELOCITOS 2 METAMIELOCITOS 1 BANDAS 5	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: ANDRES FELIPE CELIS CALLEJAS, BACTERIOLOGO, Registro 102425237, CC 1024525237

Fecha: 30/01/2024 01:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROCALCITONINA

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
906841	PROCALCITONINA	Normal	0.30	ng/ml	Personas Sanos Normales: 0.077 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es poco probable: <0.500 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es posible: >=0.500 - <=2.0 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es probable, a menos que haya otras causas conocidas: >2.00 - <10.0 ng/mL\X000d\ Respuesta inflamatoria sistemica importante, casi exclusivamente debido a sepsis bacteriana severa o shock septico: >=10 ng/mL\X000d\

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 30/01/2024 06:44 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: Paciente con via aérea artifical dada por TOT 7. 5#. fijo a. , conectado a ventilación mecánica con los sgtes parámetros:
MODO CPAP PEEP 4 PS 6 realiza volumenes 553 fr 17
GLASGOW 7/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica. Patron respiratorio toracoabdominal. A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: no tiene
Patrón respiratorio: ttoracoabdominal
Expectativas con la terapia:.

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de infecciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TOT por sonda cerrada, obteniendo secreciones mucoblanquecinas
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina escasa
Verficiacion de presión de neumotaponador 23

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 30/01/2024 07:14 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

NOTAS MÉDICAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION UCI CQX

ESPECIALISTA: DR MUÑOZ
ASISTENCIAL: DR GAMBOA
Objetivo:
EVOLUCION UCI CQX

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr. Muñoz
Md. Asistencial : Dr. Gamboa

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h
Cabeza
Cuero cabelludo : DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
6. Lesion Axonal difusa
Cráneo : PROBLEMAS
Estado neurológico incierto-Descartar lesión axonal difusa

ANTIBIÓTICOS
- Piperacilina/Tazobactam 4. 5 gr IV cada 6 horas - FI: 26/01/24 FF 01/02/24

ESCALAS
- APACHE II: 4 Puntos
- SOFA I: 6 Puntos.
- Escala de suicidio: No valorable

ANTECEDENTES
PATOLÓGICOS: HTA Crónica
FARMACOLÓGICOS: Losartan 50 mg VO cada 12 horas
QUIRÚRGICOS: niega
TÓXICO: niega
ALÉRGICOS: niega
Cara
Ojos : ANÁLISIS

NOTAS MÉDICAS

Paciente femenina de 55 años con antecedente de HTA quien ingresa en contexto de Politraumatismo por accidente de tránsito asociado a deterioro neurológico requiriendo aseguramiento de la vía aérea y soporte ventilatorio. Se documentó TCE Severo con Trauma facial, trauma contuso ocular derecho y hemoseno frontal y maxilar derecho, actualmente en seguimiento por neurocirugía, paciente con hallazgo en RNM de lesion axonal difusa grado II. Paciente sin respuesta neurológica hasta el momento, en proceso para realización de gastrostomia y traqueostomia.
Nariz : Actualmente cursando con proceso séptico de posible origen pulmonar, ya en cubrimiento antibiótico a amplio, con panel de neumonía con múltiples gérmenes, sin embargo sin alteración en los índices de O2.

En el momento
. Hemodinámicamente: Sin necesidad de soporte vasopresor, con cifras tensionales persistentemente altas se ajusta tto antihipertensivo, se inicia nifedipino no presenta signos de bajo gasto ni de hipoperfusión, llenado capilar normal
Boca : Respiratorio: con soporte ventilatorio basal, en modo espontaneo, sin trastorno de la oxigenación
Hematoinfeccioso: afebril en las últimas 24 horas, hb estable, sin requerimiento de soporte transfusional. leucocitosis leve con procalcitonina negativa, disminución respecto a previa, En cubrimiento antibiotico amplio, con niveles de vancomicina subterapeuticos por lo cual se aumenta la dosis, pendiente hemocultivos, ss radiografia de torax de control. se indica rastreo de clostridium por diarrea en las últimas 24 horas 3 deposiciones liquidas

Renal:gasto urinario en metas, leve hiperkalemia, se solicita potasio control, sin otro trastorno hidroelectrolítico.
Oídos : Gastrometabolico: A nivel metabólico con glucometría en metas, tolerando NET en metas

Neurológico: a nivel neurológico sin respuesta sin focalización, actualmente se esta realizando videotelemetria, con RNM cerebral que reporta lesion axonal difusa grado II. Se indica terapia física.

Paciente con requerimiento de monitoria continuar en Unidad de Cuidado intensivo por soporte ventilatorio, pronóstico incierto de secuelas neurológicas, alto riesgo de fallecimiento, sin familiar para brindar información.
Tórax
Tórax : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net a metas
Corazón : MEDICAMENTOS
- Tapon Venoso
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Meropenem 2 gr iv cada 8 horas FI 28/01/24
Vancomicina 1. 5 gr iv cada 12 horas FI 28/01/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8
- Losartan 50 mg por SNY cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg CO cada 8 horas

SE SOLICITA
Rx de torax portatil
Toxina y antigeno clostridium
Coproscopico + coprocultivo

EN PROCESO
Hemocultivos 1. 2 y CVC 29/01/24
Urocultivo.
. Traslado a UCI 4
. TQT temprana por cx general + soporte de sedación
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación
. RMN cerebral como urgencia vital por neurocirugía reporte. **29/01/24
Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía toma de estudio. **

NOTAS MÉDICAS

. Reporte oficial de imagenes
. Seguimiento por Neurocirugía
. Seguimiento por Cx general
. Seguimiento por Oftalmología.
. Seguimiento cx maxilofacial

METAS
*RASS 0
*EVA < 4
*TAM.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Fecha: 30/01/2024 10:38 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 9/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 9 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS:6, VC:375, FR:18, FIO2:24, PEEP:4, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 115/75, Presión arterial media(mmhg): 88
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 88 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

NOTAS MÉDICAS

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Cambio de fijador, filtro humidificador,
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad, paciente hipersecrectora
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 30/01/2024 10:54 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION

Tipos de Terapia: Rehabilitación Pulmonar
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS

ANAMNESIS
Subjetivo: REHBAILTACION PULMOANR

Paciente con daignosticos de :
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: En el mome to conectada a modldiad espontanea con bajos parametros ventialtorios, ademas de un monitoria cerebral, la 0pciente moviliza cuatro extermidades, pero sin una intencionalidad evidente, tiene apetura ocular a estimulos importantes pero no fija la morda ni hace seguimiento ocular, en el momento non tiene sedacion y está pendiente la rslzaicion de una TQT temprana por su pronostico neurologico. rx de torax con evidente fractura costal izquierda y una leve contusion pulmonar, se han notdo cambio en la cantidad y claidad de las secrecones pero la paciente tiene un patron de tos efectivo.
Expectativas con la terapia: favorcer el proceso de retiro de la vetialcio mecanicna

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 120/70, Presión arterial media(mmhg): 86, Lugar toma PA: Invasiva
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 75 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 30
Escala del dolor: No aplica Estado de conciencia: Paciente con déficit cognitivo/Motor

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : obesidad grado II

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :deficieicna en la cacpaida aerobica asosicda con disfuncion de la bomba vntilatoria.

objetivos

favoforecer el proceso de destee ventilatorio+
evitar los efectos del reposo prolongado.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Ejercicios de cuatro extemidades, estirameintos y psiucoanmimento adecuado, en el momebnto por su estado de conciencia y la monitoria cerebral no es poosible aumentar el alcance terapeutico.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ALEJANDRO SEGURA ORDOÑEZ, FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION, Registro 16377562, CC 16377562

Fecha: 30/01/2024 13:51 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOCULTIVO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	HEMOCULTIVO PICC	--	--

Firmado por: JHONNY ESTEBAN GIRALDO DUQUE, BACTERIOLOGO, Registro 1107082287, CC 1107082287

Fecha: 30/01/2024 13:52 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOCULTIVO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	HEMOCULTIVO MIEMBRO SUPERIOR DERECHO	--	--

Firmado por: JHONNY ESTEBAN GIRALDO DUQUE, BACTERIOLOGO, Registro 1107082287, CC 1107082287

Fecha: 30/01/2024 13:52 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOCULTIVO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	HEMOCULTIVO MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO	--	--

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: JHONNY ESTEBAN GIRALDO DUQUE, BACTERIOLOGO, Registro 1107082287, CC 1107082287

Fecha: 30/01/2024 14:20 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: ***NOTA DE FORMULACION***
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JUAN DAVID TOLEDO AGUDELO, MEDICINA GENERAL, Registro 1115086306, CC 1115086306

Fecha: 30/01/2024 14:21 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLOSTRIDIUM TOXINA

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
901502	CLOSTRIDIUM TOXINA	Normal	TOXINA A CLOSTRIDIUM NEGATIVO TOXINA B CLOSTRIDIUM NEGATIVO ANTIGENO CLOSTRIDIUM NEGATIVO	--	--

Firmado por: ALEJANDRA SANDOVAL VILLAREAL, BACTERIOLOGO, Registro 1144204894, CC 1144204894

Fecha: 30/01/2024 15:30 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - NEUROTRAUMA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 1er aFJRCDATOSGENERALESN:GSño rancisco Gojas

omCbCr:eloria iabato il
E29401014
d:ad 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

- Meropenem 2 gr iv cada 8 horas FI 28/01/24
- Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas FI 28/01/24

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
Cabeza

EXAMEN FÍSICO:
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
VMI-IOT
Dexmedetomedina
Glasgow 11/15
sigue órdenes consistentemente
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Glucometría: 142-132-144 mg/dl
ESTUDIOS PREVIOS:
Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2
ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
28. 01. 2024 RX TÓRAX: sin reporte
Tac de craneo 24. 01. 2024
Se observa buena diferenciacion corticosubcortical, surcos presentes. con linea media centrada, con cisternas permeables, se observa pequeña hemorragia subaracnoidea parietal derecha, no otras lesionesintraaxiales u extraaxiales.
Tac de craneo simple 19/01/2024:
no areas de isquemia o hemorragia, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo

NOTAS MÉDICAS

permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

Tac de columna cervical simple 19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis, canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)
PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:

30/01/2024
COPROCULTIVO 0378
Coproscopico:
consistencia: blanda, ph: 8, sangre oculta: positivo, azucares reductores: postiivo
levaduras:++
CLostridium: toxina a y b: NEGATIVO

29/01/2024:
CL: 101, BUN: 15. 8, K: 4. 7, NA: 134, CR: 0. 45
Hemograma: leucos 11420, n: 67. 7%, l: 18. 3%, hb:10. 4, ptas: 317000
Gases arteriales: fio2: 24%, ph: 7. 46, pco2: 41, po2: 83, so2: 97. 3, hco3: 29. 2, ac lactico: 2. 2
uorucltivo: 0385
vancomicina : 7 niveles subterapeuticos
Hemocultivo 0282-0281-0280

28/01/2024
PANEL NEUMONIA (056) Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina).

27/01/24
BUN 11. 4 K 4. 3 Na 136 Cr 0. 42 Leucos 12110 Neu 8730 Linfos 2160 Hcto 28. 5 Hb 8. 8 VCM 97. 5 HCM 30. 2 Plaquetas 213000 PCR 283. 6
Gases arteriales pH 7. 43 PCO2 34 cHCO3 22. 6 BE -15. 5

26/01/24
Cultivo secreción Traqueal pendient

25/01/24
Coloración Gram Secreción Traqueal
Leucocitos ++++ Cocos gram positivos agrupados ++
HbA1c 6. 77%
Procalcitonina 0. 41 PCR 307. 4
Leucos 13140 Neu 10280 Linfos 1930 Hb 8. 6 Hcto 28 VCM 96. 4 HCM 29. 6 Plaquetas 172000

24/01/24
Cl 108 K 3. 9 Na 135
Leucos 13540 Neu 11540 Linfos 1350 Hcto 28 Hb 8. 7 VCM 95. 8 HCM 29. 6 Plaquetas 153000
Gases arteriales pH 7. 41 PCO2 35 cCHO3 22. 2 BE -2. 1

23/01/2024:
CAi: pendiente, mg: 2. 8, bun: 12, k: 3. 9, na: 137, cr:0. 1, hemograma: leucos 8960, n: 80. 3%, l: 15%, hb: 8. 7, hto: 27. 8% ptas: 120000, ac lactico: 1. 1

Objetivo: 23/01/2024:
CAi: pendiente, mg: 2. 8, bun: 12, k: 3. 9, na: 137, cr:0. 1, hemograma: leucos 8960, n: 80. 3%, l: 15%, hb: 8. 7, hto: 27. 8% ptas: 120000, ac lactico: 1. 1

Hemograma
leucos: 10160, n: 81. 1%, l: 13. 2%, hb: 9. 1, hto: 29%, ptas: 119000. mg: 1. 8, k:3. 5

21/01/2024: cl: 113, bun: 13, k:3. 6, na: 136, cr: 0. 4
Gaes Arteriales: poc2:7. 37, po2:99, hco3: 19. 7

20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46

NOTAS MÉDICAS

Hemograma: Leu: 6. 670, Neu: 4. 970, Lin:1. 220, Hb:9. 9, HTO: 31. 8, PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90

CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1. 60, NITROGENO UREICO(BUN): 13. 8, POTASIO: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70

ANÁLISIS:
Gloria, 55 años, politrauma por accidente de tránsito, con TCE severo que requirio VMI-IOT con neuroimagen de ingreso que no evidencia hallazgo de lesiones estructurales. al inghreso hemodinamicamente estable sin posturas anormales. Se determina posibilidad de LAD vs Estatus no motor, se solicito Angiotac de craneo contrastado ante halalgzos inicial de anisocoria (oi; 2mm, od:3 mm) que descarta la presencia de lesiones vasculares. Permanencia sin soporte de sedaicon hoy, con conexion mas consistente con el medio, siguiendo órdenes, reflejos de tall presentes, sin idnciacion actual de manejo quriurgico, ni posicionamiento de monitoria de pic, ha tenido monitoria no invasiva con vaina del nervio optico normal.

Tiene pendiente RMN Cerebral simple bajo soporte de sedacion como urgencia vital para descartar impresion diagnóstica de LAD, en pro del pronóstico de la paciente. Alto riesgo de complicaciones. ya completo telemetria, atentos a reporte oficial

Actualmente cursando con proceso séptico de posible origen pulmonar, continua con cubrimiento atb (meropenem + vancomicina), con panel de neumonía con múltiples gérmenes, no alteración en los índices de O2. De momento no requiere otros ajustes en el plan de manejo medico. atentos a lograr extuibacion/ d elo conttrario avanzar en tot

PLAN:
manejo en uci
ventilacion mecanica
sedoanalgesia para rass 0
cabecera a 30 grados
levetiracetam 1g iv c/12h
omeprazol 40mg iv c/24h
acetaminofen 1g iv c/8h
hoja neurologica horario

*METAS TCE SEVERO:
PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg
Hb 7 gr/dl - Hto 21%
Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl
Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36
Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CARLOS ALBERTO HERNANDEZ CABALLERO, NEUROTRAUMA, Registro 2367-97, CC 16648969

Fecha: 30/01/2024 16:01 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

ANAMNESIS
Motivo de consulta: SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA.
Enfermedad actual: DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
6. Lesion Axonal difusa

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Psiquismo:.

EXAMEN FÍSICO

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general :.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: Adecuado Aporte calórico: Adecuado

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :29/01/2024 (22:20)

NOTAS MÉDICAS

CL 101 K 4. 70 NA 134 BUN 15. 8 CR 0. 45 LINF 2. 09 HB 10. 4 PQT 317 PH 7. 46 PCO2 41 PO2 83 HCO3 29. 2 BE 4. 9

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE FEMEINO DE 55 AÑOS DE EDAD, EN UCI, CON SEDOANALGESIA Y VMI, SE ENCUENTRA SOLA AL MOMENTO DE LA ATENCION. CON ANTECEDENTES MENCIONADOS EN HC. SE REALIZA REVISION DE APME EL CUAL SE ENCUENTRA EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ENCUENTRO A PACIENTE CON NET EN META, A UNA VELOCIDAD DE INFUSION DE 46 ML/HORA, EL MEDICO TRATANTE Y JEFE DE ENFERMERIA REFIEREN QUE LA PACIENTE PRESENTO 3 DEPOSICIONES LIQUIDAS ABUNDANTES, POR LO CUAL SE SOLICITO COPROLOGICO PARA DESCARTAR CLOSTRIDIUM, SE INDICA REDUCIR VELOCIDAD DE INFUSION A 10 ML/HORA, HASTA RECIBIR RESULTADOS Y DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR. CUENTA CON UNOS EXAMENES BIOQUIMICOS QUE INDICAN HIPONATREMIA LEVE, DEMAS ELECTROLITOS DENTRO DE RANGOS ADECUADOS, UN HEMOGRAMA QUE EVIDENCIA UN RECUENTO LINFOCITARIO EN RANGOS ADECUADOS, ANEMIA LEVE Y UNOS GASES ARTERIALES QUE INDICAN ALCALOSIS METABOLICA AGUDA. CON GLICEMIA EN META, ULTIMA DE 161 MG/DL. EN EL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA PIEL RESECA Y ESCAMOSA EN LA PLANTA DE LOS PIES, SE SUGIERE INDAGAR EN POSIBLES CAUSAS, SE DESCARTA QUE DICHO SIGNO SE DEBA A DEFICIT DE MICRONUTRIENTES.
Plan de manejo: *GLUCERNA 1. 5 LPC X 1000 ML, INFUSION CONTINUA A 10 ML/HORA.
*IRRIGAR SONCA CON 30 CC DE AGUA CADA 4 HORAS.
*APLICAR MEDIDAS ANTIREFLUJO.
*F. V: 07/02/2024
*SEGUIMIENTO NUTRICIONAL.

Firmado por: LUIS EDUARDO PRETEL VARGAS, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107091032, CC 1107091032

Fecha: 30/01/2024 16:52 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 7/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 11)
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectado a la ventilacion mecanica en modo CPAP+PS:6 con FiO2:24%, VE:498, FRT:16, Peep:4, E. sens:40%, RIE:1:1, 2, acoplada al ciclo ventilatorio, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, roncus generalizados
A la palpacion: No se perciben crepitos ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y rtimico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 140/82, Presión arterial media(mmhg): 101
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

NOTAS MÉDICAS

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realizar:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-AFE lenta y rapida
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando abundante cantidad de secreciones mucopurulentas fetidas
-Succion de orofaringe
-Se mantienen parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena 10ml, sonda succion regulador#14

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 30/01/2024 20:22 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: VER NOTA
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : ***EVOLUCION UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr. Barbosa
Md. Asistencial : Dr. Angel

Sin novedades por enfermeria, TAM en metas, Afebril, glasgow 7/15, Diuresis adecuada, a nivel respiratorio modo CPAP+PS:6 con FiO2:24% , VE:498, FRT:16, Peep:4

ANALISIS
Paciente con diagnósticos anotados, en el momento hemodinámicamente estable sin soporte vasoactivo ni inotrópico, no signos de hipoperfusión; bajo VMI en parametros dinamicos, acoplado a ventilador, adecuada mecánica respiratoria, presenta indices de oxigenacion; tolera NET con glucometrias en metas; diuresis conservada, azoados en rangos de normalidad, no trastorno electrolítico que amerite corrección; no signos de sangrado externo; SIRS modulado, con indicación de antibioterapia en el momento; no déficit neurológico sobreagregado.
Paciente con pronostico reservado de acuerdo a evolucion, con probabilidad de fallecimiento.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO

NOTAS MÉDICAS

INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: VER NOTA

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: VENTILACION MECANICA INVASIVA.

Firmado por: FELIPE ANDRES BARBOSA SANTIAGO, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 761214, CC 94233872

Fecha: 30/01/2024 22:29 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero masculino de 78 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente conectadoa vneitlacion mecnaica invasiva por medio de tot en modo CPAP con psv de 6 peep: 4
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 6/15.
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toraco abdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en semifowler a 45° y realizo:
-Compresiones toracicas.
- Aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion cerrada e instilacion de solucion salina y se obtiene moderada cantidad de secreciones blanquecinas.
-Aspiracion por via orofaringea y se obtiene abundante cantidad de secreciones purulentas
-Insumos: Sonda de succion.
jeringa de 10 ml
gasas.
Se finaliza sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 31/01/2024 00:53 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	11.54	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Normal	67.9	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Normal	20.1	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	4.1	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	4.0	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.10	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	3.80	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	7.84	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	2.32	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.47	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Alto	0.46	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.01	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.44	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.52	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Normal	34.1	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	10.4	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	96.8	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	29.60	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	30.5	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.60	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--

NOTAS MÉDICAS

2028	PLAQUETAS	Normal	337	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	10.40	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: JUAN CARLOS ZAMBRANO CAMELO, BACTERIOLOGO, Registro 1144198578, CC 1144198578

Fecha: 31/01/2024 00:53 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	24.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	37.0	--	--
1302	pH	Alto	7.460	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Normal	40.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Normal	92.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	11.6	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	34.0	%	37-47
1307	SO2	Normal	97.9	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.460	--	--
1309	PCO2t	Normal	40.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	92.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Alto	28.4	mmol/L	21-28
1312	BE	Alto	4.2	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	4.6	mmol/L	--
1314	ctCO2	Alto	29.6	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	95.7	%	--
1316	FCOHb	Normal	2.1	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.1	%	--

NOTAS MÉDICAS

1318	FHHb	Normal	2.1	%	--

Firmado por: JHOANA GABRIELA MARCILLO CUASQUEN, BACTERIOLOGO, Registro 1087424589, CC 1087424589

Fecha: 31/01/2024 00:54 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
9031A1	ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO	Normal	1.70	mmol/L	--

Firmado por: JHOANA GABRIELA MARCILLO CUASQUEN, BACTERIOLOGO, Registro 1087424589, CC 1087424589

Fecha: 31/01/2024 01:57 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	17.0	mg/dL	7-17

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 31/01/2024 01:57 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Alto	57.00	mg/L	0-9,99

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 31/01/2024 02:05 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia

NOTAS MÉDICAS

903813	CLORO EN SUERO	Normal	100.00	mmol/L	98-107

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 31/01/2024 02:05 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.50	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 31/01/2024 02:05 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	135.00	mmol/L	137-145

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 31/01/2024 02:05 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.50	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 31/01/2024 05:20 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero masculino de 78 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente conectadoa vneitlacion mecnaica invasiva por medio de tot en modo CPAP con psv de 6 peep: 4
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 6/15.
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y

NOTAS MÉDICAS

resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toraco abdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 94

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en semifowler a 45° y realizo:
-Compresiones toracicas.
- Aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion cerrada e instilacion de solucion salina y se obtiene moderada cantidad de secreciones blanquecinas.
-Aspiracion por via orofaringea y se obtiene abundante cantidad de secreciones purulentas
-Insumos: Sonda de succion.
jeringa de 10 ml
gasas.
Se finaliza sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 31/01/2024 08:09 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo:
EVOLUCION UCI CQX

ESPECIALSITA: DR MUÑOZ
ASISTENCIAL: DR GAMBOA
Objetivo:
EVOLUCION UCI

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI CCQX**

Md. Especialista: Dr. Muñoz
Md. Asistencial : Dr. Gamboa

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

NOTAS MÉDICAS

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
6. Lesión Axonal difusa grado II
Cabeza
Cuero cabelludo : ANTIBIÓTICOS
- Piperacilina/Tazobactam 4. 5 gr IV cada 6 horas - FI: 26/01/24 FF 01/02/24

ESCALAS
- APACHE II: 4 Puntos
- SOFA I: 6 Puntos.
- Escala de suicidio: No valorable

ANTECEDENTES
PATOLÓGICOS: HTA Crónica
FARMACOLÓGICOS: Losartan 50 mg VO cada 12 horas
QUIRÚRGICOS: niega
TÓXICO: niega
ALÉRGICOS: niega
Cráneo : ANÁLISIS

Paciente femenina de 55 años con antecedente de HTA quien ingresa en contexto de Politraumatismo por accidente de tránsito asociado a deterioro neurológico requiriendo aseguramiento de la vía aérea y soporte ventilatorio. Se documentó TCE Severo con Trauma facial, trauma contuso ocular derecho y hemoseno frontal y maxilar derecho, actualmente en seguimiento por neurocirugía, paciente con hallazgo en RNM de lesion axonal difusa grado II. Paciente sin respuesta neurológica hasta el momento, en proceso para realización de gastrostomia y traqueostomia.
Actualmente cursando con proceso séptico de posible origen pulmonar, ya en cubrimiento antibiótico a amplio, con panel de neumonía con múltiples gérmenes, sin embargo sin alteración en los índices de O2.
Cara
Ojos : En el momento
. Hemodinámicamente: Sin necesidad de soporte vasopresor, con cifras tensionales elevadas sin embargo disminución respecto a previa, ayer se ajusto manejo antihipertensivo, no presenta signos de bajo gasto ni de hipoperfusión, llenado capilar normal

Respiratorio: en modo espontaneo, CPAP, presion soporte, saturación en metas, sin trastorno de la oxigenación
Hematoinfeccioso: afebril en las últimas 24 horas, anemia leve, hb estable, sin requerir transfusión, leucocitosis leve, estable, con procalcitonina negativa, disminución respecto a previa, PCR de 57 disminución respecto a previa. En cubrimiento antibiótico amplio, con niveles de vancomicina subterapeuticos por lo cual se aumento la dosis, se solicitan niveles antes de 4ta dosis posterior a ajuste, hemocultivos tomados 29/01/24 reportan negativos a las 24 horas no hay reporte final aun.
se solicitó estudio de clostridium por diarrea, con antígeno y toxina negativa, pendiente coprocultivo
Nariz : Renal:gasto urinario en metas, azoados normales sin otro trastorno hidroelectrolítico.

Gastrometabolico: A nivel metabólico con glucometría en metas, tolerando NET en metas

Neurológico: a nivel neurológico sin respuesta sin focalización, pendiente resultado de videotelemetria, con RNM cerebral que reporta lesion axonal difusa grado II. Se indica terapia física.

Paciente con requerimiento de monitoria continuar en Unidad de Cuidado intensivo por soporte ventilatorio, pronóstico incierto de secuelas neurológicas, alto riesgo de fallecimiento, sin familiar para brindar información.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Boca : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net a metas

Oídos : MEDICAMENTOS
- Tapon Venoso
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Meropenem 2 gr iv cada 8 horas FI 28/01/24 FF02/01/24

Vancomicina 1. 5 gr iv cada 12 horas FI 28/01/24 FF02/01/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8
- Losartan 50 mg por SNY cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 8 horas

Tórax
Tórax : EN PROCESO
Coproscopico + coprocultivo
Hemocultivos 1. 2 y CVC 29/01/24
Urocultivo.
. Traslado a UCI 4
. TQT temprana por cx general + soporte de sedación
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación - 01/02/24
Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía **Reporte**
. Seguimiento por Neurocirugía
. Seguimiento por Cx general
. Seguimiento por Oftalmología.
. Seguimiento cx maxilofacial

METAS
*RASS 0
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

NOTAS MÉDICAS

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Fecha: 31/01/2024 09:41 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAP.FISICA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: GLORIA SIABATO GIL

Edad: 55 años

CC 29401014

SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24

Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV

2. Politraumatismo por accidente de tránsito

2. 1 TCE severo

2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho

2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda

3. HTA por HC

Paciente en cama, en delicadas pero estables condiciones generales, sin sedacvion, no alertable, hemodinamicamente estable sin soporte vasopresor, intubada y conectada a VMI modo CPAP +PS parametros bajos.

Objetivo: sistema nervioso central, GLAGOW 6/ 15
sistema musculeosqueletico: AMA pasivos conservados, fuerza muscular no valorable, moviliza MID al dolor
sistema tegumentario_ interrumpido por acceso venoso periferico,
sistema cardiovascular y pulmonar: pulsos presentes ritmicos, eucardica, normotensa, afebril, intubada y conectada a VMI modo CPAP 4 + PS 6, fio2 24%, realizando adecuada mecania ventilatoria saturando 98 %, se ausculta murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados

***la atencion del paciente se realiza con todos los EPP segun protocolo institucional.
Expectativas con la terapia: disminuir los efectos del reposo prolongado en cama
disminuir estancia hospitalaria

NOTAS MÉDICAS

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 130/65, Presión arterial media(mmhg): 86
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 93 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 14
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Estado de conciencia: Glasgow 6/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: se realiza posicionamiento semisedente en cama, monitoria respiratoria y hemodinamica, ejercicios pasivos de movilidad articular de 4 extremidades, estiramientos de grandes grupos musculares, cabeza y cuello, decargas de peso, estimulacion multisensorial, dejo semisedente en cama baja con barandas elevadas, estable en su condicion. educo en plan de intervencion.

EDUCACIÓN
El paciente responde la evaluación.

Material de apoyo: verbal, Otro.
Temas en los que se educó: Rehabilitación, Seguridad del paciente.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NORY LILIAN VALLEJO OSORIO, MED.FI.TERAP.FISICA, Registro 29940674, CC 29940674

Fecha: 31/01/2024 11:09 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente femenina de 55 años de edad con diagnosticos medicos
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
Quien se encuentra con las barandas arriba, en camilla, en posición decúbito supino, en regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable dentro de su condición, sin compañía de familiar, con via aerea artificial dado por TOT #7. 0 en el día 10 de ventilación mecánica, sin signos de dificultad respiratoria, afebril, Se atiende siguiendo protocolos institucionales y empleando bioseguridad reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección SociaL

Objetivo: REVISIÓN POR SISTEMAS
SISTEMA CARDIOVASCULAR: Tórax normolíneo, expansibilidad torácica simétrica, a la auscultación aireación broncopulmonar presente en ambos campos pulmonares sin ruidos sobreagregados, con tubo orotraqueal #7. 5 fijo en 24 cm conectado a ventilación mecánica invasiva en modo: espontaneo PS 6, FRT 17, FIO2 24%, PEEP 4 SENC 2, 0 PPICO 10, con presencia de reflejo tusígeno
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO: Extremidades simétricas, sin presencia de fracturas
SISTEMA TEGUMENTARIO: piel íntegra y bien hidratada
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: no refiere

EXAMEN FÍSICO

NOTAS MÉDICAS

Frecuencia cardíaca(Lat/min): 76
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervención
- Mantener una adecuada ventilacion y oxigenacion
- Disminuir riesgo de infecciones y complicaciones respiratorias

Se realiza monitorizacion respiratoria
Posicionamiento 45°
Técnicas de desobstrucción bronquial con aumento de flujo espiratorio AFE lenta, 3 series de 8 repeticiones.
Movilidad costal 2 series de 15 segundos
Permeavilización de via aerea por medio de succion cerrada por TOT obteniendo moderada secrecion mucoide
Succion de secreciones por orofaringe obteniendo moderada cantidad mucohialina
Presion de neumotaponador en 25 cmH2O
Cambio de fijacion y posicion de TOT
Cambio de sonda de succion cerrada y filtro intercambiador de calor y humedad

Se deja paciente estable dentro de su condición

Insumos utilizados: 1 sonda de succion #14fr, 1 jeringa prellena de SSN 0. 9%, 1 sonda de succion cerrada #14fr, 1 filtro intercambiador de calor y humedad.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JINETH TATIANA ESPAÑA PEREZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1010015945, CC 1010015945

Fecha: 31/01/2024 11:29 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION

Tipos de Terapia: Rehabilitación Pulmonar
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: REHABILITACION PULMONAR

Paciente estable, conectda a ventilacion mecánica.
Objetivo: Modldiad controlada, apertura ocular solamente a estimulos dolorosos, moviliza en mayor medida el hemicupero derecho, aun no hay evidencia de una intencionaldiad en sus movimientos, pendiente la realziacion de la TQT y gastrostomia.
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 120/70, Presión arterial media(mmhg): 86, Lugar toma PA: Invasiva
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 75 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 30
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Paciente con déficit cognitivo/Motor

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : obesidad

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

NOTAS MÉDICAS

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Ejercicios pasivos de cuatro extermidadades, posiciionamieto en cama, ajustes del rise timen en el ventialdor para optimziacion del flujio, el apciente tolera la intervencion, queda estabel.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ALEJANDRO SEGURA ORDOÑEZ, FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION, Registro 16377562, CC 16377562

Fecha: 31/01/2024 13:38 - Ubicación: UCI4
Terapias - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Tipos de Terapia: Terapia Ocupacional Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente estable, que realiza apertura ocular, mas no conexión con el medio. Con sopote de oxígeno mediante ventilación mecánica invasiva. En compañía de hija. Se atendió de acuerdo al protocolo institucional para la prevención de contagio por Covid 19.

Objetivo: EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL:

ÁREAS DE OCUPACIÓN

Se evalúa a través de la aplicación de escala de independencia funcional FIM, que tiene en cuenta actividades de alimentación, uso de baño, vestido, control de esfínteres, traslados, movilidad, comunicación e interacción social; se evidenció dependencia total para la participación en las mismas, debido a afectaciones de las funciones mentales globales y específicas.

1. actividades básicas de la vida diaria:

Puntuación:
asistencia total (1)
asistencia máxima (2)
asistencia moderada (3)
asistencia mínima (4)
supervisión/disposición de los medios (5)
independencia modificada (6)
independencia total (7)

AUTOCUIDADO

*Comer: asistencia total (1) - requiere nutrición enteral.
*Aseo personal: asistencia total (1) - dependiente de personal de enfermería.
*Bañarse: asistencia total (1) - dependiente de personal de enfermería.
*Vestirse/desvestirse: asistencia total (1) - no ejecuta.
*Uso del baño: asistencia total (1) - no ejecuta.

CONTROL DE ESFÍNTERES

*Control de heces: asistencia total (1)
*Control de orina: asistencia total (1) - requiere sonda vesical.

TRASLADARSE:

*Cama, silla, silla de ruedas: asistencia total (1) - no ejecuta.
*Baño: asistencia total (1) - no ejecuta.
*Ducha: asistencia total (1) - no ejecuta.

MOVILIDAD

*Marcha, silla de ruedas: asistencia total (1) - no ejecuta.

NOTAS MÉDICAS

*Gradas: asistencia total (1) - no ejecuta.

COMUNICACIÓN
*Comprensión: asistencia total (1) - no ejecuta.
*Expresión: asistencia total (1) - no ejecuta.

COGNICIÓN SOCIAL
*Interacción social: asistencia total (1) - no ejecuta.
*Resolver problema: asistencia total (1) - no ejecuta.
*Memoria: asistencia total (1) - no ejecuta.

TOTAL: 18/126

Movimiento: 13
Reconocimiento: 5

2. Actividades instrumentales: participaba en cuidado del hogar, preparación de alimentos y compras.
3. Descanso y sueño: no aplica.
4. Educación / trabajo: estudió hasta grado tercero de primaria, se desempeñaba laboralmente como empleada de oficios varios y vendedora independiente.
6. Ocio y tiempo libre: jugar con nietos, bailar y nadar.
7. Participación social: no se tiene referencia.

HABILIDADES DE DESEMPEÑO

Puntuación:

(1)Deficiencia severa.
(2)inefectivo.
(3)discutible.
(4)competente

1. HABILIDADES MOTORAS Y PRAXIS

Gloria, presentó una tendencia al desempeño con deficiencia severa, debido afectación de las funciones globales relacionadas con la conciencia, lo que limita la ideación, planeación y ejecución del movimiento.

-Postura: (1) presenta desempeño con deficiencia severa.
-Transiciones: (1) presenta desempeño con deficiencia severa.
-Coordina, manipula, mueve con fluidez/ fuerza y esfuerzo: (1) presenta desempeño con deficiencia severa.
-transporta, levanta, calibra, agarra con resistencia / energía: (1) presenta desempeño con deficiencia severa.

CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE

-tolera esfuerzo físico/ praxis:(1) presenta desempeño con deficiencia severa.

1. SENSORIALES - PERCEPTUALES- DOLOR

Visuales: no evaluable/ Auditivas: no evaluable / Propioceptivas: no evaluable/ Táctiles: no evaluable/ Sensibilidad superficial no evaluable/ Olfativas: no evaluable/ Gustativo: no evaluable/ Vestibulares: no evaluable/ Dolor no evaluable.

Funciones de la piel: Conservadas.

PATRONES DE MOVIMIENTO

Tono muscular: 1/4

* Patrones Funcionales:

No evaluables por condición neurológica de la paciente.

*Patrones Integrales:

NOTAS MÉDICAS

No evaluables por condición neurológica de la paciente.

*Patrones globales:

No evaluables por condición neurológica de la paciente.

Dispositivo ortésico:paciente que podría beneficiarse de dispositivo ortésico tobillo - pie bilateral, debido a presencia de plantiflexión.

3. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN/ INTERACCIÓN:

Desempeño con deficiencia severa en corporalidad (realiza contacto visual, maniobra, se orienta, se posiciona)
Desempeño con deficiencia severa en relaciones; logra colaborar, cumple, se centrarse, relacionarse y respetar);
Desempeño con deficiencia severa en intercambio de información.

PATRONES DEL DESEMPEÑO:

-Hábitos: no útiles: fumadora. actividad física: caminar.
-Rutinas: No se tiene referencia.
-Roles: madre, abuela, esposa.
-Entorno del paciente: vive en Chile, junto a esposo, actualmente en contexto hospitalario de unidad de cuidado intensivos.
Expectativas con la terapia: VALORACIÓN.

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Paciente de 55 años que presenta problema ocupacional, debidoa deficiencia de las funciones rmentales, que ocasiona dependencia total para la ejecución de actividades de autocuidado, movilidad, ocio y tiempo libre, interacción social, empleo.

Condcuta a seguir: paciente que requiere intervención por Terapia Ocupacional.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo General:

Promover estado de alerta para la participación en actividad de interación.

OBjetivos específicos:

Suminsitrar estimulación neurosensorial.
Educar a familia en el manejo de la condición de la paciente.
Prevenir deformidades osteomuculares.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Plan de tratamiento.
El cuidador responde la evaluación.
Parentesco: HIJO (A)
Material de apoyo: verbal.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal.
Temas en los que se educó: Tratamiento
Comprendió el tema: Si
Describa brevemente los temas en que educó: Se informaron objetivos del proceso terapéutico.

Recomendaciones para el paciente y la familia: Si

Firmado por: JENNIFER RIASCOS SUAREZ, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1151959063, CC 1151959063

Fecha: 31/01/2024 14:34 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Consulta preanestésica - Interconsultante - ANESTESIOLOGO(A)

Procedimientos después de la nota: 998702 Soporte De Sedacion Para Consulta O Apoyo Diagnostico.

NOTAS MÉDICAS

89191D Monitorizacion Electroencefalografica por video y radio (Telemetria) 24 Horas.
965902 Lavado, Irrigacion Y Cuidados De Herida En Area Especial.
998702 Soporte De Sedacion Para Consulta O Apoyo Diagnostico.
998702 Soporte De Sedacion Para Consulta O Apoyo Diagnostico.
431003 Gastrostomia Via Laparoscopica.
311302 Traqueostomia Via Percutanea.
431002 Gastrostomia Via Percutanea (Endoscopica).
441302 Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con o sin biopsia.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen físico:
Aspecto general
Aspecto general : PACIENTE DE 55 AÑOS PROGRAMADA PARA TRAQUEOSTOMIA

*INFORMANTE: FAMILIAR, CALIDAD: MEDIA

DIAGNÓSTICOS
1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO IV
2. POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO
2. 1 TCE SEVERO
2. 2 TRAUMA FACIAL
- TRAUMA CONTUSO OCULAR DERECHO
- HEMOSENO FRONTAL Y MAXILAR DERECHO
2. 3. TRAUMA CERRADO DE TORAX.
- CONTUSIÓN PULMONAR IZQUIERDA
3. HTA POR HC
4. DM TIPO II DE NOVO
5. SEPSIS DE ORIGEN A DEFINIR
- NEUMONÍA SOBREAGREGADA A CONTUSIÓN PULMONAR VS SINUSITIS POSTRAUMÁTICA
6. LESIÓN AXONAL DIFUSA GRADO II
CABEZA

ANTECEDENTES
PATOLÓGICOS: HTA CRÓNICA
FARMACOLÓGICOS: LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS
QUIRÚRGICOS: NIEGA
TÓXICO: NIEGA
ALÉRGICOS: NIEGA
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FISICO
SE OBSERVA EN CRITICAS CONDICIONES GENERALES
CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NO SOPLOS, SIN REQUERIMIENTO DE VASOACTIVO.
RESPIRATORIO: TORAX SIMÉTRICO, CON RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. VMI MODO CPAP 4 + PS 6 FIO2 24% VTE: 509 FR:15 RPM SO2: 98%
GASTROINTESTINAL:ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MEGALIAS
GENITOURINARIO: DIURESIS POR SONDA VESICAL
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN DEFORMIDADES.
NEUROLÓGICO: SIN SEDOANALGESIA PUPILAS ANISOCÓRICAS, PUPILA DERECHA 3 MM HIPORREACTIVA E IZQUIERDA EN 2 MM REACTIVA, O4V1M2 GLASGOW 7/15

VIA AEREA: SE CONSIDERA ABORDAJE DIFICIL POR INTUBACION PROLONGADA

31/01/2024
CREAT: 0. 5
NA: 135, K: 4. 5, CL: 100
LEU: 11540, HB: 10. 4, HTO: 34. 1, PLT: 337. 000
GA: PH: 7. 46, PCO2: 40, PO2: 92, HCO3: 28. 4, BE: 4. 6, LACT: 1. 7
Cráneo : ANALISIS/CONDUCTA
PACIENTE DE CON ANTECEDENTES Y DIAGNOSTICOS MENCIONADOS, PROGRAMADO AHORA PARA TRAQUEOSTOMIA, EN EL MOMENTO CON DEPENDENCIA DE VMI, SIN REQUERIMIENTO AL MOMENTO DE VASOPRESOR, CON PREDICTORES DE VIA AEREA

NOTAS MÉDICAS

DIFICIL, LABORATORIOS CON PRESENCIA DE ANEMIA. SE CONSIDERA AUTORIZAR POR CONDICION SENSIBLE AL TIEMPO, TENER DISPONIBILIDAD DE HEMOCOMPONENTES. ASA IV

INDICACIONES:
-SE AUTORIZA PROCEDIMIENTO
-ASEO GENERAL Y ORAL
-AYUNO 8 HORAS
-DISPONIBILIDAD DE EQUIPO DE VIA AEREA DIFICIL
-REQUERIMIENTO DE UCI POP A CRITERIO DE ANESTESIOLOGO A CARGO DEL CASO.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

Firmado por: ANDRES FELIPE GUZMAN SILVA, ANESTESIOLOGO(A), Registro 1115075032, CC 1115075032

Fecha: 31/01/2024 14:51 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - NEUROTRAUMA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 1er año Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

- Meropenem 2 gr iv cada 8 horas FI 28/01/24
- Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas FI 28/01/24

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
Cabeza

EXAMEN FÍSICO:
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,

NOTAS MÉDICAS

#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
VMI-IOT
Dexmedetomedina
Glasgow 11/15
sigue órdenes consistentemente
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Glucometría: 142-132-144 mg/dl
ESTUDIOS PREVIOS:
Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2
ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
28. 01. 2024 RX TÓRAX: sin reporte
Tac de craneo 24. 01. 2024
Se observa buena diferenciacion corticosubcortical, surcos presentes. con linea media centrada, con cisternas permeables, se observa pequeña hemorragia subaracnoidea parietal derecha, no otras lesionesintraaxiales u extraaxiales.
Tac de craneo simple 19/01/2024:
no areas de isquemia o hemorragia, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

Tac de columna cervical simple 19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis, canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)
PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:

30/01/2024
COPROCULTIVO 0378
Coproscopico:
consistencia: blanda, ph: 8, sangre oculta: positivo, azucares reductores: postiivo
levaduras:++
CLostridium: toxina a y b: NEGATIVO

29/01/2024:
CL: 101, BUN: 15. 8, K: 4. 7, NA: 134, CR: 0. 45
Hemograma: leucos 11420, n: 67. 7%, l: 18. 3%, hb:10. 4, ptas: 317000
Gases arteriales: fio2: 24%, ph: 7. 46, pco2: 41, po2: 83, so2: 97. 3, hco3: 29. 2, ac lactico: 2. 2
uorucltivo: 0385
vancomicina : 7 niveles subterapeuticos
Hemocultivo 0282-0281-0280

28/01/2024
PANEL NEUMONIA (056) Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina).

27/01/24
BUN 11. 4 K 4. 3 Na 136 Cr 0. 42 Leucos 12110 Neu 8730 Linfos 2160 Hcto 28. 5 Hb 8. 8 VCM 97. 5 HCM 30. 2 Plaquetas 213000 PCR 283. 6
Gases arteriales pH 7. 43 PCO2 34 cHCO3 22. 6 BE -15. 5

26/01/24
Cultivo secreción Traqueal pendient

NOTAS MÉDICAS

25/01/24
Coloración Gram Secrvos agTraqueal
Leucocitos ++++ Cocos gram positivos agrupados ++
HbA1c 6. 77%
Procalcitonina 0. 41 PCR 307. 4
Leucos 13140 Neu 10280 Linfos 1930 Hb 8. 6 Hcto 28 VCM 96. 4 HCM 29. 6 Plaquetas 172000

24/01/24
Cl 108 K 3. 9 Na 135
Leucos 13540 Neu 11540 Linfos 1350 Hcto 28 Hb 8. 7 VCM 95. 8 HCM 29. 6 Plaquetas 153000
Gases arteriales pH 7. 41 PCO2 35 cCHO3 22. 2 BE -2. 1

23/01/2024:
CAi: pendiente, mg: 2. 8, bun: 12, k: 3. 9, na: 137, cr:0. 1, hemograma: leucos 8960, n: 80. 3%, l: 15%, hb: 8. 7, hto: 27. 8% ptas: 120000, ac lactico: 1. 1

Objetivo: 21/01/2024: cl: 113, bun: 13, k:3. 6, na: 136, cr: 0. 4
Gaes Arteriales: poc2:7. 37, po2:99, hco3: 19. 7

20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46
Hemograma: Leu: 6. 670, Neu: 4. 970, Lin:1. 220, Hb:9. 9, HTO: 31. 8, PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90

CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1. 60, NITROGENO UREICO(BUN): 13. 8, POTASIO: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70

ANÁLISIS:
Gloria, 55 años, politrauma por accidente de tránsito, con TCE severo que requirio VMI-IOT con neuroimagen de ingreso que no evidencia hallazgo de lesiones estructurales. al inghreso hemodinamicamente estable sin posturas anormales. Se determina posibilidad de LAD vs Estatus no motor, se solicito Angiotac de craneo contrastado ante halalgzos inicial de anisocoria (oi; 2mm, od:3 mm) que descarta la presencia de lesiones vasculares. Permanencia sin soporte de sedaicon hoy, con conexion mas consistente con el medio, siguiendo órdenes, reflejos de tall presentes, sin idnciacion actual de manejo quriurgico, ni posicionamiento de monitoria de pic, ha tenido monitoria no invasiva con vaina del nervio optico normal.

se realizo rnm, identificandose signos compatibles con lesion axonal difusa grado II, con hematoma subdural lamelar interhemisferico, hallazgos sin indicaicon quirurgica,.

Actualmente cursando con proceso séptico de posible origen pulmonar, continua con cubrimiento atb (meropenem + vancomicina), con panel de neumonía con múltiples gérmenes, no alteración en los índices de O2. De momento no requiere otros ajustes en el plan de manejo medico. atentos a lograr extuibacion/vs tot, y posteriormenmte continuidad de rehabilitacion integral. Pendiente reporte oficial de telemetria

PLAN:
manejo en uci
ventilacion mecanica
sedoanalgesia para rass 0

NOTAS MÉDICAS

cabecera a 30 grados
levetiracetam 1g iv c/12h
omeprazol 40mg iv c/24h
acetaminofen 1g iv c/8h
hoja neurologica horario

*METAS TCE SEVERO:
PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg
Hb 7 gr/dl - Hto 21%
Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl
Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36
Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CARLOS ALBERTO HERNANDEZ CABALLERO, NEUROTRAUMA, Registro 2367-97, CC 16648969

Fecha: 31/01/2024 15:18 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 9/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 10 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho

NOTAS MÉDICAS

2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS:6, VC:305, FR:18, FIO2:24, PEEP:4, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 110/72, Presión arterial media(mmhg): 84
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 15
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad, paciente hipersecrectora
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 31/01/2024 16:08 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

ANAMNESIS
Motivo de consulta: SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA.
Enfermedad actual: DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
6. Lesion Axonal difusa

REVISIÓN POR SISTEMAS

NOTAS MÉDICAS

Revisión por sistemas
Psiquismo:.

EXAMEN FÍSICO

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general :.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: Adecuado Aporte calórico: Adecuado

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :31/01/2024
CL 100 K 4. 5 NA 135 CR 0. 50 LINF 2. 32 HB 10. 4 PQT 337 PH 7. 46 PCO2 40 PO2 92 HCO3 28. 4 BE 4. 2

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE FEMEINO DE 55 AÑOS DE EDAD, EN UCI, CON SEDOANALGESIA Y VMI, SE ENCUENTRA SOLA AL MOMENTO DE LA ATENCION. CON ANTECEDENTES MENCIONADOS EN HC. SE REALIZA REVISION DE APME EL CUAL SE ENCUENTRA EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ENCUENTRO A PACIENTE CON NET A UNA VELOCIDAD DE INFUSION DE 10 ML/HORA COMO SE INDICO EL DIA DE AYER, EL DIA DE HOY PRESENTO UNA DEPOSICION LIQUIDA, CON EXAMEN NEGATIVO PARA CLOSTRIDIUM, POR LO CUAL SE HABLA CON RESIDENTE Y SE SUGIERE INICIAR TTO CON LOPERAMIDA Y SEGUN EVOLUCION DEFINIR CONTINUIDAD DE TTO NUTRICIONAL. CUENTA CON UNOS EXAMENES BIOQUIMICOS QUE INDICAN HIPONATREMIA LEVE, DEMAS ELECTROLITOS DENTRO DE RANGOS ADECUADOS, FUNCION RENLA CONSERVADA, UN HEMOGRAMA QUE EVIDENCIA ANEMIA MODERADA, UN RECUENTO LINFOCITARIO DENTRO DE RANGOS ADECUADOS, Y UNOS GASES ARTERISLES QUE INDICAN ALCALOSIS METABOLICA AGUDA. EN EL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIAN SIGNOS QUE INDIQUEN CARENCIA DE MICRONUTRIENTES.
Plan de manejo: *GLUCERNA 1. 5 LPC X 1000 ML, INFUSION CONTINUA A 10 ML/HORA.
*IRRIGAR SONCA CON 30 CC DE AGUA CADA 4 HORAS.
*APLICAR MEDIDAS ANTIREFLUJO.
*F. V: 07/02/2024
*SEGUIMIENTO NUTRICIONAL.

Firmado por: LUIS EDUARDO PRETEL VARGAS, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107091032, CC 1107091032

Fecha: 31/01/2024 16:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Evolución médica - Interconsultante - MED.FI.FISIATR.GRAL

Tipo de evolución: Evolución adicional
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: GLORIA SIABATO GIL
EDAD: 55 AÑOS
CC 29401014
COOSALUD

NOTAS MÉDICAS

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
FECHA / HORA DE TRAUMA: 19/01/24 A LAS 16+00H

DIAGNÓSTICOS
1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO IV
2. POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO
2. 1 TCE SEVERO
2. 2 TRAUMA FACIAL
- TRAUMA CONTUSO OCULAR DERECHO
- HEMOSENO FRONTAL Y MAXILAR DERECHO
2. 3. TRAUMA CERRADO DE TORAX.
- CONTUSIÓN PULMONAR IZQUIERDA
3. HTA POR HC
4. DM TIPO II DE NOVO
5. SEPSIS DE ORIGEN A DEFINIR
- NEUMONÍA SOBREAGREGADA A CONTUSIÓN PULMONAR VS SINUSITIS POSTRAUMÁTICA
6. LESIÓN AXONAL DIFUSA GRADO II

MEDICAMENTOS:
- OMEPRAZOL 40 MG IV CADA DIA
- LEVETIRACETAM 1 GR IV CADA 12 HORAS
- PARACETAMOL 1 GR EV CADA 8 HRS
- MEROPENEM 2 GR IV CADA 8 HORAS FI 28/01/24 FF02/01/24
VANCOMICINA 1. 5 GR IV CADA 12 HORAS FI 28/01/24 FF02/01/24
- INSULINA GLARGINA 22 UI SC CADA DIA
- INSULINA GLULISINA 8 - 8 - 8
- LOSARTAN 50 MG POR SNY CADA 12 HORAS
- NIFEDIPINO 30 MG VO CADA 8 HORAS

SE REFIERE PACIENTE NO CONECTADA CON EL ENTORNO, REALIZA APERTURA OCULAR ESPONTÁNEA OCASIONAL AL IGUAL QUE MOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
29/01/2023
RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO SIMPLE
INDICACIÓN: TRAUMA. SOSPECHA DE LESIÓN AXONAL DIFUSA.
HALLAZGOS
SE IDENTIFICAN LESIONES PUNTIFORMES Y LINEALES CON EFECTOS DE SUSCEPTIBILIDAD MAGNÉTICA EN SU MAYORÍA, ALGUNAS CON RESTRICCIÓN EN
DIFUSIÓN, OTRAS CON RESTRICCIÓN SIN QUE SE ACOMPAÑEN DE EFECTO DE SUSCEPTIBILIDAD QUE COMPROMETEN LA SUSTANCIA BLANCA DE LOS CENTROS SEMIOVALES A PREDOMINIO DERECHO A NIVEL DE LA CONVEXIDAD Y EL ESPLENIO DEL CUERPO CALLOSO. NO HAY LESIONES CON MAYOR EFECTO DE MASA.
HAY SANGRADO EN EL TENTORIO.
SE OBSERVA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPECIALMENE A NIVEL DE LA CONVEXIDAD.
HAY UN HEMATOMA SUBDURAL LAMELA INTERHEMISFÉRICO.
LA LÍNEA MEDIA ES CENTRAL.
EL SISTEMA VENTRICULAR ES DE TAMAÑO NORMAL Y GUARDA PROPORCIÓN CON LA PROFUNDIDAD DEL ESPACIO SUBARACNOIDEO.
EL TRONCO DEL ENCÉFALO Y EL CEREBELO SON DE INTENSIDAD DE SEÑAL NORMAL.
LAS CISTERNAS DE LA BASE ESTÁN PERMEABLES, OBSERVANDO LAS ESTRUCTURAS VASCULARES CONSERVANDO EL VACÍO DE SEÑAL.
NO HAY ALTERACIONES EN LOS SENOS CAVERNOSOS.
LAS ÓRBITAS, LA REGIÓN SELLAR Y SUPRASELLAR Y LA UNIÓN CRÁNEOVERTEBRAL SON NORMALES.
HAY ENGROSAMIENTO MUCOSO EN EL SENO FRONTAL DERECHO Y MAXILAR DERECHO.
HAY SECRECIONES EN LAS CELDILLAS MASTOIDEAS DERECHAS.
CONCLUSIÓN
LESIÓN AXONAL DIFUSA GRADO II.
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESCASA.
HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR INTERHEMISFÉRICO.

ANTECEDENTES

NOTAS MÉDICAS

PATOLÓGICOS: HTA CRÓNICA
FARMACOLÓGICOS: LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS
QUIRÚRGICOS: SE NIEGAN
TÓXICO: SE NIEGAN
ALÉRGICOS: SE NIEGAN

Objetivo: APARENTE REGULAR ESTADO GENERAL, VMI.

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Cara
Ojos : EQUIMOSIS PALPEBRAL, PUPILAS ISOCÓRICAS, REACTIVAS.
Tronco
Extremidades superiores : EDEMA DE MANOS, TROFISMO CONSERVADO, AMAS PASIVOS CONSERVADOS.
Extremidades inferiores : TROFISMO CONSERVADO, AMAS PASIVOS CONSERVADOS.
Neurológico
Neurológico : NO INTERACCIÓN CON EL MEDIO, APERTURA OCULAR ESPONTÁNEA Y MOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES EN FORMA OCASIONAL, MOVIMIENTOS QUE VENCEN PARCIALMENTE GRAVEDAD, NO SE PUEDE VALORAR FUERZA ADECUADAMENTE, NI SENSIBILIDAD. ROT: ++. HOFFMAN BILATERAL, RESPUESTA PLANTAR NEUTRA.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

EDUCACIÓN
Plan educativo: REHABILITACIÓN.
El cuidador responde la evaluación.

Material de apoyo: verbal.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal.
Temas en los que se educó: Rehabilitación
Comprendió el tema: Si
Describa brevemente los temas en que educó: REHABILITACIÓN.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO QUE PRESENTA LESIÓN AXONAL DIFUSA GII, HASTA EL MOMENTO CON EVOLUCIÓN NEUROLÓGICA ESTACIONARIA, MANEJO EN UCI POR REQUERIMIENTO DE VMI. SE INDICA PLAN DE REHABILITACIÓN CON TERAPIA FÍSICA PARA PALIAR COMPLICACIONES DE INMOVILIDAD, ESTANCIA HOSPITALARIA, EN EL MOMENTO SE CONSIDERA SIN REQUERIMIENTO ORTÉSICO. VIGILAR EVOLUCIÓN, SEGUIMIENTO.

Plan de manejo: - TERAPIA FÍSICA DIARIA: FACILITACIÓN NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVA. PREVENIR RETRACCIONES Y/O CONTRACTURAS (ADECUADO POSICIONAMIENTO, ADECUADA ORIENTACIÓN DE SEGMENTOS CORPORALES, EJERCICIOS PASIVOS RELAJADOS, ESTIRAMIENTOS. MOVILIZACIÓN DE CINTURA ESCAPULAR Y PÉLVICA. ESTIMULACIÓN SENSORIAL Y CINESTÉSICA DE PIES A TRAVÉS DE MASAJE CON Y MOVILIZACIONES DE ARTICULACIONES DEL PIE.
- TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DIARIA: INDICACIONES A FAMILIA PARA HIGIENE BUCAL, AJUSTE POSTURAL, MODULACIÓN DEL TONO DE LA MUSCULATURA FACIAL Y MASTICATORIA, ACTIVAR REFLEJOS ORALES DE PROTECCIÓN DE LA VÍA AÉREA.
-SEGUIMIENTO A EVOLUCIÓN.

Justificación de permanencia en el servicio: A CRITERIO DE MÉDICO TRATANTE.

Firmado por: DIANA MARCELA PINO TERAN, Residente de MED.FI.FISIATR.GRAL, Registro 202204473, CC 34327687

NOTAS MÉDICAS

Avalado por: MARIA ANA TOVAR SANCHEZ, MED.FI.FISIATR.GRAL, Registro 5353-87, CC 31520630

Fecha: 31/01/2024 16:44 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAP.FISICA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: GLORIA SIABATO GIL

Edad: 55 años

CC 29401014

SOAT

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24

Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV

2. Politraumatismo por accidente de tránsito

2. 1 TCE severo

2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho

2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda

3. HTA por HC

Paciente en cama, en delicadas pero estables condiciones generales, sin sedacvion, no alertable, hemodinamicamente estable sin soporte vasopresor, intubada y conectada a VMI modo CPAP +PS parametros bajos. en compañia de familiar,

Objetivo: sistema nervioso central, GLAGOW 6/ 15
sistema musculeosqueletico: AMA pasivos conservados, fuerza muscular no valorable, moviliza MID al dolor
sistema tegumentario_ interrumpido por acceso venoso periferico,
sistema cardiovascular y pulmonar: pulsos presentes ritmicos, eucardica, normotensa, afebril, intubada y conectada a VMI modo CPAP 4 + PS 6, fio2 24%, realizando adecuada mecania ventilatoria saturando 98 %, se ausculta murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados

***la atencion del paciente se realiza con todos los EPP segun protocolo institucional.
Expectativas con la terapia: disminuir los efectos del reposo prolongado en cama
disminurir estancia hospitalaria

EXAMEN FÍSICO

NOTAS MÉDICAS

Presión arterial (mmHg): 110/72, Presión arterial media(mmhg): 84
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Estado de conciencia: Glasgow 6/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: se realiza posicionamiento semisedente en cama, monitoria respiratoria y hemodinamica, ejercicios pasivos de movilidad articular de 4 extremidades, estiramientos de grandes grupos musculares, cabeza y cuello, decargas de peso, estimulacion multisensorial, dejo semisedente en cama baja con barandas elevadas, estable en su condicion. educo a familiar en plan de intervencion.

EDUCACIÓN
El cuidador responde la evaluación.

Material de apoyo: verbal, Otro.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal, Evaluación demostrativa.
Temas en los que se educó: Rehabilitación, Seguridad del paciente
Comprendió el tema: Si.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NORY LILIAN VALLEJO OSORIO, MED.FI.TERAP.FISICA, Registro 29940674, CC 29940674

Fecha: 31/01/2024 20:24 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - MEDICINA DE URGENCIAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION UCI 4 NOCHE
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Md. Especialista: Dr. Guerrero
Md. Asistencial : Dr. Russi

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
* TCE severo
* Lesión Axonal difusa grado II
3. Trauma Facial

NOTAS MÉDICAS

* Trauma contuso ocular derecho
* Hemoseno frontal y maxilar derecho
4. Trauma cerrado de tórax.
* Contusión pulmonar izquierda
5. HTA por HC
6. DM tipo 2 de novo
7. Sepsis de origen a definir
* Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
Cabeza
Cuero cabelludo : PROBLEMAS
Estado neurológico incierto
Lesión axonal difusa
Cráneo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 124/72 mmhg
TAM: 86 mmhg
FC: 84 lpm
Temp. 36. 3 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP + PS 6 fio2 24% VTE: 411 FR:19 rpm SO2: 96%

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: 29/01/24 #1 deposición.
Cara
Ojos : METABÓLICO: NET a 10 cc/hr
Glucometría: 156-149 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 0. 5 cc/kg/h en 12 horas
Balance - 540 cc

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 12 horas, Tmax: 37. 1° sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O4V1M4 glasgow 9/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Nariz : ANÁLISIS

Paciente femenina de 55 años con antecedente de HTA quien ingresa en contexto de Politraumatismo por accidente de tránsito asociado a deterioro neurológico requiriendo aseguramiento de la vía aérea y soporte ventilatorio. Se documentó TCE Severo con Trauma facial, trauma contuso ocular derecho y hemoseno frontal y maxilar derecho, actualmente en seguimiento por neurocirugía, paciente con hallazgo en RNM de lesión axonal difusa grado II. Paciente sin respuesta neurológica hasta el momento, en proceso para realización de gastrostomía y traqueostomia. en el momento con hemodinamia estable sin signos de hipoperfusión, acoplada a la ventilación mecánica, saturaciones en metas, tolerando la net en proceso de traqueostomia y gastrostomia, función renal conservada, sirs modulado, afebril, con pauta antibiotica defiinida, hemocultivos 29/01/24 negativos a las 24 horas, urocultivo negativo, sin sangrados activos. debe continuar monitoria uci por vmi.
Boca : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas

NOTAS MÉDICAS

- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 47cc/hora

MEDICAMENTOS
- Tapon Venoso
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
-Meropenem 2 gr iv cada 8 horas - FI: 28/01/24 FF: 02/01/24
Vancomicina 1. 5 gr iv cada 12 horas - FI: 28/01/24 FF: 02/01/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 preprandiales
- Losartan 50 mg por SNY cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 8 horas
- Loperamida 2 mg IV cada 12 horas.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:. vmi
. deficit neurologico secular.

Firmado por: CATALINA GUERRERO NILO, MEDICINA DE URGENCIAS, Registro 452727, CC 452727

Fecha: 31/01/2024 20:59 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
6. Lesión Axonal difusa grado II

NOTAS MÉDICAS

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares no soplos.
RESPIRATORIO: Se auscultan ambos campos pulmonares ventilados, en VMI en modo CPAP
GASTROINTESTINAL: blando depresible, no masas, no megalias, no signos de irritación peritoneal.
METABÓLICO: NET:
GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical.
HEMATO-INFECCIOSO: Sin sangrado activo
EXTREMIDADES: simétricas, sin edema.
NEUROLÓGICO: Glasgow 5/15
Objetivo: Paciente femenina de 55 años. Hemodinamicamente estable, glasgow 5/15. En ventilacion mecanica modo CPAP PS:6, FIO2:24%, PEEP:4.
Signos de dificultad respiratoria: NO PRESENTA
Patrón respiratorio: ABDOMINAL
Expectativas con la terapia:.

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 108/70, Presión arterial media(mmhg): 82
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 93
Saturación de oxígeno 97%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiopulmonar
patron C

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de tratamiento:
Mantener la permeabilidad de la via aerea
Mantener el equilibrio acido base

Se realiza
monitoreo respiratorio
posicionamiento en cama
cuidados de piel
aceleracion de flujo espiratorio
se regula la presion del neumotaponador 25 cmh20
permeabilizacion de via aerea tecnica de succion cerrada moviliza moderada cantidad de secreciones mucoides
se dejan barandas arriba
se atiende paciente con EPP

Insumos:
sonda de succion #14, jeringa de 10cc, cloruro de sodio.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HILARI TATIANA MURILLO PAZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1143972954, CC 1143972954

Fecha: 31/01/2024 23:15 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	24.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.0	--	--

NOTAS MÉDICAS

1302	pH	Normal	7.440	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Normal	39.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Bajo	75.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	11.2	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	33.0	%	37-47
1307	SO2	Normal	95.1	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.450	--	--
1309	PCO2t	Normal	37.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	70.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Normal	26.5	mmol/L	21-28
1312	BE	Normal	2.2	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	2.3	mmol/L	--
1314	ctCO2	Alto	27.7	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	92.9	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.6	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.7	%	--
1318	FHHb	Normal	4.8	%	--

Firmado por: VIVIANA VILLEGAS PORRAS, BACTERIOLOGO, Registro 1130674633, CC 1130674633

Fecha: 31/01/2024 23:18 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Normal	9.38	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Normal	63.8	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Normal	21.2	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Normal	5.4	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	5.8	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.30	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2

NOTAS MÉDICAS

2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	3.50	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Normal	5.98	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.99	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.51	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Alto	0.54	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.03	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.33	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.44	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	33.4	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	10.3	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	97.0	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	30.10	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	30.8	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.70	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Normal	257	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	11.40	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: KEVIN DAVID CHAVEZ, BACTERIOLOGO, Registro 1112471785, CC 1112471785

Fecha: 31/01/2024 23:37 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Normal	102.00	mmol/L	98-107

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 31/01/2024 23:37 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Alto	20.5	mg/dL	7-17

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 31/01/2024 23:37 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.40	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 31/01/2024 23:38 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	135.00	mmol/L	137-145

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 31/01/2024 23:38 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.48	mg/dL	0,52-1,04

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 31/01/2024 23:38 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Alto	43.79	mg/L	0-9,99

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 31/01/2024 23:44 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROCALCITONINA

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
906841	PROCALCITONINA	Normal	0.18	ng/ml	Personas Sanos Normales: 0.077 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es poco probable: <0.500 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es posible: >=0.500 - <=2.0 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es probable, a menos que haya otras causas conocidas: >2.00 - <10.0 ng/mL\X000d\ Respuesta inflamatoria sistemica importante, casi exclusivamente debido a sepsis bacteriana severa o shock septico: >=10 ng/mL\X000d\

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 01/02/2024 05:55 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control

NOTAS MÉDICAS

Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
6. Lesión Axonal difusa grado II

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares no soplos.
RESPIRATORIO: Se auscultan ambos campos pulmonares ventilados, en VMI en modo CPAP
GASTROINTESTINAL: blando depresible, no masas, no megalias, no signos de irritación peritoneal.
METABÓLICO: NET:
GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical.
HEMATO-INFECCIOSO: Sin sangrado activo
EXTREMIDADES: simétricas, sin edema.
NEUROLÓGICO: Glasgow 5/15
Objetivo: Paciente femenina de 55 años. Hemodinamicamente estable, glasgow 5/15. En ventilacion mecanica modo CPAP PS:6, FIO2:24%, PEEP:4.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: abdominal
Expectativas con la terapia:.

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 110/63, Presión arterial media(mmhg): 78
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 75
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiopulmonar
patron C

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de tratamiento:
Mantener la permeabilidad de la via aerea
Mantener el equilibrio acido base

Se realiza
monitoreo respiratorio
posicionamiento en cama
cuidados de piel
aceleracion de flujo espiratorio
permeabilizacion de via aerea tecnica de succion cerrada moviliza moderada cantidad de secreciones mucoides
se dejan barandas arriba
se atiende paciente con EPP

Insumos:
sonda de succion #14, jeringa de 10cc, cloruro de sodio.

NOTAS MÉDICAS

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HILARI TATIANA MURILLO PAZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1143972954, CC 1143972954

Fecha: 01/02/2024 07:45 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - CIRUGIA CARDIOVAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: solicitudes

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CARLOS ALBERTO LIZCANO BALBUENA, CIRUGIA CARDIOVAS, Registro 68523/97, CC 91265248

Fecha: 01/02/2024 08:03 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: : paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: Paciente con via aérea artifical dada por TOT 7. 5#. fijo a 22cm, conectado a ventilación mecánica con los sgtes parámetros:
MODO CPAP PEEP 4 PS 6 realiza volumenes 553 fr 17

NOTAS MÉDICAS

GLASGOW 7/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica.
Patron respiratorio toracoabdominal. A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos
campos pulmonares. Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: sin altercion
Patrón respiratorio: toracobdomina
Expectativas con la terapia:.

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo terapeutico
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de infecciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TOT por sonda cerrada, obteniendo secreciones mucoblanquecinas
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina escasa
Verficiacion de presión de neumotaponador 25

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 01/02/2024 08:56 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - CIRUGIA CARDIOVAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente en cama, bajo vmi
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI 4**

MD. Especialista: Dr. Lizcano
MD. Asistencial: Dra. Chaves

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014

NOTAS MÉDICAS

COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
* TCE severo
* Lesión Axonal difusa grado II
3. Trauma Facial
* Trauma contuso ocular derecho
* Hemoseno frontal y maxilar derecho
4. Trauma cerrado de tórax.
* Contusión pulmonar izquierda
5. HTA por HC
6. DM tipo 2 de novo
7. Sepsis de origen a definir
* Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática

PROBLEMAS
Estado neurológico incierto
Lesión axonal difusa
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES
TA: 121/71 mmhg
TAM: 87 mmhg
FC: 76 lpm
Temp. 36. 3 °C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP peep 6 fio2 24% VTE: 473 FR:14 rpm SO2: 96%

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias
Última deposición: 29/01/24 #1 deposición.

METABÓLICO: NET
Glucometría: 156-149-150 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 0. 4 cc/kg/h en 24 horas
Balance dia: - 1090 ml.
Balance acumulado: + 384 ml.
Cráneo : HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, Tmax: 37. 1° sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O2V1M4 glasgow 7/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Cara
Ojos : ANÁLISIS

NOTAS MÉDICAS

Paciente 55 años con antecedente de HTA, ingresa en contexto de Politraumatismo por accidente de tránsito. Se documentó TCE severo con trauma facial, trauma ocular derecho y hemoseno frontal y maxilar derecho. Con lesión axonal difusa grado II documentada por RMN. En el momento:
. Condición neurológica, secuelas ya instauradas, con lesión axonal difusa documentada, glasgow 7/15, sin aparente déficit agudo.
. Hemodinámicamente estable, sin requerir vasopresor, TAM en meas, sin bajo gasto.
. En vmi, acoplada, sincronica, saturación en normalidad. Gases arteriales en normalidad, sin trastorno de oxigenación.
Pendiente programar y realizar traqueostomia.
. Tolerando NET, en metas, con glucometrias dentro de normalidad.
Nariz : En espera de realizar gastrostomía percutánea el dia de hoy.
. Diuresis en normalidad, azoados estables, sin desequilibrio electrolítico, sin indicación de terapia dialítica.
. Afebril, modulando sirs, sin leucocitosis ni neutrofilia, continua con antibioticoterapia dirigida, la cual finaliza el 02/02/24. Con hemocultivos del 29/01/24 preliminares negativos.
. Sin anemia, plaquetas en normalidad, sin sangrado activo.
Paciente con soporte ventilatorio invasivo, requiere monitoria UCI. Alto riesgo de complicaciones.
Familiares informados.
Boca : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 47cc/hora

MEDICAMENTOS
- Tapon Venoso
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
-Meropenem 2 gr iv cada 8 horas - FI: 28/01/24 FF: 02/02/24
Vancomicina 1. 5 gr iv cada 12 horas - FI: 28/01/24 FF: 02/02/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 preprandiales
- Losartan 50 mg por SNY cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 8 horas
- Loperamida 2 mg IV cada 12 horas
Oídos : EN PROCESO
Reporte de coprocultivo (30/01/24)
Reporte final Hemocultivos 1. 2 y CVC (29/01/24)
TQT temprana por cx general + soporte de sedación (Consentimientos ya firmados)
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación - (programada 01/02/24)
Reporte de Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía (31/01/24)
. Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, Fecha de

NOTAS MÉDICAS

diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: monitoria cada hora
soprote ventilaotrio invasivo
altos requerimietnos por enfermeria y terapia respiratoria.

Firmado por: CARLOS ALBERTO LIZCANO BALBUENA, CIRUGIA CARDIOVAS, Registro 68523/97, CC 91265248

Fecha: 01/02/2024 10:00 - Ubicación: UCI4
Terapias - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Ocupacional Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente estable, no alerta, con soporte de oxigeno emdiante ventilación mecánica invasiva. Se atendió de acuerdo al protocolo insitucional para la prevención de contagio por Covid 19.
Objetivo: No aplica.
Expectativas con la terapia: Sin cambios.

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se desarrolló sesión orientada a estimular estado de alerta, mediante suminsitro de estímulos propioceptivos y de tactiles. Se evidenció paciente que responde predominantemente a la estimulación propioceptiva, realizando apertura ocular y fijación visual, lmovilizó mimebro superior e inferior reiterativamente, sin simunistro de consignas previas para la movilización activa de los mismos. Dejo estable, con barandas de seguridad elevadas.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JENNIFER RIASCOS SUAREZ, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1151959063, CC 1151959063

Nota aclaratoria

Fecha: 01/02/2024 15:43

pendiente por cargar sesiones.

Firmado por: JENNIFER RIASCOS SUAREZ, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1151959063, CC 1151959063

Fecha: 01/02/2024 10:37 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - NEUROTRAUMA

NOTAS MÉDICAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 1er año Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

- Meropenem 2 gr iv cada 8 horas FI 28/01/24
- Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas FI 28/01/24

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
Cabeza

EXAMEN FÍSICO:
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
VMI-IOT
Dexmedetomedina
Glasgow 11/15
sigue órdenes consistentemente
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Glucometría: 142-132-144 mg/dl
ESTUDIOS PREVIOS:
Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2
ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
28. 01. 2024 RX TÓRAX: sin reporte

NOTAS MÉDICAS

Tac de craneo 24. 01. 2024
Se observa buena diferenciacion corticosubcortical, surcos presentes. con linea media centrada, con cisternas permeables, se observa pequeña hemorragia subaracnoidea parietal derecha, no otras lesionesintraaxiales u extraaxiales.
Tac de craneo simple 19/01/2024:
no areas de isquemia o hemorragia, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

Tac de columna cervical simple 19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis, canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)
PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:

30/01/2024
COPROCULTIVO 0378
Coproscopico:
consistencia: blanda, ph: 8, sangre oculta: positivo, azucares reductores: postiivo
levaduras:++
CLostridium: toxina a y b: NEGATIVO

29/01/2024:
CL: 101, BUN: 15. 8, K: 4. 7, NA: 134, CR: 0. 45
Hemograma: leucos 11420, n: 67. 7%, l: 18. 34%, ph: 7. 46, pco2: 41, 00
Gases arteriales: fio2: 24%, ph: 7. 46, pco2: 41, po2: 83, so2: 97. 3, hco3: 29. 2, ac lactico: 2. 2
uorucltivo: 0385
vancomicina : 7 niveles subterapeuticos
Hemocultivo 0282-0281-0280

28/01/2024
PANEL NEUMONIA (056) Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina).

27/01/24
BUN 11. 4 K 4. 3 Na 136 Cr 0. 42 Leucos 12110 Neu 8730 Linfos 2160 Hcto 28. 5 Hb 8. 8 VCM 97. 5 HCM 30. 2 Plaquetas 213000 PCR 283. 6
Gases arteriales pH 7. 43 PCO2 34 cHCO3 22. 6 BE -15. 5

26/01/24
Cultivo secreción Traqueal pendient

25/01/24
Coloración Gram Secreción Traqueal
Leucocitos ++++ Cocos gram positivos agrupados ++
HbA1c 6. 77%
Procalcitonina 0. 41 PCR 307. 4
Leucos 13140 Neu 10280 Linfos 1930 Hb 8. 6 Hcto 28 VCM 96. 4 HCM 29. 6 Plaquetas 172000

24/01/24
Cl 108 K 3. 9 Na 135
Leucos 13540 Neu 11540 Linfos 1350 Hcto 28 Hb 8. 7 VCM 95. 8 HCM 29. 6 Plaquetas 153000
Gases arteriales pH 7. 41 PCO2 35 cCHO3 22. 2 BE -2. 1

23/01/2024:
CAi: pendiente, mg: 2. 8, bun: 12, k: 3. 9, na: 137, cr:0. 1, hemograma: leucos 8960, n: 80. 3%, l: 15%, hb: 8. 7, hto: 27. 8% ptas: 120000, ac lactico: 1. 1
Objetivo: ***Hemograma***
leucos: 10160, n: 81. 1%, l: 13. 2%, hb: 9. 1, hto: 29%, ptas: 119000. mg: 1. 8, k:3. 5

21/01/2024: cl: 113, bun: 13, k:3. 6, na: 136, cr: 0. 4
Gaes Arteriales: poc2:7. 37, po2:99, hco3: 19. 7

20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46

NOTAS MÉDICAS

Hemograma: Leu: 6. 670, Neu: 4. 970, Lin:1. 220, Hb:9. 9, HTO: 31. 8, PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90

CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1. 60, NITROGENO UREICO(BUN): 13. 8, POTASIO: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70

ANÁLISIS:
Gloria, 55 años, politrauma por accidente de tránsito, con TCE severo que requirio VMI-IOT con neuroimagen de ingreso que no evidencia hallazgo de lesiones estructurales. al inghreso hemodinamicamente estable sin posturas anormales. Se determina posibilidad de LAD vs Estatus no motor, se solicito Angiotac de craneo contrastado ante halalgzos inicial de anisocoria (oi; 2mm, od:3 mm) que descarta la presencia de lesiones vasculares. sigue órdenes parcialmente, reflejos de tall presentes, sin idnciacion actual de manejo quriurgico, ni posicionamiento de monitoria de pic, ha tenido monitoria no invasiva con vaina del nervio optico normal.

se realizo rnm, identificandose signos compatibles con lesion axonal difusa grado II, con hematoma subdural lamelar interhemisferico, hallazgos sin indicaicon de neurointervencion

Actualmente cursando con proceso séptico de origen pulmonar, continua con cubrimiento atb (meropenem + vancomicina), con panel de neumonía con múltiples gérmenes, no alteración en los índices de O2. atentos a reportede cultivos De momento no requiere otros ajustes en el plan de manejo medico. atentos a lograr extuibacion/vs tot, y posteriormenmte continuidad de rehabilitacion integral.

PLAN:
manejo en uci
ventilacion mecanica
sedoanalgesia para rass 0
cabecera a 30 grados
levetiracetam 1g iv c/12h
omeprazol 40mg iv c/24h
acetaminofen 1g iv c/8h
hoja neurologica horario

*METAS TCE SEVERO:
PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg
Hb 7 gr/dl - Hto 21%
Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl
Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36
Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS

NOTAS MÉDICAS

Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CARLOS ALBERTO HERNANDEZ CABALLERO, NEUROTRAUMA, Registro 2367-97, CC 16648969

Fecha: 01/02/2024 11:05 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente con soporte de o2 dado por vm por medio de tot
-Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 9/15.
-Con barandas arriba, -En supino.
Objetivo: PATRON C: deficeincia en el desempeño musucular paciente con funcionalidad segun con FIM inicial de 18, Sin presencia de edema en miembros inferiores o superiores, piel integra, Sin presencia de dolor a la palpacion, sin presencia de escaras
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en semifowler y realizo: -Cineciterapia pasiva de miembros superioers y miembros inferiores 2 series de 10 repeticiones.
-Estiramientos de tren inferiores 2 repeticiones de 30 segundos.
-Movilidad escapular y patelar bilateralmente, Liberacion miofascial sobre isquiotibilaes bilateralmente,
-Descargas de peso en cadera y tobillo de manera intermiente bilateralmente 3 repeticiones de 30 segundos.
Se finaliza sesion sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 01/02/2024 12:48 - Ubicación: UCI4
Procedimientos - CIRUGIA GASTRO ONCOLOGICA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

Consentimiento informado: Lo tiene

Diagnósticos activos después de la nota T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Diagnóstico principal - S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS (Previo, Posterior, Primario), R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

Procedimientos después de la nota: 441302 - 441302 Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con o sin biopsia.

Descripción del procedimiento: ENDOSCOPIA DIGESTIVA
SE EXPLICA A ACUDIENTE Y PACIENTE LOS RIESGOS INHERENTES AL PROCEDIMIENTO TALES COMO SANGRADO, PERFORACION. NECESIDAD DE CIRUGIA, PUEDE SER LETAL
TRASTORNO DE DEGLUCION.
ESÓFAGO:
MUCOSA,. CARDIAS PERMEABLE. LINEA Z 36CM
ESTOMAGO:
LAGO GASTRICO CLARO, ANTRO CON ERITEMA CUERPO,. FONDO Y CARDIAS SIN LESION, NO SE LOGRA UNA ADECUADA TRASILUMINACION, POR LO TANTO ES SEGURO REALIZAR LA GASTROSTOMIA PERCUTANEA.
DUODENO
1 Y 2 PORCION NORMAL
DIAGNÓSTICO:

VER DESCRIPSION
NOSE PUEDE PASAR LA SONDA.

Firmado por: JOSE OMAR ZORRILLA LARA, CIRUGIA GASTRO ONCOLOGICA, Registro 5869-92, CC 16451468

Fecha: 01/02/2024 13:06 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: : paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: continua Paciente con via aérea artifical dada por TOT 7. 5#. fijo a, conectado a ventilación mecánica con los sgtes parámetros:

NOTAS MÉDICAS

MODO CPAP PEEP 4 PS 6 realiza volumenes 553 fr 17 responde adecuadamente a moso espaonteno
GLASGOW 7/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica. Patron respiratorio toracoabdominal. A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.

al momento sin complicaciones respiratorias
Signos de dificultad respiratoria: n otiene
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo terapeutico:
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de complicaciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TOT por sonda cerrada, obteniendo secreciones mucoblanquecinas
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina escasa
Verficiacion de presión de neumotaponador 25

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 01/02/2024 14:07 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio),

NOTAS MÉDICAS

Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: formulacion

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JIMENA CHAVES ISAACS, MEDICINA GENERAL, Registro 1144082666, CC 1144082666

Fecha: 01/02/2024 14:35 - Ubicación: UCI4
Terapias - FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Rehabilitación Pulmonar
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS

ANAMNESIS
Subjetivo: Seguimeinto por rehabuilitacion pulmonar
Objetivo: Paciente en cama conocido por rehabilitacion pulmonar, traslado de la uci quirugica sin sedacion con probre respuesta neurologica hemodinamicamente sin soporte, en ventilacion mecanica parametros basales en modo ac fr 12/18 vt 420/350 fio2 30% peep 6 tolerando destete por periodos en modos espontaneos, acoplado al ventilador sin asistencial, osteomuscular arcos de movilidad funcionales, fuerza no valorable tegumentario traqueostomia fen con balon funcional con epp. en espera de traqueostomia programada
Expectativas con la terapia: destete de ventilacion mecanica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 126/70, Presión arterial media(mmhg): 88
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 94 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Estado de conciencia: Paciente con déficit cognitivo/Motor

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :igual manejo

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: paciente tolerando destete con peridoso de respiracion espontanea en modo ps 8 vt5 496 fio2 30% peep 6 sin fatiga muscular respiratoria, tiene pendiente gastrostomia por lo que colocan sedacion y se regresa a modo controlado, en r}esopera de revalorar en dia de mañana, continuar seguimiento por rehabilitacion pulmonar, ingreso con epp, en espera de traqueostomia programada para iniciar desconexion de ventilador .

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: VIVIANA DE LA CRUZ ROSAS, FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION, Registro 38684128, CC 38684128

Fecha: 01/02/2024 15:31 - Ubicación: UCI4
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Motivo de consulta: Seguimiento por nutricion
Enfermedad actual: 1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
6. Lesión Axonal difusa grado II

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Sistema neurológico:.

.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: No adecuado Aporte calórico: No adecuado

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :31. 01. 2024
CL 102 NORMAL, BUN 20. 5 ELEVADO, K 4. 4 NORMAL, NA 135 HIPONATREMIA LEVE, CREAT 0. 48 NORMAL, LEU 9. 38 NORMAL, NEU 63. 8 NNORMLA, LINF 21. 2 NORMAL, HB 10. 3 ANEMIA SEVERA, PQT 257 NORMAL

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

Requerimientos Nutricionales
Requerimientos nutricionales: Si Tipo de nutrición: Enteral

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: Paciente femenino de 55 años en seguimiento por nutricion, paciente en cama, somonlienta, recibiendo oxigeno por medio de ventilacion mecanica. Paciente con diagnosticos anotados en historia clinica. Paraclinicos 31. 01. 2024 funcion renal conservada, hemograma que indica anemia severa. Paciente recibiendo nutricion enteral con glucerna 1. 5 LPC, reporte deposiciones diarreicas (cuenta con antidiarreico formulado), hoy con procedimiento de gastrostomia, por lo que se indica reiniciar nutricion con aumentos progresivos
Plan de manejo: ----------

-Nutricion enteral con glucerna 1. 5 LPC x 1000 ml en infusion continua, iniciar a 10 cc/h e ir aumentando 10 cc cada 6 horas hasta llegar a meta de 46 cc/h
-Vigilar tolerancia a la nutricion enteral
-Irrigar sonda con 40 ml cada 4 horas
-Seguimiento por nutricion

Se realiza orden por 24 horas (reformulación diaria a cargo de personal asistencial), no requiere mipres dado a resolucion 2366
Observaciones: Se atiende paciente con todos los EPP.

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: NICOLAS DELGADO SANCHEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1113695963, CC 1113695963

Fecha: 01/02/2024 20:52 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - CIRUGIA CARDIOVAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN UCI 4

MD Especialista: Dr Lizcano
MD Asistencial: Dra Escobar

GLORIA SIABATO GIL
55 Años
Objetivo: ver examen fisico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 7/15

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : DIAGNÓSTICOS
1. Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico, por politraumatismo secundario a accidente de tránsito
* TCE severo
* Lesión Axonal difusa grado II
2. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
3. Trauma Facial
* Trauma contuso ocular derecho
* Hemoseno frontal y maxilar derecho
4. Trauma cerrado de tórax.
* Contusión pulmonar izquierda
5. HTA por HC
6. DM tipo 2 de novo
7. Sepsis de origen a definir
* Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática

6. DM tipo 2 de novo
7. Sepsis de origen a definir
* Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática

PROBLEMAS
Estado neurológico incierto
Lesión axonal difusa
Oliguria

ESCALAS
- APACHE II: 4 Puntos
- SOFA I: 6 Puntos.
- SOFA II: 6 Puntos.
- SOFA III: 6 Puntos.
- Escala de suicidio: No valorable
Cabeza
Cuero cabelludo : Normal
Cráneo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, bajo VMI, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar. Afebril en 12 horas, sin sangrados externos.

SIGNOS VITALES

NOTAS MÉDICAS

TA: 134/74 mmhg
TAM: 94 mmhg
FC: 79 lpm
Temp. 36. 9 °C
Peso aprox: 90 kg
Cara
Ojos : Normal
Nariz : Normal
Boca : Normal
Oídos : Normal
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.
Pulmones : Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP peep 4, FiO2 24% FR:19 rpm, Vol 485, SO2: 96%
IOT: 19/01/24
Mamas : Normal
Abdomen
Abdomen : Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 29/01/24 #1 deposición.

METABÓLICO: NET 20cc/hora
Glucometría: 134-151 mg/dl
Genitales
Genitales femeninos : Diuresis por sonda vesical GU: 0. 3 cc/kg/h en 12 horas
Balance dia: - 330 ml.
Tacto vaginal : Normal
Pelvis
Pelvis : Normal
Tacto rectal : Normal
Tronco
Columna : Normal
Extremidades superiores : Normal
Extremidades inferiores : Normal
Piel y anexos
Piel y anexos : Normal
Neurológico
Neurológico : Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O2V1M4 glasgow 7/15
Estado mental
Estado mental : Normal
Extraoral
General : Normal
Cabeza : Normal
Piel : Normal
Cuello : Normal
Maxilares : Normal
Intraoral
Cavidad oral : Normal
Mandíbula : Normal
Dientes : Normal
Tejidos : ANÁLISIS
Paciente femenina de 55 años, con diagnóstico e HC descrita, en el momento:
Condición neurológica secuelar, con lesión axonal difusa documentada por RNM, glasgow 7/15, sin aparente deterioro agudo.
Hemodinámicamente estable, sin requerir vasopresor, TAM en meas, sin signos de bajo gasto.
Bajo VMI, acoplada, sincrónica, so2 estable, buen patrón ventilatorio, tolerando modos espontáneos, en proceso de tqt.
Tolerando NET, estaba diferida por gastrostomía programada, pero no se realizó por edema de pared, por lo que se reprogramará, dentro de 8 días. Buen control metabólico.
Diuresis con tendencia a la oliguria, por lo que se indica paso de bolo de cristaloides, y continuar vigilancia. Azoados disociados pero sin requerimiento de TRR, sin trastornos electrolíticos.
Prótesis : Afebril, modulando sirs, sin leucocitosis ni neutrofilia, continua con antibioticoterapia dirigida hasta mañana, con hemocultivos del 29/01/24, preliminares negativos.

NOTAS MÉDICAS

Hb estable, sin trastornos plaquetarios.
Paciente con soporte ventilatorio invasivo, requiere monitoria UCI por dicha necesidad, en plan de tqt y gastrostomía, para definir posiblemente homecare.
Paladar : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos en plan de destete.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 47cc/hora

MEDICAMENTOS
- Tapon Venoso
- Bolo de lev 300 cc
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
-Meropenem 2 gr iv cada 8 horas - FI: 28/01/24 FF: 02/02/24
-Vancomicina 1. 5 gr iv cada 12 horas - FI: 28/01/24 FF: 02/02/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 preprandiales
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 8 horas
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas
Oclusión : SE SOLICITA
Paraclínicos de control

EN PROCESO
Reporte de coprocultivo (30/01/24)
Reporte final Hemocultivos 1. 2 y CVC (29/01/24)
TQT temprana por cx general + soporte de sedación (Consentimientos ya firmados) Pendiente programar
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación - (presentó edema de pared, en 8 días intentar nuevamente)
Reporte de Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía (31/01/24)
Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

NOTAS MÉDICAS

Análisis: descrito arriba

Plan de manejo: descrito arriba

Justificación de permanencia en el servicio: VMI
Monitoria neurológica continua

Firmado por: CARLOS ALBERTO LIZCANO BALBUENA, CIRUGIA CARDIOVAS, Registro 68523/97, CC 91265248

Fecha: 01/02/2024 20:55 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 9/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 13 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS:6, VC:485, FR:19, FIO2:24, PEEP:4, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 115/70, Presión arterial media(mmhg): 85
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 75 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Medicion del neumotaponador
Cambio de posicion del TOT
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad, paciente hipersecrectora
Materiales

NOTAS MÉDICAS

Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 01/02/2024 22:05 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Alto	20.0	mg/dL	7-17

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 01/02/2024 22:05 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.40	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 01/02/2024 22:05 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	135.00	mmol/L	137-145

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 01/02/2024 22:05 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.50	mg/dL	0,52-1,04

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 01/02/2024 22:26 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	11.26	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Normal	63.5	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Normal	23.3	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Normal	4.8	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	5.7	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.20	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.1	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	2.50	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	7.16	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	2.62	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.54	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Alto	0.64	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.02	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.28	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.67	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Normal	35.4	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	10.8	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	96.4	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	29.40	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	30.5	g/dL	32,2-35,5

NOTAS MÉDICAS

2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.70	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Bajo	126	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	11.90	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	17	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: SHIRLEY TABARES TREJOS, BACTERIOLOGO, Registro 1144079817, CC 1144079817

Fecha: 02/02/2024 00:04 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	24.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.5	--	--
1302	pH	Normal	7.450	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Normal	36.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Normal	84.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	5.8	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	17.0	%	37-47
1307	SO2	Normal	97.2	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.460	--	--
1309	PCO2t	Normal	35.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	81.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Normal	25.0	mmol/L	21-28
1312	BE	Normal	0.9	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	1.0	mmol/L	--
1314	ctCO2	Alto	26.1	mmol/L	19-24

NOTAS MÉDICAS

1315	FO2Hb	Normal	95.6	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.6	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.1	%	--
1318	FHHb	Normal	2.8	%	--

Firmado por: DANIELA ROMO CRUZ, BACTERIOLOGO, Registro 1113693434, CC 1113693434

Fecha: 02/02/2024 05:26 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 9/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 en el dia 13 de la ventilacion mecanica, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, acoplado a la ventilacion mecanica, modo CPAP PS:6, VC:485, FR:19, FIO2:24, PEEP:4, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales PH:7. 46, PC02:37, PO2:81, HCO3:26. 1, BE:1. 0, PAFI:337
Signos de dificultad respiratoria: NO APLICA
Patrón respiratorio: NO APLICA
Expectativas con la terapia: NO APLICA

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 115/75, Presión arterial media(mmhg): 88
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 88 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Medicion del neumotaponador
Cambio de posicion del TOT
Higiene bronquial con tecnica de succion cerrada, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad, paciente hipersecrectora

NOTAS MÉDICAS

Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 02/02/2024 08:36 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

COPROCULTIVO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	MATERIA FECAL	--	--
9012061	COPROCULTIVO	Normal	INFORME FINAL CULTIVO NEGATIVO PARA Salmonella Shiguella, Aeromonas y Plesiomonas, SE CULTIVO MICROBIOTA NORMAL.	--	--
7002	PRELIMINAR	Normal	-	--	--

Firmado por: KATHERINE CABRERA VILLEGAS, BACTERIOLOGO, Registro 1143850230, CC 1143850230

Fecha: 02/02/2024 08:54 - Ubicación: UCI4
Terapias - FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Rehabilitación Pulmonar
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Seguimiento por rehabilitacion pulmonar
Objetivo: Paciente en cama conocido por rehabilitacion pulmonar, traslado de la uci quirugica sin sedacion con probre respuesta neurologica hemodinamicamente sin soporte, en ventilacion mecanica parametros basales en modo ac fr 12/18 vt 420/350 fio2 30% peep 6 tolerando destete por periodos en modos espontaneos, acoplado al ventilador sin asistencial, osteomuscular arcos de movilidad funcionales, fuerza no valorable tegumentario traqueostomia fen con balon funcional con epp. en espera de traqueostomia programada
Expectativas con la terapia: igual

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 147/80, Presión arterial media(mmhg): 102
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 88 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 14
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Estado de conciencia: Paciente con déficit cognitivo/Motor

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :igual

PLAN DE TRATAMIENTO

NOTAS MÉDICAS

Intervención: paciente en espera de traqueostomia programada para iniciar desconexion de ventilacioon mecanica, esta tolerando respirancion espontanea en modos con Ps durante el dia, neurologicamente en iguales condiciones, continuar con periodos de trabajo en modos espontaneos para facilitar desconexion una vez tenga traqueostomia, continuar seguimento por rehabilitacion pulmonar. ingrso con epp.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: VIVIANA DE LA CRUZ ROSAS, FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION, Registro 38684128, CC 38684128

Fecha: 02/02/2024 08:57 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICINA DE URGENCIAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: SE ABRE FOLIO PARA SOLICITAR PARACLINICOS, NUTRICION, VALORAICON GRUPO PICC
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CATALINA GUERRERO NILO, MEDICINA DE URGENCIAS, Registro 452727, CC 452727

Fecha: 02/02/2024 09:27 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICINA DE URGENCIAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

NOTAS MÉDICAS

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : *EVOLUCIÓN UCI 4**

MD. Especialista: Dr. Catalina Guerrero
MD. Asistencial: Dra. Andrea Diaz

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico, por politraumatismo secundario a accidente de tránsito
* TCE severo
* Lesión Axonal difusa grado II
2. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
3. Trauma Facial
* Trauma contuso ocular derecho
* Hemoseno frontal y maxilar derecho
4. Trauma cerrado de tórax.
* Contusión pulmonar izquierda
5. HTA por HC
6. DM tipo 2 de novo
7. Sepsis de origen a definir
*Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática

PROBLEMAS
Estado neurológico incierto
Lesión axonal difusa

ESCALAS
- APACHE II: 4 Puntos
- SOFA I: 6 Puntos.
- SOFA II: 6 Puntos.
- SOFA III: 6 Puntos.
- Escala de suicidio: No val
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, bajo VMI, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar

SIGNOS VITALES
TA: 131/71 mmhg
TAM: 91 mmhg
FC: 71 lpm
Temp. 36. 3°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP peep 4, FiO2 24%
FR:15 rpm, Vol 512, SO2: 95%
IOT: 19/01/24

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 29/01/24 #1 deposición.

NOTAS MÉDICAS

METABÓLICO: NET 20cc/hora
Glucometría: 134-151, 174 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 0. 5cc/kg/h en 24 horas
Balance dia: - 32 ml.
Cráneo : HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades. Dorso de pie derecho son signos de flebitis. eritema, calor local.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O2V1M4 glasgow 7/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea

//
CULTIVOS
30/01/24 - Ag y Toxina para clostridium: Negativos

29/01/24 - Hemocultivos #2 periféricos: Negativos a las 24 horas (preliminares)
Barrio de picc - Negativo a las 48 horas (preliminares)
Urocultivo: Negativo
Cara
Ojos : ANÁLISIS : Paciente 55 años con antecedente de HTA, ingresa en contexto de Politraumatismo por accidente de tránsito. Se documentó TCE severo con trauma facial, trauma ocular derecho y hemoseno frontal y maxilar derecho, ahora con secuelas neurológicas severa, glasgow 7/15, con lesión axonal difusa grado II documentada por RMN, sin aparente déficit agudo, se encuentra en manejo con levetiracetam, en seguimiento por neurocirugia, en plan de TOT y gastrostomía y en espera de realización de videotelemetria. Adicionalmente cursa con Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática en manejo con antibiótico meropenem y vancomicina.
A nivel cardiovascular; se encuentra hemodinámicamente estable, sin requerir vasopresor, TAM y fc en metas, sin signos de bajo gasto, ni eventos cardiovasculares.
Nariz :. Continua con VMI, acoplada, con adecuada mecánica ventilatoria y oximentrias en meta. Gases arteriales en equilibrio ácido base sin trastorno de oxigenación. Hoy valorada por cx general quien informa que el dia de mañana se realizara procedimiento quirúrgico de TOT e indica reserva de 2 unidades de glóbulos rojos y valoración por pre-anestésica.
. Metabólicamente compensada, Tolerando NET,. Paciente con diagnostico de DM tipo 2 de novo, ahora con glucometrías estables no en rango critico, continua igual esquema de insulinas instaurado. Paciente con indicación de gastrostomía la cual estaba programa para el dia de ayer sin embargo procedimiento fue diferido por que paciente presenta edema de pared abdominal se revalora en 8 días para programación de procedimiento.
Boca :. A nivel renal; Paciente quien el dia de ayer presentó disminución del gasto urinario por lo cual se dio manejo con bolo de LEV con adecuada respuesta, ahora diurese positiva, sin alteración de la función renal y sin trastorno hidroelectrolítico. Se deja LEV a 70cc/hora.
. Permanece febril, modulando sirs, sin leucocitosis ni neutrofilia, al examen físico se observa en punto se inserción de picc eritema, costra y en dorso de pie derecho signos de flebitis, ante esto se comenta con infectología quien considera continuar con vancomicina por 2 días mans hasta 04/02/24 y hoy completar ultima dosis de meropenem. Cuenta con hemocultivos del 29/01/24 y barrido de picc preliminares negativos. se solicita valoracion por grupo picc.
Cursa con con anemia y trombocitopenia leve, sin sangrado activo, por ahora sin criterios de transfusión de hemoderivados
Oídos : Paciente en regulares condiciones generales, con secuelas neurológica severa, con VMI prologada en plan de TOT y gastrostomía, quien por su condición requiere alto cuidados de personal de enfermería, terapia respiratoria y física, alto riesgo de complicaciones se continua vigilancia estricta en uci. Familiares enterados de condición actual.
Tórax
Tórax : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos en plan de destete.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 47cc/hora diferi a 00+00

MEDICAMENTOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

- Hartman bolo de 300 cc y continua a 70 cc/hora
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
-Meropenem 2 gr iv cada 8 horas - FI: 28/01/24 FF: 02/02/24 termina hoy
-Vancomicina 1. 5 gr iv cada 12 horas - FI: 28/01/24 FF: 04/02/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 preprandiales
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 8 horas
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas
- Sulfato de magnesio para medios físico cada 8 horas en dorso de pie derecho
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas incia mañana despues de procedimiento
Corazón : SE SOLICITA
Paraclínicos de control
Valoración grupo picc : se observa en punto se inserción de picc eritema, costra y dorso de pie signos de flebitis vigilancia
Niveles de vancomicina
Reserva 2 unidades de glóbulos rojos
valoración por anestesio

EN PROCESO
Reporte de coprocultivo (30/01/24)
Reporte final Hemocultivos 1. 2 y CVC (29/01/24)
. TQT temprana por cx general + soporte de sedación (Consentimientos ya firmados) 03/02/24
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación - (presentó edema de pared, en 8 días intentar nuevamente)
Reporte de Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía (31/01/24)
Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CATALINA GUERRERO NILO, MEDICINA DE URGENCIAS, Registro 452727, CC 452727

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 02/02/2024 09:45 - Ubicación: UCI4
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Motivo de consulta: Seguimiento por nutricion
Enfermedad actual: 1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
6. Lesión Axonal difusa grado II

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Sistema neurológico:.

.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: No adecuado Aporte calórico: No adecuado

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :02. 02. 2024
PH 7. 45, PCO2 36 PO2 84 CHCO3 25 EQUILIBRIO ACIDO BASE
01. 02. 2024
BUN 20 NORMAL, K 4. 4 NORMAL, NA 135 HIPONATREMIA LEVE, CREAT 0. 5 NORMAL, LEU 11. 26 LEUCOCITOSIS, NEU 63. 5 NORMAL, LINF 23. 3 NORMAL, HB 10. 8 ANEMIA MODERADA, PQT 126 TROMBOCITOPENIA

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

Requerimientos Nutricionales
Requerimientos nutricionales: Si Tipo de nutrición: Enteral

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: Paciente femenino de 55 años en seguimiento por nutricion, paciente en cama, bajo sedoanalgesia, recibiendo oxigeno por medio de ventilacion mecanica invasiva. Paciente con diagnosticos anotados en historia clinica. Paraclinicos 02. 02. 2024 gases arteriales que indican equilibrio acido base, 01. 02. 2024 funcion renal conservada, azoados estables, hemograma que indica leucocitosis, hemograma que indica anemia moderada, trombocitopenia. Paciente recibiendo nutricion enteral con glucerna 1. 5 LPC x 1000 ml en infusion continua,

NOTAS MÉDICAS

sin reportes de diarrea, emesis, distension abdominal u otra intolerancias relacionada con la nutricion enteral
Plan de manejo: ----------

-Nutricion enteral con glucerna 1. 5 LPC x 1000 ml en infusion continua meta de 46 cc/h
-Vigilar tolerancia a la nutricion enteral
-Irrigar sonda con 40 ml cada 4 horas
-Seguimiento por nutricion

(reformulación diaria a cargo de personal medico asistencial), no requiere mipres dado a resolucion 2366
Observaciones: Se atiende paciente con todos los EPP.

Firmado por: NICOLAS DELGADO SANCHEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1113695963, CC 1113695963

Fecha: 02/02/2024 09:50 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad con los siguientes diagnsoticos:
1. Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico, por politraumatismo secundario a accidente de tránsito
* TCE severo
* Lesión Axonal difusa grado II
2. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
3. Trauma Facial
* Trauma contuso ocular derecho
* Hemoseno frontal y maxilar derecho
4. Trauma cerrado de tórax.
* Contusión pulmonar izquierda
5. HTA por HC
6. DM tipo 2 de novo
7. Sepsis de origen a definir
* Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
En el momento Hemodinámicamente estable, sin requerir vasopresor, TAM en meas, sin signos de bajo gasto, Condición neurológica secuelar, con lesión axonal difusa documentada por RNM, glasgow 7/15, sin aparente deterioro agudo, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 14), en modo CPAP peep 4, FiO2 24% FR:19 rpm, Vol 485, Se realiza atención siguiendo protocolo institucional y empleando bioseguridad reglamentada por el Ministerio Nacional de Salud y Protección Social.

Corazón : Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.
Pulmones : Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP peep 4, FiO2 24% FR:19 rpm, Vol 485, SO2: 96%
IOT: 19/01/24
Mamas : Normal
Abdomen : Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 29/01/24 #1 deposición.
METABÓLICO: NET 20cc/hora
Glucometría: 134-151 mg/dl
Genitales femeninos : Diuresis por sonda vesical GU: 0. 3 cc/kg/h en 12 horas
Balance dia: - 330 ml.
Tacto vaginal : Normal
Pelvis : Normal
Tacto rectal : Normal
Columna : Normal
Extremidades superiores : Normal
Extremidades inferiores : Normal
Piel y anexos : Normal
Neurológico : Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O2V1M4 glasgow 7/15

NOTAS MÉDICAS

Objetivo: A la auscultación se encuentra murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados
Signos de dificultad respiratoria: No presenta
Patrón respiratorio: Toracoabdominal
Expectativas con la terapia: No aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 116/89, Presión arterial media(mmhg): 98
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 89
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventilador

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :
Dominio cardiovascular y pulmonar
PATRON C Alteraciones de la ventilación, respiración/ intercambio gaseoso y la capacidad aeróbica/ resistencia asociado con la permeabilidad de la vía aérea

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se realiza
Posicionamiento en cama
Monitoreo respiratorio
Tecnicas de higiene bronquial AFE LENTO
Por medio de ssc realizo higiene por TOT obteniendo moderada cantidad de secreciones muco purulenatas, con sonda de regulador # 14 realizo higiene orofaringea obteniendo abundante cantidad de secreciones mucoides
Medicion de neumotaponador
Cuidados de la piel
Dejo barandas de seguridad elevadas para evitar caidas
Insumos 1 par de guantes, cloruro, gasas, sonda y jeringa

Plan de manejo, objetivo de tratamiento
Mejorar ventilacion y oxigenacion

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: LINA MARCELA SINISTERRA SANTANA, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144055438, CC 1144055438

Fecha: 02/02/2024 11:31 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 7/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 14)
Objetivo: A la observacion: Extremidades simetricas y moviles, arcos de movilidad articulares funcionales para la edad, piel reseca, sin edema, obesa
Fuerza muscular generalizada 3/5MRC, control de tronco, retracciones musculares importantes en cintura pelvica
Sensibilidad superficial, propiocepcion, equilibrio y coordinacion no evaluables
No realiza marcha dinamica en el momento
Dependencia severa para realizar sus AVD y ABC
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 150/78, Presión arterial media(mmhg): 102
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 92 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 12
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis Terapéutico :Dominio mculoesqueletico: PATRON B, C

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Prevenir sindrome de debilidad muscular adqurido en UCI

Se realiza:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Movilidad articular pasiva generalizada 1S/10R
-Descargas de peso en tren inferior
-Ejercicios de bombeo circulatorio en las 4 extremidades 3S/15R
-Estiramientos sostenidos de los grandes grupos musculares por 20seg C/U

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 02/02/2024 12:00 - Ubicación: UCI4
Terapias - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Ocupacional Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente estable, no alerta, con soporte de oxígeno mediante ventilación mecánica invasiva. Se atendió de acuerdo al protocolo institucional para la prevención de contagio por Covid 19.
Objetivo: No aplica.
Expectativas con la terapia: Sin cambios.

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se desarrolló sesión orientada a estimular estado de alerta, se suminstraron estímulos propioceptivos y de temperatura - frio, aplicados en estructuras con mayor presencia de receptores sensoriales, evidenciándose incremento de movilización activa de miembros superiores e inferiores, bi ejecutó apertura ocular. Dejo estable, con barandas de seguridad elevadas.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JENNIFER RIASCOS SUAREZ, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1151959063, CC 1151959063

Nota aclaratoria

Fecha: 02/02/2024 13:05

Pendiente por cargar sesiones.

Firmado por: JENNIFER RIASCOS SUAREZ, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1151959063, CC 1151959063

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 02/02/2024 14:03 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - NEUROTRAUMA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 1er año Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

- Piperacilina/Tazobactam 4. 5 gr IV cada 6 horas - FI: 26/01/24 FF 01/02/24

DIAGNÓSTICOS
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
Cabeza

EXAMEN FÍSICO:
#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
VMI-IOT
sin sedoanalgesia
glasgow 10/15
sigue órdenes consistentemente
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Glucometría: 142-132-144 mg/dl
ESTUDIOS PREVIOS:
Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2

NOTAS MÉDICAS

ESTUDIOS DE IMAGEN DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
28. 01. 2024 RX TÓRAX: sin reporte
Tac de craneo 24. 01. 2024
Se observa buena diferenciacion corticosubcortical, surcos presentes. con linea media centrada, con cisternas permeables, se observa pequeña hemorragia subaracnoidea parietal derecha, no otras lesionesintraaxiales u extraaxiales.
Tac de craneo simple 19/01/2024:
no areas de isquemia o hemorragia, no desviacion de la linea media, sistema ventricular no dilatado, cisternas d ela base y cuarto ventriculo permeables, no lesiones en fosa posterior, presencia de surcos en la convejidad, no observo trazos de fractura en la ventana osea (pendioente lectura oficial)

Tac de columna cervical simple 19/01/2024 : cuerpos vertebrales isn trazos d efracturam espacios intervertebrales conservados, no lisitesis, canbios osteoartosicos, apofisi odontoides sin trazos de factura. (pendioente lectura oficial)
PARACLÍNICOS DE LA PRESENTE HOSPITALIZACIÓN:
01. 02. 2024 BUN 20 POTASIO4. 4 SODIO 135 CRE 0. 5 HEMOGRAMA LEU 11260 NEU 7160 LIN 2620 HB 10. 8 VCM 96. 4 PLA126. 000
GASES FIO2 24 PCO2 36 PH 7. 45 PO2 84 CHO3 25 BE 1
31. 01. 2024 GASES CLORO 102 BUN 20. 5 POTASIO4. 4 SODIO 135 CRE 0. 48 HEMOGRAMA LEU 9380 HB 10. 3 VCM 97
HEMATOCRITO 33. 4 PLA 257. 000 PROCALCITONINA 0. 18I nfeccion Sistemica (sepsis) es poco probable: <0. 500 ng/mL PCR 43. 79
GASES FIO2 24 PH 7. 44 PCO2 39 PO2 75 SO2 95. 1 CHO3 26. 5 BE 2. 3
30/01/2024
COPROCULTIVO 0378:NEGATIVO
Coproscopico:
consistencia: blanda, ph: 8, sangre oculta: positivo, azucares reductores: postiivo
levaduras:++
CLostridium: toxina a y b: NEGATIVO

29/01/2024:
CL: 101, BUN: 15. 8, K: 4. 7, NA: 134, CR: 0. 45
Hemograma: leucos 11420, n: 67. 7%, l: 18. 3%, hb:10. 4, ptas: 317000
Gases arteriales: fio2: 24%, ph: 7. 46, pco2: 41, po2: 83, so2: 97. 3, hco3: 29. 2, ac lactico: 2. 2
uorucltivo: 0385: NEGATIVO
vancomicina : 7 niveles subterapeuticos
Hemocultivo 0282-0281-0280 (NEGATIVOS A LAS 72 HRS)

28/01/2024
PANEL NEUMONIA (056) Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina).

27/01/24
BUN 11. 4 K 4. 3 Na 136 Cr 0. 42 Leucos 12110 Neu 8730 Linfos 2160 Hcto 28. 5 Hb 8. 8 VCM 97. 5 HCM 30. 2 Plaquetas 213000 PCR 283. 6
Gases arteriales pH 7. 43 PCO2 34 cHCO3 22. 6 BE -15. 5

26/01/24
Cultivo secreción Traqueal pendient

Objetivo: 25/01/24
Coloración Gram Secreción Traqueal
Leucocitos ++++ Cocos gram positivos agrupados ++
HbA1c 6. 77%
Procalcitonina 0. 41 PCR 307. 4
Leucos 13140 Neu 10280 Linfos 1930 Hb 8. 6 Hcto 28 VCM 96. 4 HCM 29. 6 Plaquetas 172000

24/01/24
Cl 108 K 3. 9 Na 135
Leucos 13540 Neu 11540 Linfos 1350 Hcto 28 Hb 8. 7 VCM 95. 8 HCM 29. 6 Plaquetas 153000
Gases arteriales pH 7. 41 PCO2 35 cCHO3 22. 2 BE -2. 1

23/01/2024:
CAi: pendiente, mg: 2. 8, bun: 12, k: 3. 9, na: 137, cr:0. 1, hemograma: leucos 8960, n: 80. 3%, l: 15%, hb: 8. 7, hto: 27. 8% ptas: 120000, ac lactico: 1. 1

Hemograma

NOTAS MÉDICAS

leucos: 10160, n: 81. 1%, l: 13. 2%, hb: 9. 1, hto: 29%, ptas: 119000. mg: 1. 8, k:3. 5

21/01/2024: cl: 113, bun: 13, k:3. 6, na: 136, cr: 0. 4
Gaes Arteriales: poc2:7. 37, po2:99, hco3: 19. 7

20/01/2024
NITROGENO UREICO(BUN): 16. 0, POTASIO: 3. 90, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 46
Hemograma: Leu: PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %1. 8, PLT: 162. 000

GASES ARTERIALES:
FIO2 28. 00 %, TEMPERATURA 36. 5, pH 7. 380 7. 35, PCO2 35. 0, PO2 83. 00, tHB 9. 9, Hct 29. 0, SO2 97. 5, pHt 7. 390, PCO2t 34. 0, PO2t 80. 0, cHCO3 20. 7, BE -3. 9, BE(ecf) -4. 4, ctCO2 21. 8, FO2Hb 95. 5, FCOHb 1. 2 %, FMetHb 0. 9, FHHb 2. 4 %, ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZAD: 0. 90

CLORO: 112. 00, FOSFORO: 3. 3, MAGNESIO: 1. 60, NITROGENO UREICO(BUN): 13. 8, POTASIO: 4. 00, SODIO: 139. 00, CREATININA: 0. 53
CALCIO: 1. 09

19/01/2024
UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, ASPECTO: CLARA, DENSIDAD 1. 000 19/01/2024 22:06 pH 7. 00, LEUCOCITOS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, PROTEINAS: NEGATIVO, GLUCOSA:NORMAL, CUERPOS CETONICOS: NEGATIVO, UROBILINOGENO: NORMAL, BILIRRUBINA: NEGATIVO, SANGRE 50 ery/uL
SEDIMENTO URINARIO: CELULAS PAVIMENTOSAS: 0-2XC, LEUCOCITOS: 0-2XC, ERITROCITOS: EUMORFOS 4-6XC, BACTERIAS: ESCASAS

DROGAS DE ABUSO: Negativo

PT: 12. 2, INR: 1. 054, PTT: 20. 70

ANÁLISIS:
Gloria, 55 años, politrauma por accidente de tránsito, con TCE severo que requirio VMI-IOT con neuroimagen de ingreso que no evidencia hallazgo de lesiones intra ni extraaxiales, al ingreso hemodinamicamente estable sin posturas anormales. Se determina posibilidad de LAD vs Estatus no motor, se solicito Angiotac de craneo contrastado ante halalgzos inicial de anisocoria (oi; 2mm, od:3 mm) que descarta la presencia de lesiones vasculares. Estamos atentos a reporte de electroencefalograma

Ahora pupilas isocosin indicacion ami, reflejos de tallo presentes, sin indicacion actual de manejo quriurgico, ni posicionamiento de monitoria de pic, ha tenido monitoria no invasiva con vaina del nervio optico dentro de parametros de normalidad

se realizo rnm, identificadoce signos compatibles con lesion axonal difusa grado II, con hematoma subdural lamelar interhemisferico, hallazgos sin indicaicon de neurointervencion

Actualmente cursando con proceso séptico de origen pulmonar, continua con cubrimiento atb PIPTAZO, con panel de neumonía con múltiples gérmenes, no alteración en los índices de O2. urocultivo y coprocultivo negativos, hemocultivos negativos al 3er dia. De momento no requiere otros ajustes en el plan de manejo medico. Ya solicitada tot y gastrostomia, atentos a tiempo quirurgico.

PLAN:
manejo en uci
ventilacion mecanica
sedoanalgesia para rass 0
cabecera a 30 grados
levetiracetam 1g iv c/12h
omeprazol 40mg iv c/24h
acetaminofen 1g iv c/8h
hoja neurologica horario

*METAS TCE SEVERO:
PaO2 90-100 mmHg
PaC2 35-40 mmHg
Hb 7 gr/dl - Hto 21%

NOTAS MÉDICAS

Sodio 135 - 150 mE1/L
Temperatura 35-38ºC
Glicemia < 180 mg/dl
Diuresis 1 cc/Kg/h
INR 1. 2 - TPT 36
Plaquetas 100. 000
PPC 40-50 mmHg

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CARLOS ALBERTO HERNANDEZ CABALLERO, NEUROTRAUMA, Registro 2367-97, CC 16648969

Fecha: 02/02/2024 15:57 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad con los siguientes diagnsoticos:
1. Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico, por politraumatismo secundario a accidente de tránsito
* TCE severo
* Lesión Axonal difusa grado II
2. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
3. Trauma Facial
* Trauma contuso ocular derecho
* Hemoseno frontal y maxilar derecho
4. Trauma cerrado de tórax.
* Contusión pulmonar izquierda
5. HTA por HC
6. DM tipo 2 de novo
7. Sepsis de origen a definir
* Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
En el momento Hemodinámicamente estable, sin requerir vasopresor, TAM en meas, sin signos de bajo gasto, Condición neurológica secuelar, con lesión axonal difusa documentada por RNM, glasgow 7/15, sin aparente deterioro agudo, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 14), en modo CPAP peep 4, FiO2 24% FR:19 rpm, Vol 485, Se realiza atención siguiendo protocolo

NOTAS MÉDICAS

institucional y empleando bioseguridad reglamentada por el Ministerio Nacional de Salud y Protección Social.

Corazón : Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.
Pulmones : Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP peep 4, FiO2 24% FR:19 rpm, Vol 485, SO2: 96%
IOT: 19/01/24
Mamas : Normal
Abdomen : Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 29/01/24 #1 deposición.
METABÓLICO: NET 20cc/hora
Glucometría: 134-151 mg/dl
Genitales femeninos : Diuresis por sonda vesical GU: 0. 3 cc/kg/h en 12 horas
Balance dia: - 330 ml.
Tacto vaginal : Normal
Pelvis : Normal
Tacto rectal : Normal
Columna : Normal
Extremidades superiores : Normal
Extremidades inferiores : Normal
Piel y anexos : Normal
Neurológico : Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O2V1M4 glasgow 7/15
Objetivo: A la auscultación se encuentra murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados
Signos de dificultad respiratoria: No presenta
Patrón respiratorio: Toracoabdominal
Expectativas con la terapia: No aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 112/85, Presión arterial media(mmhg): 94
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 74
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilador

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar
PATRON C Alteraciones de la ventilación, respiración/ intercambio gaseoso y la capacidad aeróbica/ resistencia asociado con la permeabilidad de la vía aérea

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se realiza
Posicionamiento en cama
Monitoreo respiratorio
Tecnicas de higiene bronquial AFE LENTO
Por medio de ssc realizo higiene por TOT obteniendo moderada cantidad de secreciones muco purulenatas, con sonda de regulador # 14 realizo higiene orofaringea obteniendo abundante cantidad de secreciones mucoides
Medicion de neumotaponador
Cuidados de la piel
Dejo barandas de seguridad elevadas para evitar caidas
Insumos 1 par de guantes, cloruro, gasas, sonda y jeringa

Plan de manejo, objetivo de tratamiento
Mejorar ventilacion y oxigenacion

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: LINA MARCELA SINISTERRA SANTANA, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144055438, CC 1144055438

Fecha: 02/02/2024 16:40 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

NOTAS MÉDICAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: SE ABRE FOLIO PARA REFORMULAR
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: BETTY ANDREA DIAZ MENESES, MEDICINA GENERAL, Registro 59805745, CC 59805745

Fecha: 02/02/2024 17:37 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Interconsultante - GRUPO PICC

Tipo de evolución: Evolución adicional
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: RESPUESTA A INTERCONSULTA.

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y

NOTAS MÉDICAS

SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente interconsultada al programa debido a que personal de servicio observo punto de inserción de cateter picc enrojecido. Paciente portadora de un cateter picc en miembro superior izquierdo con fecha de inserción del 23-01-2024.

Plan de manejo: Se hace presencia en el servicio, se valora paciente, se encuentra cateter picc en buenas condiciones, curación del dia de hoy con aposito de clorhexidina, sitio de inserción se observa en proceso normal de cicatrización, se expresa situación a medico y jefe de turno, paciente a quien igualmente se le tomo hemocultivos que en el momento van negativos a las 24 horas.

Se cierra IC, quedamos atentos a cambios.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: ANDRES CAMILO MARTINEZ VEGA, GRUPO PICC, Registro 1006166231, CC 1006166231

Fecha: 02/02/2024 21:32 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : *EVOLUCIÓN UCI 4**

MD. Especialista: Dr. Edwin Leon
MD. Asistencial: Dra. Jimena Chaves

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico, por politraumatismo secundario a accidente de tránsito
* TCE severo
* Lesión Axonal difusa grado II
2. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
3. Trauma Facial
* Trauma contuso ocular derecho
* Hemoseno frontal y maxilar derecho

NOTAS MÉDICAS

4. Trauma cerrado de tórax.
* Contusión pulmonar izquierda
5. HTA por HC
6. DM tipo 2 de novo
7. Sepsis de origen a definir
*Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática

PROBLEMAS
Estado neurológico incierto
Lesión axonal difusa
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, bajo VMI, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar

SIGNOS VITALES
TA: 115/67 mmhg
TAM: 82 mmhg
FC: 86 lpm
Temp. 36. 7°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP peep 4, FiO2 24%
FR:16 rpm, Vol 621, SO2: 96%
IOT: 19/01/24

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 02/02/24 #2 liquidas.

METABÓLICO: NET 46cc/hora
Glucometría: 180-198 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 0. 6cc/kg/h en 12 horas
Balance dia: + 1092 ml.

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 12 horas, sin sangrados externos.
Cráneo : EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades. Sitio de insercion picc Eritema, calor local.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O2V1M4 glasgow 7/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Cara
Ojos : analisis:
Paciente con diagnosticos descritos. Actualmente:
. Condición neurológica secuelar, glasgow 7/15, sin parente déficit agudo.
. Hemodinámicamente estable, sin requerir vasopresor, TAM en metas, sin bajo gasto.
. En vmi, acoplada, sincronico, saturación en normalidad.
PEndiente realizar traqueostomia el dia de mañana.
. Tolerando NET adecuadamente, con glucometrias en normalidad.
Pendiente programar gastrostomía
. Diuresis en normalidad, sin indicación de terapia dialítica.
. Afebril, modulando sirs, hoy finaliza meropenem, continua con vancomicina la cual finaliza el 04/02/24.
Hemocultivos preliminares negativos.
Con aparente cambios inflamatorios en sitio de inserción catéter picc, ya valorada por grupo picc quienes considera no cursa con flebitis.
. Sin sangrado activo.
Paciente con soporte ventilatorio invasivo, requiere monitoria UCI.
Nariz : PLAN DE MANEJO

NOTAS MÉDICAS

MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos en plan de destete.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 47cc/hora

MEDICAMENTOS
- Hartman a 70 cc/hora
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
-Vancomicina 1. 5 gr iv cada 12 horas - FI: 28/01/24 FF: 04/02/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 preprandiales
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 8 horas
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas
- Sulfato de magnesio para medios físico cada 8 horas en dorso de pie derecho
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas

SE SOLICITA
Paraclínicos de control
Niveles de vancomicina
Boca : EN PROCESO
Reporte de coprocultivo (30/01/24)
Reporte final Hemocultivos 1. 2 y CVC (29/01/24)
. TQT temprana por cx general + soporte de sedación (Consentimientos ya firmados) 03/02/24 a la 4pm
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación - (presentó edema de pared, en 8 días intentar nuevamente)
Reporte de Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía (31/01/24)
Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

NOTAS MÉDICAS

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: monitoria cada hora
soporte ventilatorio invasivo
altos requerimiento spor enfeemria y terapia respiratoria.

Firmado por: EDWIN JUAN LEON BARRETO, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 79978145, CC 79978145

Fecha: 02/02/2024 21:55 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: continua Paciente con via aérea artifical dada por TOT 7. 5#. fijo a, conectado a ventilación mecánica con los sgtes parámetros:
MODO CPAP PEEP 4 PS 6 realiza volumenes 488 fr 18 responde adecuadamente a moso espaonteno
GLASGOW 7/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica. Patron respiratorio toracoabdominal. A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: sin alteracion
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo terapeutico:
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de complicaciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TOT por sonda cerrada, obteniendo secreciones mucoides
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina moderada
Verficiacion de presión de neumotaponador 24

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

NOTAS MÉDICAS

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 02/02/2024 23:09 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	10.53	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Normal	61.0	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Normal	26.7	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	4.4	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	5.6	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.30	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	2.00	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	6.43	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	2.81	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.46	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Alto	0.59	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.03	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.21	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.04	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	29.2	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	9.3	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	96.0	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	30.40	pg	25,6-32,3

NOTAS MÉDICAS

2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.8	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.40	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Normal	335	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	10.70	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: ANDRES FELIPE CELIS CALLEJAS, BACTERIOLOGO, Registro 102425237, CC 1024525237

Fecha: 02/02/2024 23:17 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	24.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	36.3	--	--
1302	pH	Normal	7.420	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Normal	41.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Normal	87.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	9.9	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	29.0	%	37-47
1307	SO2	Normal	97.0	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.430	--	--
1309	PCO2t	Normal	40.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	83.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Normal	26.6	mmol/L	21-28
1312	BE	Normal	1.9	mmol/L	-2-3

NOTAS MÉDICAS

1313	BE(ecf)	Normal	2.1	mmol/L	--
1314	ctCO2	Alto	27.9	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	95.0	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.5	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.6	%	--
1318	FHHb	Normal	2.9	%	--

Firmado por: SHIRLEY TABARES TREJOS, BACTERIOLOGO, Registro 1144079817, CC 1144079817

Fecha: 03/02/2024 00:00 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	3.90	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 03/02/2024 00:00 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	136.00	mmol/L	137-145

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 03/02/2024 00:31 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

VANCOMICINA

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
905410	VANCOMICINA	Alto	16.89	µg/mL	5-10

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 03/02/2024 00:35 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	Normal	12.2	Seg	9,4-12,5

Firmado por: ANDRES FELIPE CELIS CALLEJAS, BACTERIOLOGO, Registro 102425237, CC 1024525237

Fecha: 03/02/2024 00:35 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
902049	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)	Normal	32.10	Seg	25,1-36,5

Firmado por: ANDRES FELIPE CELIS CALLEJAS, BACTERIOLOGO, Registro 102425237, CC 1024525237

Fecha: 03/02/2024 05:23 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: continua Paciente con via aérea artifical dada por TOT 7. 5#. fijo a, conectado a ventilación mecánica con los sgtes parámetros:
MODO CPAP PEEP 4 PS 6 realiza volumenes 488 fr 18 responde adecuadamente a modo espaonteno
GLASGOW 7/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica. Patron respiratorio toracoabdominal. A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: no tiene
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

NOTAS MÉDICAS

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo terapeutico:
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de complicaciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TOT por sonda cerrada, obteniendo secreciones mucoides
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina moderada
Verficiacion de presión de neumotaponador 24

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 03/02/2024 09:17 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION UCI 4 DIA
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : MD. Especialista: Dr. Puentes
MD. Asistencial: Dra. Russi

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico, por politraumatismo secundario a accidente de tránsito
* TCE severo
* Lesión Axonal difusa grado II
2. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
3. Trauma Facial
* Trauma contuso ocular derecho

NOTAS MÉDICAS

* Hemoseno frontal y maxilar derecho
4. Trauma cerrado de tórax.
* Contusión pulmonar izquierda
5. HTA por HC
6. DM tipo 2 de novo
7. Sepsis de origen a definir
*Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
Cabeza
Cuero cabelludo : PROBLEMAS
Estado neurológico incierto
Lesión axonal difusa
Cráneo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, bajo VMI, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar

SIGNOS VITALES
TA: 138/75 mmhg
TAM: 98 mmhg
FC: 84 lpm
Temp. 36. 5°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI modo CPAP peep 4, FiO2 24%
FR:14 rpm, Vol 426, SO2: 97%
IOT: 19/01/24

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 03/02/24 #3 liquidas.

METABÓLICO: NET 46cc/hora
Glucometría: 180- mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 0. 6cc/kg/h en 12 horas
Balance dia: + 1654 ml.
Cara
Ojos : HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4 glasgow 8/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Nariz : ANÁLISIS

Paciente 55 años con antecedente de HTA, ingresa en contexto de Politraumatismo por accidente de tránsito. Se documentó TCE severo con trauma facial, trauma ocular derecho y hemoseno frontal y maxilar derecho, ahora con secuelas neurológicas severa, glasgow 7/15, con lesión axonal difusa grado II documentada por RMN, sin aparente déficit agudo, se encuentra en manejo con levetiracetam, en seguimiento por neurocirugia, en plan de TOT y gastrostomía y en espera de realización de videotelemetria. Adicionalmente cursa con Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática en manejo con antibiótico meropenem y vancomicina.
Boca : en el momento no responde al llamado, apertura ocular a estimulo, moviliza las extremidades, no conecta con el entrevistador, pendiente lectura de videotelemetria tomada el 29/01/24 hemodinámicamente estable sin signos de hipoperfusión, acoplada a la ventilación mecánica, saturaciones en metas, gases en equilibrio acido base, se solicito traqueostomia temprana por estado neurológico secular, tolerando la net por sng, 01/02/24 estaba programada para gastrostomía pero no se logra una adecuada transiluminación, por lo tanto es seguro realizar la gastrostomía percutánea, se programa nuevamente, glucometrias normales, función renal normal, con azoados en parámetros de normalidad, sirs activa con pauta antibiótica definida sin leucocitosis, con hemocultivos tomados el 29/01/24 van negativos a las 72 horas, con urocultivo negativo,. y coprocultivo negativo, debe continuar con pauta antibiótica, sin sangrados activos con hemoglobina baja sin indicación de transfundir en el momento,

NOTAS MÉDICAS

Oídos : plaquetas en parámetros de normalidad, paciente debe continuar en uci por dependencia de la vmi. Familiares enterados de condición actual. (esposo).
Tórax
Tórax : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos en plan de destete.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 47cc/hora
Corazón : MEDICAMENTOS
- Hartman a 70 cc/hora
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
-Vancomicina 1. 5 gr iv cada 12 horas - FI: 28/01/24 FF: 04/02/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 preprandiales
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 8 horas
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas
- Sulfato de magnesio para medios físico cada 8 horas en dorso de pie derecho

SE SOLICITA
ionograma
Pulmones : EN PROCESO
Reporte final Hemocultivos 1. 2 y CVC (29/01/24)
. TQT temprana por cx general + soporte de sedación (Consentimientos ya firmados) 03/02/24 a la 4pm
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación - (presentó edema de pared, en 8 días intentar nuevamente)
Reporte de Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía (29/01/24)
Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:. vmi
. estado neurologico secular.

Firmado por: SANDRA M PUENTES CORREDOR, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 52784198, CC 52784198

Fecha: 03/02/2024 11:57 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

NOTAS MÉDICAS

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, sin sedoanalgesia, Glasgow 6/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 15).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectada a la ventilacion mecanica en modo CPAP+PS:6 con FiO2:24%, VE:382, Peep:4, FRT:15, E. sens:25%, RIE:1:3, 5, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, roncus generalizados
A la palpacion: No se perciben crepitos, ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Ningunop
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 130/68, Presión arterial media(mmhg): 88
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 90 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 15
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realiza:
-Posicionamiento en cama sedente largo
-Verificacion de presion de neumotaponador
-AFE lenta y rapida
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando moderada cantidad de secreciones mucoides
-Succion de orofaringe
-Se mantienen parametros ventilatorios iguales
-Cambio de lateralidad de fijador de TOT
-Se utiliza: Jeringa prellena, sonda succion regulador#14

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, queda con barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 03/02/2024 16:07 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, sin sedoanalgesia, Glasgow 7/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial dada por TOT conectado a la ventilacion mecanica (Día 15).
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial dada por TOT#7, 0 fijo a 22cm de la comisura labial, conectada a la ventilacion mecanica en

NOTAS MÉDICAS

modo CPAP+PS:6 con FiO2:24%, VE:397, Peep:4, FRT:14, E. sens:25%, RIE:1:3, 2, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, roncus generalizados
A la palpacion: No se perciben crepitos, ni enfisema subcutaneo
Reflejo carinal y nauseoso presentes
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 128/60, Presión arterial media(mmhg): 82
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 14
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable

Se realiza:
-Posicionamiento en cama sedente largo
-Verificacion de presion de neumotaponador
-AFE lenta y rapida
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando moderada cantidad de secreciones mucoides
-Succion de orofaringe
-Se mantienen parametros ventilatorios iguales
-Se utiliza: Jeringa prellena, sonda succion regulador#14, sonda cerrada#14, nariz.

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, queda con barandas arriba.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Higiene postural
El cuidador responde la evaluación.
Parentesco: CONYUGE
Comprendió el tema: Si.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 03/02/2024 16:29 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Interconsultante - ANESTESIOLOGO(A)

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: TQT
Objetivo: PACIENTE QUE YA CUENTA CON VALORACION PREANESTESICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DESDE EL DIA 31/01/24. REALIZADA POR EL DR GUZMAN
REVISAR HC ANTES DE SOLCITAR IC.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

NOTAS MÉDICAS

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo: SE CIERRA ORDEN DE IC

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: DANIELA PINEDA CASTAÑO, ANESTESIOLOGO(A), Registro 93669, CC 1037628493

Fecha: 03/02/2024 18:30 - Ubicación: UCI4
Descripción operatoria - CIRUGIA GENERAL

Acto quirúrgico: 295263 Fecha del acto: 03/02/2024 18:27 Tipo de cirugía: Cirugía urgente Causa urgente: NO TRAUMATICA
Paciente Crónico
Reintervención: No

Consentimiento informado: Requiere Lo tiene

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL (Previo, Posterior, Primario), V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL.

Hallazgos: Anatomía usual.

Anestesia
Tipo de anestesia: General

Procedimientos realizados: C311302 - 311302 Traqueostomia Via Percutanea, Principal Si, Vía A, Región Topográfica Cuello, Clase de Herida LIMPIA-CONTAMINADA.

Descripción operatoria: CIRUJANO: Cristhian Arroyave.
RESIDENTE: Álvaro Arias.

Previo diligenciamiento de consentimiento informado, parada de seguridad y lista de chequeo. Paciente en decúbito supino, con hiperextensión de cuello, bajo anestesia general. Se realiza asepsia y antisepsia con yodados y colocación de campos operatorios estériles.

Procedimiento A:
Se ubica el segundo anillo traqueal sobre el cual se realiza punción con aguja y catéter #14, se verifica salida de aire, se extrae progresivamente el tubo orotraqueal, se pasa guía metálica a través del catéter. Mediante técnica de Seldinger se pasa dilatador, luego dilatador tipo "Rino", finalmente se introduce cánula de traqueostomía #7 sin fenestras. Se aspiran secreciones y se corrobora funcionalidad. Conexión a ventilador adecuada y ausencia de fugas de aire. Se fija dispositivo al cuello con hiladilla. Procedimiento culminado sin complicaciones.

Pérdida sanguínea: No
Profilaxis: No
Complicación: No

NOTAS MÉDICAS

Muestra para patología: No.

Recuento de compresas: Completo

PLAN DE MANEJO

Plan de manejo: Continuar manejo multidisciplinario en UCI
Tomar radiografía de tórax post TQT

Firmado por: CRISTHIAN DAVID ARROYAVE DURAN, CIRUGIA GENERAL, Registro 1087555795, CC 1087555795

Fecha: 03/02/2024 19:24 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 4to año: Sebastian Ordoñez Cure

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. Trauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratelcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina)
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipolasgow 10/15
Sigue órdenes de manera inconsistentglasgow 10/15
Sigue órdenes de manera inconsistente
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
Reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años quien presenido el 29/01/24, presentando TCE severnsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo, sin necesidad de manejo neuroquirurgico. Tomografia de ingreso evidencio HSA traumatica hacia la convexidad, hematoma lamelar tentorial derecho y sangrados puntiformes hacia la convexidad. Se sospechó lesion axonal difuso por compromiso en estado de conciencia, sin una lesion que lo explicase en tomografia. En RMN cerebral simple del 29/01/24 se documentó lesion axonal difusa gradoel con compromiso de la sustancia blanca de los centros semiovales a predominio derecho a nivel de la convexidad y el esplenio del cuerpo calloso, la cual explica su alteracion en el estado de conciencia. Tiene pendiente reporte de videotelemetria, realizada de manera concomitante el mismo dia de la RMN cerebral

NOTAS MÉDICAS

para descartar un estatus epileptico no motor, lo cual es menos probable dado hallazgos en RMN cerebral, pero estamos atento a resultado.

Actualmente en estado de minima conciencia plus. Cursa con Neumonía nosocomial por multiples germenes (serratia marcenscens, SARM, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii con presencia de gen mecA) en manejo con vancomicina (FI: 28/01/24 FF: 04/02/24). Hemocultivos realizados el 29/01/24 van negativos a las 72 horas, con urocultivo negativo. Por el momento continúa igual manejo médico.

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: Condicion clinica.

Firmado por: IRIS TATIANA MONTES GONZALEZ, NEUROCIRUJANO, Registro 761644, CC 1107042140

Fecha: 03/02/2024 20:17 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente de genero femenino con 55 años de edad con dx medico anteriormente anotados, encuntro paciente en cama en posicion semifowler, con barandas de cama aseguradas, portadora de tqt #7, 0, conectada a ventilacion mecanica en modo vc+ con parametros con vt:360, fr:16, peep:4, fio2:30%, sin acompañante

Objetivo: auscultacion pulmonar: murmullo pulmonar presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: costal superior profundo
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 97%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 30
Estado de conciencia: Glasgow 8/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis Terapéutico :dx ft: patron c deficiencia del desempeño muscular

PLAN DE TRATAMIENTO

NOTAS MÉDICAS

Intervención: se inicia intervencion realizando posicionamiento adecuado en cama, se realiza compresiones toracicas lentas y rapidas, tecnica de succion por sonda cerrada con secreciones mucohematicas en moderadas cantidades, por boca secreciones hialinas en moderadas cantidades, verificacion de neumotaponador, cambios de corbatin de tqt, paciente tolera.

insumos:
1 sonda con regulador #14
1 paquete de gasas x 5
1 jeringa prellena 10 cc solucion salina

objetivos:permeabilizar via aerea.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JOSE DAVID LOPEZ VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1107508526, CC 1107508526

Fecha: 03/02/2024 21:40 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICINA DE URGENCIAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : EVOLUCIÓN UCI 4**
MD. Especialista: Dr. Catalina Gurrero
MD. Asistencial: Dra. Andrea Diaz

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico, por politraumatismo secundario a accidente de tránsito
* TCE severo
* Lesión Axonal difusa grado II
2. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
3. Trauma Facial
* Trauma contuso ocular derecho
* Hemoseno frontal y maxilar derecho
4. Trauma cerrado de tórax.
* Contusión pulmonar izquierda
5. HTA por HC
6. DM tipo 2 de novo
7. Sepsis de origen a definir
*Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática

NOTAS MÉDICAS

PROBLEMAS
Estado neurológico incierto
Lesión axonal difusa

ESCALAS
- APACHE II: 4 Puntos
- SOFA I: 6 Puntos.
- SOFA II: 6 Puntos.
- SOFA III: 6 Puntos.
- Escala de suicidio: No valorable

Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, bajo VMI, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar

SIGNOS VITALES
TA: 149/86 mmhg
TAM: 107 mmhg
FC: 93 lpm
Temp. 36°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI a TQT modo CPAP peep 4, FiO2 24 % FR:14 rpm, Vol 363, SO2: 98%
IOT: 19/01/24
TOT : 03/02/24

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 03/02/24 #2 liquidas.

METABÓLICO: NET 46cc/hora
Glucometría: 80, 90 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 2. 26cc/kg/h en 12 horas
Balance dia: -1120 ml.
Cráneo : HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 12 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4 glasgow 8/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Cara
Ojos : CULTIVOS

30/01/24 CORCULTIVO NEGATIVO PARA Salmonella Shiguella, Aeromonas y Plesiomonas,
SE CULTIVO MICROBIOTA NORMAL.
30/01/24 - Ag y Toxina para clostridium: Negativos

29/01/24 urocultivo: negativo

29/01/24 - Hemocultivos #2 periféricos: Negativos a las 72 horas (preliminares)
Barrio de picc - Negativo a las 48 horas (preliminares)
Nariz : Paciente femenina de 55 años, con diagnóstico e HC descrita, Actualmente se encuentra hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte vasopresor, con TAM y FC en meta, sin signo de bajo gasto, ni cardiovascular en curso.
A nivel respiratorio: paciente con VMI prolongada el dia de hoy fue llevada a procedimiento de TOT hasta el momento sin complicaciones, ahora se encuentre con parámetros basales, acoplada, con beun patrón ventiladores y adecuada saturación de oxígeno. se solicita rx de

NOTAS MÉDICAS

control POP procedimiento.
Metabólicamente compensada, Recibe y tolera NET, con glucometrías en meta, Gastrostomía temprana + soporte de sedación.
Boca : Gasto urinario conservación, sin alteración de función renal, sin criterios de TRR, con electrolitos normales.
Permanece afebril durante el día, sin signos de sirs activo, continúa con leucocitosis, por el momento debe continuar con igual antibiótico dirigido por infectología para Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis. Cuenta con reporte de hemocultivos negativos a las 72 horas, urocultivo negativo. Hb estable, sin trastornos plaquetarios. sin evidencias de sangrados. Neurológicamente comprometida con secuelas severas, con lesión axonal difusa documentada por RNM, glasgow 7/15, sin aparente déficit agudo.
Oídos : Paciente en regulares condiciones generales, con secuelas neurológica severa, con VMI prologada hoy se realizó TOT sin complicaciones hasta el momento, quien por su condición requiere alto cuidados de personal de enfermería, terapia respiratoria y física, alto riesgo de complicaciones se continua vigilancia estricta en uci por requerimeiro de VMI. Familiares enterados de condición actual.
Tórax
Tórax : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos en plan de destete.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 47cc/hora

MEDICAMENTOS
- Hartman a 70 cc/hora
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
-Vancomicina 1. 5 gr iv cada 12 horas - FI: 28/01/24 FF: 04/02/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 preprandiales
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 8 horas
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas
- Sulfato de magnesio para medios físico cada 8 horas en dorso de pie derecho
Corazón : SE SOLICITA
Rx de torax portatil

EN PROCESO
Reporte final Hemocultivos 1. 2 y CVC (29/01/24)
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación - (presentó edema de pared, en 8 días intentar nuevamente)
Reporte de Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía (29/01/24)
Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de

NOTAS MÉDICAS

diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CATALINA GUERRERO NILO, MEDICINA DE URGENCIAS, Registro 452727, CC 452727

Nota aclaratoria

Fecha: 04/02/2024 02:00

NOTA ACLARATORIA
SE RECIBE INFORME VERBAL POR EPILEPTÓLOGO DE VIDEOTELEMETRIA TOMADA EL 29/01/24 CON REPORTE DE ESTADO CONVULSIVO PERSISTENTE POR LO CUAL SE DECIDE REINICIAR SEDACIÓN CON MIDAZOLAM Y SEGÚN EVOLUCION POSIBILIDAD DE INICIO DE PROPOFOL , TAMBIEN SE REALIZA AJUSTE DE MANEJO ANTICONVULSIVANTE CON ÁCIDO VALPROICO EV 1500 MG DE CARGA Y CONTINUAR A 500 MG CADA 8 HORAS

Firmado por: CATALINA GUERRERO NILO, MEDICINA DE URGENCIAS, Registro 452727, CC 452727

Fecha: 03/02/2024 21:58 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Normal	104.00	mmol/L	98-107

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 03/02/2024 21:58 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

FOSFORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903835	FOSFORO EN SUERO	Normal	2.9	mg/dL	2,5-4,5

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 03/02/2024 21:59 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

MAGNESIO EN SUERO

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903854	MAGNESIO EN SUERO	Normal	2.10	mg/dL	1,6-2,3

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 03/02/2024 21:59 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.10	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 03/02/2024 21:59 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Normal	137.00	mmol/L	137-145

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 04/02/2024 00:35 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente de genero femenino con 55 años de edad con dx medico anteriormente anotados, encuntro paciente en cama en posicion semifowler, con barandas de cama aseguradas, portadora de tqt #7, 0, conectada a ventilacion mecanica en modo vc+ con parametros con vt:360, fr:16, peep:4, fio2:30%, sin acompañante

Objetivo: auscultacion pulmonar: murmullo pulmonar presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: costal superior profundo
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 30

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis Terapéutico :dx ft: patron c deficiencia del desempeño muscular

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: se inicia intervencion realizando posicionamiento adecuado en cama, se realiza compresiones toracicas lentas y rapidas, tecnica de succion por sonda cerrada con secreciones mucohematicas en moderadas cantidades, por boca secreciones hialinas en moderadas cantidades, verificacion de neumotaponador, cambios de corbatin de tqt, paciente tolera.

insumos:
1 sonda con regulador #14
1 paquete de gasas x 5
1 jeringa prellena 10 cc solucion salina

objetivos:permeabilizar via aerea.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JOSE DAVID LOPEZ VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1107508526, CC 1107508526

Fecha: 04/02/2024 08:30 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: Paciente con via aérea artifical dada por traqueostomia funcional, conectado a ventilación mecánica con los sgtes parámetros:
MODO PRVC vt 360 fr18 peep 4 fio2 30%
GLASGOW 7/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica.
Patron respiratorio toracoabdominal.
A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos
campos pulmonares y roncus en base dereacha apical. Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: sin alteracion
Patrón respiratorio: Toracoabdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo terapeutico:

NOTAS MÉDICAS

Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de complicaciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TQT con sonda cerrada, obteniendo secreciones mucoides y sanguinolentas moderadas
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina densa moderada
cuidados de traqueostomia: limpieza area estoma, permeabilizacion endocanula, cambio de hiladilla, cambio gasas
Verficiacion de presión de neumotaponador 25

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Nota aclaratoria

Fecha: 04/02/2024 13:30

se realizo cambio a modo espontaneo Y desde te fio2 con oximetrias en metas:
CPAP PEEP 4 PS 6 FIO2 24

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 04/02/2024 10:21 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: se abre folio para cargar la revsista.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

NOTAS MÉDICAS

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: SANDRA M PUENTES CORREDOR, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 52784198, CC 52784198

Fecha: 04/02/2024 10:30 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: Paciente con via aérea artifical dada por traqueostomia funcional, conectado a ventilación mecánica con los sgtes parámetros:
MODO: CPAP PEEP 4 PS 6 FIO2 24%
GLASGOW 7/15

impactacion de secreciones sanguinolentas en endocanula
Signos de dificultad respiratoria: TAQUIPNEA Y DESATURACION
Patrón respiratorio: TORACOABDOMINAL
Expectativas con la terapia: NO APLICA

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
succion de secreciones por TQT con sonda cerrada, obteniendo secreciones mucoides y sanguinolentas moderadas
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125
Firmado electrónicamente

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 04/02/2024 12:26 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLCUION UCI 4 DIA
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : MD. Especialista: Dr. Puentes
MD. Asistencial: Dra. Russi

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico, por politraumatismo secundario a accidente de tránsito
* TCE severo
* Lesión Axonal difusa grado II
2. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
3. Trauma Facial
* Trauma contuso ocular derecho
* Hemoseno frontal y maxilar derecho
4. Trauma cerrado de tórax.
* Contusión pulmonar izquierda
5. HTA por HC
6. DM tipo 2 de novo
7. Sepsis de origen a definir
*Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
8. Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
Cabeza
Cuero cabelludo : PROBLEMAS
Estado neurológico incierto
Lesión axonal difusa
Cráneo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, bajo VMI, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar

SIGNOS VITALES
TA: 125/73 mmhg
TAM: 90 mmhg
FC: 65 lpm
Temp. 36. 7°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

NOTAS MÉDICAS

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI a TQT modo CPAP peep 4, FiO2: 30 FR:14 rpm, Vol 363, SO2: 98%. intercalado con VC+ FiO2: 30% peep: 4 fr: 16/18 vol: 360/343 SaO2: 98%
IOT: 19/01/24
TOT : 03/02/24

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 03/02/24 #3 liquidas.

METABÓLICO: NET 46cc/hora suspendida.
Glucometría: 80 - 90 - 114 mg/dl
Cara
Ojos : GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 2. 4 cc/kg/h en 24 horas
Balance dia: - 2450 ml.

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4 glasgow 8/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Nariz : ANALISIS

en el momento no responde al llamado, apertura ocular a estimulo, moviliza las extremidades, no conecta con el entrevistador, según resultado de la videotelemetria debe permanecer con manejo anticonvulsivante, hemodinámicamente estable sin signos de hipoperfusión, acoplada a la ventilación mecánica, saturaciones en metas, gases en equilibrio acido base, tolerando la net por sng, glucometrias normales, función renal normal, con azoados en parámetros de normalidad, sirs activa con pauta antibiótica definida sin leucocitosis, con hemocultivos tomados el 29/01/24 van negativos, debe continuar con pauta antibiótica, sin sangrados activos con hemoglobina baja sin indicación de transfundir en el momento, plaquetas en parámetros de normalidad, paciente debe continuar en uci por dependencia de la vmi. Familiares enterados de condición actual. (esposo).
Boca : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos en plan de destete.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 47cc/hora
Oídos : MEDICAMENTOS
- Hartman a 70 cc/hora
- Midazolam amp x 5 mg, de 0. 03-0. 2 mg/kg/h
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Acido valproico ev 1500 mg de carga y continuar a 500 mg cada 8 horas NUEVO /*
-Vancomicina 1. 5 gr iv cada 12 horas - FI: 28/01/24 FF: 04/02/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 preprandiales
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 8 horas
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas
- Sulfato de magnesio para medios físico cada 8 horas en dorso de pie derecho
Tórax
Tórax : EN PROCESO
Reporte final Hemocultivos 1. 2 y CVC (29/01/24)

NOTAS MÉDICAS

. Gastrostomía temprana + soporte de sedación - (presentó edema de pared, en 8 días intentar nuevamente)
Reporte de Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía (29/01/24)
Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:. VMI
. DEFICIR NEUROLOGICO SECULAR.

Firmado por: SANDRA M PUENTES CORREDOR, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 52784198, CC 52784198

Fecha: 04/02/2024 13:35 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: Paciente con via aérea artifical dada por traqueostomia funcional, conectado a ventilación mecánica con los sgtes parámetros:
MODO CPAP PEEP 4 PS 6 FIO2 24% realiza adecuados volumenes y FR
GLASGOW 7/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica.
Patron respiratorio toracoabdominal.
A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: SIN ALTERACION
Patrón respiratorio: TORACOABDOMINAL
Expectativas con la terapia: NO APLICA

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

NOTAS MÉDICAS

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo terapeutico:
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de complicaciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TQT con sonda cerrada, obteniendo secreciones mucoides y sanguinolentas Escasas
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina
cuidados de traqueostomia: limpieza area estoma, permeabilizacion endocanula, cambio gasas
Verficiacion de presión de neumotaponador 25

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 04/02/2024 13:36 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 3er año Maria José Uparela
DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañant:e Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. T rauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipol I de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
---N eumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii,

NOTAS MÉDICAS

detectados gen mecA (resistencia a meticilina)
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV

EXAMEN FÍSICO:
VMI-IOT
sin sedoanalgesia
glasgow 10/15
Sigue órdenes de manera inconsistente
Pares craneales: pupilasanisocoricas pi:2mm, pd:3mm hipopreactivas
Reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Objetivo: Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2

PARACLÍNICOS:
03/02/24 Cloro 104 Fosforo 2. 9 Magnesio 2. 1 Potasio 4. 1 Sodio 137
02. 02. 2024 K 3. 9 NA 136 GASES: FIO2 24% PH 7. 42 PCO2 41 PO2 87 HCO3 26. 6 BE 1. 9 LEU 10530 NEU 6430 LINF 2810 HTO 29. 2 HB 9. 3 VCM 96 HCM 31. 8 PLT 335000 PT 12. 2 (11. 5) PTT 32. 1 (29) INR 1. 06 VANCOMICINA 16. 89
01. 02. 2024 BUN 20 POTASIO4. 4 SODIO 135 CRE 0. 5H EMOGRAMA LEU 11260 NEU 7160 LIN 2620 HB 10. 8 VCM 96. 4 PLA126. 000 GASES FIO2 24 PCO2 36 PH 7. 45 PO2 84C HO3 25 BE 1

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años quien presentó politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo, sin necesidad de manejo neuroquirurgico. Tomografia de ingreso evidencio HSA traumatica hacia la convexidad, hematoma lamelar tentorial derecho y sangrados puntiformes hacia la convexidad. Se sospechó lesion axonal difuso por compromiso en estado de conciencia, sin una lesion que lo explicase en tomografia. En RMN cerebral simple del 29/01/24 se documentó lesion axonal difusa grado II con compromiso de la sustancia blanca de los centros semiovales a predominio derecho a nivel de la convexidad y el esplenio del cuerpo calloso, la cual explica su alteracion en el estado de conciencia. T iene pendiente reporte de videotelemetria, realizada de manera concomitante el mismo dia de la RMN cerebral para descartar un estatus epileptico no motor, lo cual es menos probable dado hallazgos en RMN cerebral, pero estamos atento a resultado.

Actualmente en estado de minima conciencia plus. Cursa con Neumonía nosocomial por multiples germenes (serratia marcenscens, SARM, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii con presencia de gen mecA) en manejo con vancomicina (FI: 28/01/24 FF: 04/02/24). Hemocultivos realizados el 29/01/24 y urocultivo negativos en su reporte final. Por el momento continúa igual manejo médico.

Plan de manejo: -

NOTAS MÉDICAS

Justificación de permanencia en el servicio: -
--.

Firmado por: IRIS TATIANA MONTES GONZALEZ, NEUROCIRUJANO, Registro 761644, CC 1107042140

Nota aclaratoria

Fecha: 04/02/2024 16:50

Telemetria con evidencia de
1. Disturbio lento grave de la actividad de base.
2. Actividad delta rítmica generalizada con actividad rápida sobrepuesta (GRDA +F).
3. Actividad epileptiforme frontocentral izquierda frecuente.
4. Crisis con zona de inicio eléctrico frontal izquierdo máxima F3-C3.
Comentada con Dr Clavijo quien considera Hallazgos que sugieren disfunción cortical global + GRDA+F , actividad epileptiforme y crisis motora con inicio eléctrico frontocentral izquierdo en paciente con alteración de la conciencia, por lo que se indica manejo de estatus epiléptico:
SUSPENDER VALPROICO
MIDAZOLAM BOLO 0.3 MG/KG AHORA
LACOMISADA BOLO 100 MG IV AHORA Y CONTINUAR 100 MG IV CADA 12 H
VIDEOTELEMETRIA CONTROL DE 24 H

Firmado por: IRIS TATIANA MONTES GONZALEZ, NEUROCIRUJANO, Registro 761644, CC 1107042140

Fecha: 04/02/2024 21:38 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, despierta, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 8/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial tipo TQTQ(03/02/2024) conectada a la ventilacion mecanica (Día 16).

Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial tipo TQT#7, 0 fenestrada con endocanula lisa, estoma sin signos de infeccion, conectada a la ventilacion mecanica en modo CPAP+PS:6 con FiO2:24%, VE:317, Peep:4, FRT:19, E. sens:25%, RIE:1:2, 3, acoplada al ciclo ventilatorio, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, roncus generalizados.
A la palpacion: No se perciben crepitos, ni enfisema subcutaneo.
Reflejo carinal y nauseoso presentes.
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabiliacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 110/70, Presión arterial media(mmhg): 83
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 91 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable, cuidados de TQT

Se realiza:
-Posicionamiento en cama semifowler

NOTAS MÉDICAS

-Verificacion de presion de neumotaponador
-AFE lenta y rapida
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion cerrada, movilizando moderada cantidad de secreciones mucoides
-Succion de orofaringe
-Limpieza de estoma y endocanula + cambio de gasas
-Destete de la VM a las 21:00 horas, se soporta con O2 adicional de bajo flujo dado por mascara de TQT con FiO2:32% a 3lpm con humidificador
-Se utiliza: Jeringa prellena, sonda succion regulador#14, humidificador, mascara de TQT.

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, queda con barandas arriba.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 04/02/2024 22:07 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI 4**

MD. Especialista: Dr. León
MD. Asistencial: Dra. Diaz

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
1. Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico, por politraumatismo secundario a accidente de tránsito
* TCE severo
* Lesión Axonal difusa grado II
2. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
3. Trauma Facial
* Trauma contuso ocular derecho
* Hemoseno frontal y maxilar derecho
4. Trauma cerrado de tórax.
* Contusión pulmonar izquierda

NOTAS MÉDICAS

5. HTA por HC
6. DM tipo 2 de novo
7. Sepsis de origen a definir
*Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis postraumática
8. Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)

PROBLEMAS
Estado neurológico incierto
Lesión axonal difusa
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, bajo VMI, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar

SIGNOS VITALES
TA: 109/69 mmhg
TAM: 82 mmhg
FC: 93 lpm
Temp. 36. 2°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. VMI a TQT modo CPAP peep 4, FiO2: 24 FR:18 rpm, Vol 320, SO2: 97%. intercalado con VC+ FiO2: 30% peep: 4 fr: 16/18 vol: 360/343 SaO2: 98%
IOT: 19/01/24
TOT : 03/02/24

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 03/02/24 #3 liquidas.

METABÓLICO: NET 46cc/hora suspendida.
Glucometría: 117, 124 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 1. 3cc/kg/h en 12 horas
Balance dia: +364 ml.
Cráneo : HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4 glasgow 8/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Cara
Ojos : ANALISI: Paciente femenina de 55 años, con diagnóstico e HC descrita, Actualmente se encuentra hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte vasopresor, con TAM y FC en meta, sin signo de bajo gasto, ni cardiovascular en curso.
Continua bajo VMI a TOT, en parámetros basales, acoplada, sin distrés respiratorio, con buena mecánica ventilatoria, oximetria en meta, en plan de rehabilitación pulmonar para lograr destete de VMI.
Conserva buen control metabólico; Recibe y tolera NET, con glucometrías normales, en espera de procedimiento Gastrostomía temprana la cual se debe programar en 8 días ya que el día del procedimiento no se logró realizar por hallazgo de edema en pared abdominal.
Nariz : Sin alteración de la función renal, conserva adecuada diuresis y sin trastorno hidroelectrolítico.
Permanece afebril durante el día, modulando sirs, con descenso de leucocitosis, en manejo antibiótico dirigido por infectología para Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar vs Sinusitis, hoy termina últimas dosis de antibiótico. Cuenta con reporte de hemocultivos negativos a las 72 horas, urocultivo negativo. cursa con anemia moderada, Hb estable, plaquetas normales. sin evidencias de sangrados.
Condición neurológica, con secuelas severas, con lesión axonal difusa documentada por RNM, glasgow 7/15, sin aparente déficit agudo, con videotelemetría del 29/01/24 con hallazgo de Estado convulsivo persistente por lo cual se encuentra bajo sedación con midazolam y con anticonvulsivante.
Boca : Paciente en regulares condiciones generales, con secuelas neurológicas severas, bajo sedación y con VMI, con cuidados de personal de enfermería, terapia respiratoria y física por su condición clínica actual. Paciente con alto riesgo de complicaciones se continua vigilancia

NOTAS MÉDICAS

estricta en uci. Familiares enterados de condición actual.
Oídos : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos en plan de destete.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 47cc/hora

MEDICAMENTOS
- Hartman a 70 cc/hora
- Midazolam amp x 5 mg, de 0. 03-0. 2 mg/kg/h
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Levetiracetam 1 gr IV cada 12 horas
- Acido valproico ev 1500 mg de carga y continuar a 500 mg cada 8 horas NUEVO /*
-Vancomicina 1. 5 gr iv cada 12 horas - FI: 28/01/24 FF: 04/02/24
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 preprandiales
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 8 horas
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas
- Sulfato de magnesio para medios físico cada 8 horas en dorso de pie derecho
Tórax
Tórax : SE SOLICITA
Paraclínicos de control en la noche

EN PROCESO
Reporte final Hemocultivos 1. 2 y CVC (29/01/24)
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación - (presentó edema de pared, en 8 días intentar nuevamente)
Reporte de Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía (29/01/24)
Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

NOTAS MÉDICAS

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: EDWIN JUAN LEON BARRETO, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 79978145, CC 79978145

Fecha: 04/02/2024 22:36 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Normal	8.76	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Normal	68.3	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Normal	19.6	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	3.3	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Alto	6.5	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.40	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	1.90	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Normal	5.97	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.72	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Normal	0.29	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Alto	0.57	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.04	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.17	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.24	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	31.1	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	9.7	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	96.1	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	30.00	pg	25,6-32,3

NOTAS MÉDICAS

2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.2	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.60	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Normal	356	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	10.50	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: VIVIANA VILLEGAS PORRAS, BACTERIOLOGO, Registro 1130674633, CC 1130674633

Fecha: 04/02/2024 23:21 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Normal	104.00	mmol/L	98-107

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 04/02/2024 23:21 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	12.8	mg/dL	7-17

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 04/02/2024 23:21 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.20	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 04/02/2024 23:21 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	136.00	mmol/L	137-145

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 04/02/2024 23:21 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.47	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 05/02/2024 06:15 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, despierta, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 8/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial tipo TQTQ(03/02/2024) con soporte adicional de O2, tolerando 9 horas de weaning ventilatorio.
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial tipo TQT#7, 0 fenestrada con endocanula lisa, estoma sin signos de infeccion, con soporte adicional de O2 de bajo flujo dado por MTQT con FiO2:32% a 3lpm con humidificador, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, roncus generalizados.
A la palpacion: No se perciben crepitos, ni enfisema subcutaneo.
Reflejo carinal y nauseoso presentes.
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toracico superior simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 102/70, Presión arterial media(mmhg): 80
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 88 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 25

NOTAS MÉDICAS

Saturación de oxígeno 99%, con oxígeno por mascara de oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 32

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable, cuidados de TQT

Se realiza:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-AFE lenta y rapida
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion abierta con tecnica esteril, movilizando moderada cantidad de secreciones mucoides
-Succion de orofaringe
-Limpieza de estoma y endocanula + cambio de gasas
-Se mantiene soporte adicional de O2
-Cambio de agua esteril de humidificador, debidamente rotulado
-Se utiliza: Jeringa prellena, sonda succion regulador#14, guantes esteriles#7, 5, gasas

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, queda con barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 05/02/2024 08:17 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: solciitudes

Plan de manejo:.

NOTAS MÉDICAS

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: SANDRA LUCIA LOZANO ALVAREZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 762045-00, CC 66927613

Fecha: 05/02/2024 10:54 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: Paciente con via aérea artifical dada por traqueostomia funcional con tienda de traqueostomia + ventury a24%
GLASGOW 7/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica.
Patron respiratorio toracoabdominal.
A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: no tiene
Patrón respiratorio: TORACOABDOMIANL
Expectativas con la terapia: no aplica

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo terapeutico:
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de complicaciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TQT (tecnica esteril) obteniendo secreciones mucoides
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina
cuidados de traqueostomia: limpieza area estoma, permeabilizacion endocanula, cambio gasas, cambio hiladilla
Verficiacion de presión de neumotaponador 25

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.
1 guantes esteriles
1 gasa.

NOTAS MÉDICAS

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 05/02/2024 11:31 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: paciente en cama, sin sedacion, no obedece ordenes, con via aerae con tqt quien a la evaluacion por sistemas encuentro
CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, sin ruidos agregados.
RESPIRATORIO: Tórax simétrico, normoexpansible, sin tirajes, con via aerea con tqt soporte de oxigeno pormascara venturi al 24%. sin signos de dificultad respiratoria
NEUROLÓGICO: Sin sedación, Glasgow 9/15
OSTEOMUSCULAR: Fuerza muscular no valorabel, edema, retracciones musculares
Expectativas con la terapia: paciente en cama requiere terapia fisica para disminuri efectos de reposo prolongado

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 102/70, Presión arterial media(mmhg): 80
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 88 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio musculo esquelético
PATRON A: prevención primaria / reducción de los factores de riesgo por desmineralización esquelética
PATRON B: deficiencia en la postura
PATRON C: deficiencia en el desempeño muscular.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS:
Mantener arcos de movilidad articular
Disminuir efectos de reposo prolongado
Se realiza monitoria respiratoria y hemodinamica
posiconamiento en cama donde se realiza
ejercicios pasivos de movilidad articular
estiramientos de reja costal, cabeza y cuello, extremidades
ejercicios circulatorios, elevacion de extremidades
dejo paciente cama con barandas arriba. en vigilancia de signos de alarma.

EDUCACIÓN
Describa brevemente los temas en que educó: sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: GLORIA ELENA PELAEZ ESCOBAR, FISIOTERAPEUTA, Registro 67007977, CC 67007977

Fecha: 05/02/2024 11:42 - Ubicación: UCI4
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: se encuentra paciente en cama, somnolienta, estable dentro de su condicion de salud, portadora de traquesotomia con soporte de oxigeno por mascara ventury, con nutricion enteral por sonda naso gastrica, sin conexion con el medio, sin acompañante en el momento. hospitalizada en contexto de: T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL
se realiza intervencion con previo lavado de manos y uso de epp
Objetivo: VALORACION

1. Evaluación postural: no realiza control cefalico y central, hipotonia general.
2. Habilidades del lenguaje: lenguaje comprensivo y expresivo alterado, no se logró respuesta a estímulos.
3. Estado del complejo muscular orolinguofacial: a la inspección de la cavidad oral se observa integridad de las estructuras orales, mucosa levemente reseca, sensibilidad y movilidad alterada (no se logra reacción al estímulo),
4. Cualidades acústico perceptuales de la voz: no logra ser valorado
5. Área refleja: no logra desencadenar ningun reflejo frente a los estimulos brindados
6. Proceso de ingestión de alimentos: no es posible debido a alto riesgo de broncoaspiracion
Valorado de acuerdo a la escala de severidad disfagia (FOIS) ubicándose en NIVEL 1. NADA VÍA ORAL
(Functional Independence Measure - FIM):18
Expectativas con la terapia: no presenta familiar, no refiere

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :IMPRESION DIAGNOSTICA
R13 DISFAGIA
R490 AFASIA

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: CONDUCTA A SEGUIR
. Nada via oral.
. Nutricion enteral
. seguimeinto por fonoaudiologia.
. higiene oral
. medidas antireflujo.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MARIA DEL CARMEN VELOZA RAMIREZ, FONOAUDIOLOGO, Registro 1144091587, CC 1144091587

Fecha: 05/02/2024 12:17 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente en vmi, bajo sedacion
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI 4**

MD. Especialista: Dra. Sandra Lozano
MD. Asistencial: Dra. Jimena Chaves

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
*Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:
-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo

PROBLEMAS
Estado vegetativo persistente
Deposición diarreica
Hipomagnesemia
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, bajo VMI, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar

SIGNOS VITALES
TA: 159/89 mmhg
TAM: 112 mmhg
FC: 113 lpm
Temp. 36. 2°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos, sin requerimiento de vasoactivo.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. Con o2 pot TQT con MV, fio2 32%, FR 19 rpm, so2 94% intercalado con VMI
IOT: 19/01/24
TOT : 03/02/24

GASTROINTESTINAL:Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 03/02/24 #3 liquidas.

NOTAS MÉDICAS

METABÓLICO: NET 46cc/hora suspendida.
Glucometría: 117-124-130 mg/dl
Cráneo : GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 1. 1cc/kg/h en 24 horas
Balance dia: + 966 ml.
Balance acumulado: + 522 ml.

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4 glasgow 8/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Cara
Ojos : ANÁLISIS

Se valora paciente portando mascarilla, previa higiene de manos. Con medidas universales para evitar infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Paciente 55 años con antecedente de HTA, ingresa en contexto de Politraumatismo por accidente de tránsito. Se documentó lesión axonal difusa II, con secuelas neurológicas dadas por estado vegetativo persistente, además en electroencefalograma se evidencia estado convulsivo persistente, por lo cual recibe infusión de midazolam a bajas dosis y se ha ajustado anticonvulsivantes. Hoy encuentro con respuesta a estímulos dolorosos, trata de hacer apertura ocular, con retracción en cuello posiblemente por posición y espasmo muscular. Decido suspender el midazolam, en vista de alcanzar dosis sugeridas de levetiracetam, ácido valproico y levetiracetam, así mismo orfeo control de videotelemetría. Dejo los medicamentos por sonda nasoyeyunal suspendiendo endovenoso.
Nariz : Sus cifras tensionales están controladas, recibe losartán y nifedipino, no hay compromiso de la perfusión tisular. Se ha logrado retiro de la ventilación mecánica, permaneciendo conv venturi por traqueostomía. Solicito gasometría de control para esta noche.
Recibe nutrición enteral, así mismo tiene buen control metabólico con insulinas en esquema basal bolo. Se ha controlado la diarrea, recibe loperamida, una vez se ha descartado compromiso infeccioso.
No hay compromiso hematológico ni pérdida sanguínea
Tenemos pendiente nueva programación para gastrostomía percutánea, pues en el primer intento tenía importante edema en pared abdominal.
continuamos con rehabilitación integral por fonoaudiología, ocupacional, física y respiratoria.
Boca : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos en plan de destete.
- Monitoria hemodinâmica invasiva
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 47cc/hora

MEDICAMENTOS
- Hartman a 30 cc/hora
- Midazolam amp x 5 mg, de 0. 03-0. 2 mg/kg/h ***suspender
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Levetiracetam 10cc VO cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg cada 12 horas
- Acido valproico ev 1500 mg de carga y continuar a 500 mg cada 8 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 preprandiales
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 8 horas
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas

NOTAS MÉDICAS

- Sulfato de magnesio para medios físico cada 8 horas
Oídos : SE SOLICITA
Paraclínicos de control en la noche
Telemetria control

EN PROCESO
Reporte final Hemocultivos 1. 2 y CVC (29/01/24)
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación - (presentó edema de pared, en 8 días intentar nuevamente)
Reporte de Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía (29/01/24)
Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: montioria cada hroa
soprote ventilaotrio invasivo
altos requerimietnos por enfemeria y terapia respiratoria.

Firmado por: SANDRA LUCIA LOZANO ALVAREZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 762045-00, CC 66927613

Fecha: 05/02/2024 12:32 - Ubicación: UCI4
Terapias - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Ocupacional Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente estable, bajo sedación, con soporte de oxígeno mediante traqueostomía conectada a máscara ventury. Se atendió acuerdo al protocolo institucional para la prevención de contagio por Covid 19.
Objetivo: No aplica.
Expectativas con la terapia: Sin cambios.

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se desarolló sesión orientada a la prevención de deformidades ostemusculares, mediante actividad con demanda de ejecución pasiva de alcances anteriores y superiores y alienación de semgementos corporales. Logró desarrollarse alcacnes anteriores y superiores asistidos, sin evidencia de crepitaciones ni retracciones, se finalizó con alineación cefálica, y de miembros superiores y con apoyo de medios blandos, favoreciendo también, posicionamiento antiedema. Dejo estable, con barandas de seguridad elevadas.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JENNIFER RIASCOS SUAREZ, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1151959063, CC 1151959063

Fecha: 05/02/2024 13:52 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: formulacion

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JIMENA CHAVES ISAACS, MEDICINA GENERAL, Registro 1144082666, CC 1144082666

Fecha: 05/02/2024 14:07 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS

NOTAS MÉDICAS

Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente 1er año, Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24)
2. Trauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina)
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV

EXAMEN FÍSICO:
VMI-IOT
sin sedoanalgesia
glasgow O3V1M4 glasgow 8/15
Sigue órdenes de manera inconsistente
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva,
Reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2

PARACLÍNICOS:
03/02/24 Cloro 104 Fosforo 2. 9 Magnesio 2. 1 Potasio 4. 1 Sodio 137
02. 02. 2024 K 3. 9 NA 136 GASES: FIO2 24% PH 7. 42 PCO2 41 PO2 87 HCO3 26. 6 BE 1. 9 LEU 10530 NEU 6430 LINF 2810 HTO 29. 2 HB 9. 3 VCM 96 HCM 31. 8 PLT 335000 PT 12. 2 (11. 5) PTT 32. 1 (29) INR 1. 06 VANCOMICINA 16. 89
01. 02. 2024 BUN 20 POTASIO4. 4 SODIO 135 CRE 0. 5 HEMOGRAMA LEU 11260 NEU 7160 LIN 2620 HB 10. 8 VCM 96. 4 PLA126. 000 GASES FIO2 24 PCO2 36 PH 7. 45 PO2 84 CHO3 25 BE 1

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años quien presentó politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo, sin necesidad de manejo neuroquirurgico. Tomografia de ingreso evidencio HSA traumatica hacia la convexidad, hematoma lamelar tentorial derecho y sangrados puntiformes hacia la convexidad. Se sospechó lesion axonal difusa por compromiso en estado de conciencia, sin una lesion que lo explicase en tomografia. En RMN cerebral simple del 29/01/24 se documentó lesion axonal difusa grado II con compromiso de la sustancia blanca de los centros semiovales a predominio derecho a nivel de la convexidad y el esplenio del cuerpo calloso, la cual explica su alteracion en el estado de conciencia.

NOTAS MÉDICAS

Paciente en quien se documento estatus epileptico no motor, se inicio manejo con midazolam en infusion, hoy con intentos e apertura ocular, con retiro en extremidades, suspenden infusio y ajustasn anticionvulsivante, estamos atentos a realizacion de telemetría de control.

Por otra parte Curso con Neumonía nosocomial por multiples germenes (serratia marcenscens, SARM, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii con presencia de gen mecA) en manejo con vancomicina x 7 dias. tiene Hemocultivos realizados el 29/01/24 y urocultivo negativos en su reporte final. Por el momento no se realizan ajustes en el manejo medico.

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: IRIS TATIANA MONTES GONZALEZ, NEUROCIRUJANO, Registro 761644, CC 1107042140

Fecha: 05/02/2024 15:13 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: paciente en cama, sin sedacion, no obedece ordenes, con via aerae con tqt quien a la evaluacion por sistemas encuentro
CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, sin ruidos agregados.
RESPIRATORIO: Tórax simétrico, normoexpansible, sin tirajes, con via aerea con tqt soporte de oxigeno pormascara venturi al 24%. sin signos de dificultad respiratoria
NEUROLÓGICO: Sin sedación, Glasgow 9/15
OSTEOMUSCULAR: Fuerza muscular no valorabel, edema, retracciones musculares

NOTAS MÉDICAS

Expectativas con la terapia: paciente en cama requiere terapia fisica para disminuri efectos der eposo prolongado

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 161/89, Presión arterial media(mmhg): 113
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 100 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio musculo esquelético
PATRON A: prevención primaria / reducción de los factores de riesgo por desmineralización esquelética
PATRON B: deficiencia en la postura
PATRON C: deficiencia en el desempeño muscular.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS:
Mantener arcos de movilidad articular
Disminuir efectos de reposo prolongado
facilitar transiciones
Se realiza monitoria respiratoria y hemodinamica
transicion a borde de la cama
mantenimiento de lapostura
ejercicios de activacion de tronco y cabeza
ejercicios pasivos de movilidad articular
estiramientos de reja costal, cabeza y cuello, extremidades
ejercicios circulatorios, elevacion de extremidades
dejo paciente cama con barandas arriba. en vigilancia de signos de alarma.

EDUCACIÓN
Describa brevemente los temas en que educó: sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: GLORIA ELENA PELAEZ ESCOBAR, FISIOTERAPEUTA, Registro 67007977, CC 67007977

Fecha: 05/02/2024 15:32 - Ubicación: UCI4
Terapias - FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Rehabilitación Pulmonar
Diagnóstico: OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS

ANAMNESIS
Subjetivo: Seguiemiento por rehabilitacion pulmonar ***
Objetivo: Paciente en cama en seguimiento por rehabilitacion pulmonar, tolerando destete a mascara de traqueostomia en plan de 24 horas el dia de hoy, ahora con patron respiratorio estable, sin signos de fatioga muscular respiratoria, expansion de torax simetrica, con formacion de tacos por traqueostomia, hemodinamicamente sin soporte, osteomuscular arcos de movilidad funcionales, fuerza no valorable pero hay movimiento en hemicuerpo derecho sin proposiyo, tegumentario traqueostomia fen con balon funcional con epp.
Expectativas con la terapia: destete de ventilacion mecanica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 160/59, Presión arterial media(mmhg): 92
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 99 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Estado de conciencia: Paciente con déficit cognitivo/Motor

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

NOTAS MÉDICAS

Análisis Terapéutico :Falla de la bomba ventilatoria que limita autocuidado y restringe la participacion

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: paciente tolerando destete a mascara de traqueostomia, neurologicamente en iguales condiciones, realizo transicion a sedente al borde de la cama, estimulacion de reacciones de enderezamiento, pobre control cefalico y tronco, mejoria en expansion de torax y movilidad dafragmatica, continuar seguimeinto por rehabilitacion pulmonar, se comenta con asistencial de turno.

EDUCACIÓN
Plan educativo: rehabilitacion pulmoonar
El cuidador responde la evaluación.
Parentesco: HIJO (A)
Material de apoyo: verbal.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal, Evaluación demostrativa.
Temas en los que se educó: Rehabilitación.

Recomendaciones para el paciente y la familia: Si

Firmado por: VIVIANA DE LA CRUZ ROSAS, FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION, Registro 38684128, CC 38684128

Fecha: 05/02/2024 15:38 - Ubicación: UCI4
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Motivo de consulta: Seguimiento por nutricion
Enfermedad actual: *Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:
-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Sistema neurológico:.

.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: No adecuado Aporte calórico: No adecuado

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :05. 02. 2024
CL 104 NORMAL, BUN 12. 8 NORMAL, K 4. 2 NORMAL, NA 136 HIPONATREMIA LEVE, CREAT 0. 47 NORMAL, LEU 8. 76 NORMAL, NEU 68. 3 NORMAL, LINF 19. 6 NORMAL, HB 9. 7 ANEMIA SEVERA, PQT 356 TROMBOCITOSIS

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de

NOTAS MÉDICAS

diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

Requerimientos Nutricionales
Requerimientos nutricionales: Si Tipo de nutrición: Enteral

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: Paciente femenino de 55 años en seguimiento por nutricion, paciente en cama, alerta, con traqueostomia acoplada a ventury. Paciente con diagnosticos anotados en historia clinica. 04. 02. 2024 hiponatremia leve, funcion renal conservada, hemograma que indica anemia severa, trombocitosis. Paciente quien presentaba episodios diarreicos, sin embargo adecuado control con loperamida, sin reportes de emesis o distension abdominal, por lo que se indica continuar con el plan de manejo actual
Plan de manejo: ----------

-Nutricion enteral con glucerna 1. 5 LPC x 1000 ml en infusion continua meta de 46 cc/h
-Vigilar tolerancia a la nutricion enteral
-Irrigar sonda con 40 ml cada 4 horas
-Seguimiento por nutricion
Observaciones: Se atiende paciente con todos los EPP.

Firmado por: NICOLAS DELGADO SANCHEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1113695963, CC 1113695963

Fecha: 05/02/2024 16:35 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - CIRUGIA CARDIOVAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: paciente con acefalopatis hipoxico isquemica, quien por condicion neruolgocia require gastrosotmia, previo a procedimietnod urante edva encuentrasn edema de apred, sin transiluminacion, indican control en 8 dias, se carga evda para realizar gastrosotmia

Plan de manejo: evda+ gastrosotomia +6 soprote anestesicvo

NOTAS MÉDICAS

Justificación de permanencia en el servicio: vmi

Firmado por: CARLOS ALBERTO LIZCANO BALBUENA, CIRUGIA CARDIOVAS, Registro 68523/97, CC 91265248

Fecha: 05/02/2024 16:41 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente con soporte de o2 dado por ventury
paciente portadora de tqt
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 8/15.
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toraco abdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en sedente largo y realizo:
-Compresiones toracicas.
- Aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion, tecnica esteril e instilacion de solucion salina y se obtiene moderada cantidad de secreciones blanquecinas.
-Aspiracion por via orofaringea y se obtiene abundante cantidad de secreciones hialinas.
-Se realiza limpieza de endocanula y estoma con tecnica esteril.
-Cambio de gasas
-Insumos:
Sonda de succion.
jeringa pre llena
- gasas.
guantes esteriles.
Se finaliza sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 05/02/2024 16:51 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

NOTAS MÉDICAS

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica
Encuentro paciente conectadoa vneitlacion mecnaica invasiva por medio de tqt
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 11/15.
-Con barandas arriba,
-En supino
Objetivo: PATRON C: deficeincia en el desempeño musucular paciente con funcionalidad segun con FIM inicial de 18, Sin presencia de edema en miembros inferiores o superiores, piel integra, Sin presencia de dolor a la palpacion, sin presencia de escaras
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 28

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en sedente largo en cama y realizo:
-Cineciterapia activa de miembros superioers y miembros inferiores 3 series de 10 repeticiones.
- Ejercicios de alcances funcionales altos y medios de miembros superiores 3 series de 8 repeticiones.
-Ejercicios isometricos para miembros inferiores 3 repeticiones de 20 segundos bilateralmente.
-Estiramientos de tren inferiores 2 repeticiones de 30 segundos.
Se finaliza sesion sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 05/02/2024 21:42 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 9/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 con soporte de oxigeno, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, con soporte de oxigeno dado por mascara de TQT+ventury al 24%, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual
Signos de dificultad respiratoria: no refiere

NOTAS MÉDICAS

Patrón respiratorio: toracico
Expectativas con la terapia: mejorar calidad de vida

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 138/77, Presión arterial media(mmhg): 97
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 15
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Medicion del neumotaponador
Higiene de estoma y bronquial con tecnica de succion abierta, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad,
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 05/02/2024 22:35 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

MAGNESIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903854	MAGNESIO EN SUERO	Normal	2.20	mg/dL	1,6-2,3

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 05/02/2024 22:35 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	10.7	mg/dL	7-17

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 05/02/2024 22:35 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.50	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 05/02/2024 22:35 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Normal	137.00	mmol/L	137-145

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 05/02/2024 23:16 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN UCI 4

MD Especialista: Dr Juan Camilo Cleves
MD Asistencial: Dra Escobar

GLORIA SIABATO GIL
55 Años
Objetivo: ver examen físico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 8/15

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : DIAGNÓSTICOS
*Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:

NOTAS MÉDICAS

-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo

PROBLEMAS
Estado vegetativo persistente

ESCALAS
- APACHE II: 4 Puntos
- SOFA I: 6 Puntos.
- SOFA II: 6 Puntos.
- SOFA III: 6 Puntos.
- Escala de suicidio: No valorable
Cabeza
Cuero cabelludo : Normal
Cráneo : Normal
Cara
Ojos : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, bajo VMI, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar. Afebril en 12 horas, sin sangrados externos.

SIGNOS VITALES
TA: 155/94 mmhg
TAM: 114 mmhg
FC: 84 lpm
Temp. 36. 9°C
Peso aprox: 90 kg
Nariz : Normal
Boca : Normal
Oídos : Normal
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.
Pulmones : Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. Soporte de o2 por TQT con MV, fio2 24%, FR 21 rpm, SO2 96%, flujo 4lt, intercalado con VMI
IOT: 19/01/24
TQT : 03/02/24
Mamas : Normal
Abdomen
Abdomen : Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 05/02/24 #1

METABÓLICO: NET 46cc/hora
Glucometría: 142-132 mg/dl
Genitales
Genitales femeninos : Diuresis por sonda vesical GU: 2. 7cc/kg/h en 12 horas
Balance dia: -1088 ml.
Tacto vaginal : Normal
Pelvis
Pelvis : Normal
Tacto rectal : Normal
Tronco
Columna : Normal
Extremidades superiores : Normal
Extremidades inferiores : Normal
Piel y anexos
Piel y anexos : Normal
Neurológico
Neurológico : Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4. Glasgow 8/15

NOTAS MÉDICAS

Estado mental
Estado mental : Normal
Extraoral
General : Normal
Cabeza : Normal
Piel : Normal
Cuello : Normal
Maxilares : Normal
Intraoral
Cavidad oral : Normal
Mandíbula : Normal
Dientes : Normal
Tejidos : ANÁLISIS
Paciente femenina de 55 años, con diagnóstico e HC descrita, en el momento:
Hemodinámicamente estable, sin soporte vasopresor, tam en metas, no signos de hipoperfusión.
Bajo VMI tolerando o2 por MV a tqt, buen patrón ventilatorio, so2 en metas, con tqt funcional.
Tolera net con glucometrias en metas, en proceso de gastrostomía percutánea.
Diuresis conservada, con azoados normales, sin requerimiento de TRR, sin trastorno electrolítico.
Afebril durante el día, modulando sirs, sin requerimiento antibiótico, sin cultivos en curso. Tiene reporte final de del 29/01, negativos al final.
Hb estable sin, trastornos plaquetarios.
Estado neurológico secuelar, sin conexión al medio externo, solo apertura ocular, hoy sin nuevos episodios convulsivos en el día, ya con anticonvulsivantes ajustados por persistencia previa de convulsiones.
Prótesis : Pendiente toma de videotelemetria de control, para 24 horas.
Paciente en regular estado general, en plan de gastrostomía, quien requiere manejo en UCI, por necesidad de VMI.
Paladar : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos en plan de destete. + MV durante el día
- Cambio de postura cada 2 horas
- Aseo personal e higiene con clorhexidina oral por turno
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 46cc/hora

MEDICAMENTOS
- LEV: Hartman a 30 cc/hora
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Levetiracetam 10 cc sng cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg cada 12 horas
-Acido valproico ev 1500 mg de carga y continuar a 500 mg cada 8 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 preprandiales
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 8 horas
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas
-Sulfato de magnesio para medios físico cada 8 horas
Oclusión : SE SOLICITA
Paraclínicos de control

EN PROCESO
. Videotelemetría de 24 horas de control
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación - (reprogramar por previo edema de pared)
. Reporte de Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía (29/01/24)
. Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg

NOTAS MÉDICAS

*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, Fecha de diagnóstico: 05/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: descrito arriba

Plan de manejo: descrito arriba

Justificación de permanencia en el servicio: VMI Prolongada

Firmado por: JUAN CAMILO CLEVES ACEVEDO, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, Registro 761073/15, CC 1113647652

Fecha: 06/02/2024 00:17 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	10.51	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	76.0	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	15.9	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	3.4	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	3.7	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.20	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	0.80	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	7.99	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.67	10\S\3/uL	1,18-3,74

NOTAS MÉDICAS

2013	MONOCITOS #	Normal	0.36	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Alto	0.39	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.02	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Normal	0.08	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.42	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	32.8	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	10.2	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	95.9	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	29.90	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.1	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.60	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Alto	389	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	10.50	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: DANIELA ROMO CRUZ, BACTERIOLOGO, Registro 1113693434, CC 1113693434

Fecha: 06/02/2024 02:05 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 9/15, sin soporte

NOTAS MÉDICAS

vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 con soporte de oxigeno, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, con soporte de oxigeno dado por mascara de TQT+ventury al 24%, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: toracico
Expectativas con la terapia: mejorar calidad de vida

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 138/77, Presión arterial media(mmhg): 97
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Medicion del neumotaponador
Cambio de endocanula
Higiene de estoma y bronquial con tecnica de succion abierta, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad,
Rotulacion del soporte de oxigeno con fecha actual
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 06/02/2024 09:19 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: SE ABRRE FOLIO PARA SOLICITAR MEDICAMENTOS.

NOTAS MÉDICAS

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, Fecha de diagnóstico: 05/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: SANDRA LUCIA LOZANO ALVAREZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 762045-00, CC 66927613

Fecha: 06/02/2024 10:08 - Ubicación: UCI4
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Diagnóstico: EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: se encuentra paciente en cama, somnolienta, estable dentro de su condicion de salud, portadora de traquesotomia con soporte de oxigeno por mascara ventury, con nutricion enteral por sonda naso gastrica, sin conexion con el medio, sin acompañante en el momento. hospitalizada en contexto de: T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL
se realiza intervencion con previo lavado de manos y uso de epp
Objetivo: RE VALOIRACION
seguimiento por fonoaudiologia. se posiciona paciente en sedente con inclinacion de cabecera.
se realiza prueba de deglucion en seco (saliva) con blue dye test, tintutrandolengua con tinte azul vegetal, la paciene presente latencia en el reflejo deglutorio y realiza oclusion mandibular forzada.
*se avisa a terapia fisica
*informan que la prueba sale negativa por el momento
Expectativas con la terapia: no aplica

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: CONDUCTA A SEGUIR
. Nada via oral.
. Nutricion enteral
. seguimeinto por fonoaudiologia.

NOTAS MÉDICAS

. higiene oral
. medidas antireflujo.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MARIA DEL CARMEN VELOZA RAMIREZ, FONOAUDIOLOGO, Registro 1144091587, CC 1144091587

Fecha: 06/02/2024 10:35 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : *EVOLUCIÓN UCI 4**

MD. Especialista: Dr. Sandra Lucia Lozano
MD. Asistencial: Dra. Andrea Diaz

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
*Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:
-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo

PROBLEMAS
Estado vegetativo persistente
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, bajo VMI, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar

SIGNOS VITALES
TA: 140/92 mmhg

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

TAM: 112 mmhg
FC: 112 lpm
Temp. 36. 7°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. Soporte de o2 por TQT con MV, fio2 24 %, FR 24 rpm, SO2 98%, flujo 4lt, intercalado con VMI
IOT: 19/01/24
TQT : 03/02/24

GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 06/02/24 #1

METABÓLICO: NET 46cc/hora
Glucometría: 142-132, 183mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 2. 1cc/kg/h en 24 horas
Balance dia: -1486 ml.
Cráneo : HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 12 horas, temperatura maxima, 36. 9, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4.
Glasgow 8/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Cara
Ojos : CULTIVOS

30/01/24 COPROCULTIVO NEGATIVO PARA Salmonella Shigella, Aeromonas y Plesiomonas,
SE CULTIVO MICROBIOTA NORMAL.

30/01/24 - Ag y Toxina para clostridium: Negativos

29/01/24 - Urocultivo: Negativo

29/01/24 - Hemocultivos #2 periféricos: Negativos a las 72 horas (final)
Barrio de picc - Negativo a las 48 horas (final)
Nariz : ANÁLISIS 6/2/2024:

Se valora paciente portando mascarilla, previa higiene de manos. Con medidas universales para evitar infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Paciente 55 años con antecedente de HTA, ingresa en contexto de trauma múltiple por accidente de tránsito. Se documentó lesión axonal difusa II, con secuelas neurológicas dadas por estado vegetativo persistente
Hoy se encuentra más despierta, con apertura ocular al llamado, reacciona a los estímulos con localización, movilizando las cuatro extremidades, no hay desviación de la mirada, no hay movimientos que sugieren convulsiones, pareciera estar más conectada con el medio, tiene pendiente realizar la videotelemetría.
Tiene cifras tensionales fuera de metas, aumentó el nifedipino a 60 mg cada 8 hr
Con tolerancia al retiro de la ventilación mecánica, no hay compromiso de la oxigenación, tiene patrón respiratorio adecuado. Traqueostomía con cánula permeable y balón funcional.
Boca : Tiene pendiente la programación de gastrostomía pues la anterior fué fallida por importante edema en pared abdominal. Tolera la nutrición, sin deposiciones diarreicas, requiriendo antidiarreico. Se pasa gastroprotección a vía enteral.
Glucometrías controladas.
Sin procesos infecciosos activos.
Se realiza reposición de magnesio por bajos niveles en el control.
Continuamos con rehabilitación integral por fonoaudiología, ocupacional, física y respiratoria.

NOTAS MÉDICAS

Oídos : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos en plan de destete. + MV durante el día
- Cambio de postura cada 2 horas
- Aseo personal e higiene con clorhexidina oral por turno
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 46cc/hora

MEDICAMENTOS
- LEV: Hartman a 30 cc/hora
- Omeprazol 40 mg IV cada dia
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por SNY
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sng cada 12 horas
- Lacosamida 1 gr cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas
- Nifedipino 60 mg VO cada 8 horas ajuste
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas
-Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
Tórax
Tórax : SE SOLICITA
Paraclínicos de control
Se solicita: kit para gastrostomía endoscópica

EN PROCESO
. Videotelemetría de 24 horas de control
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación 05/02/24 - (reprogramar por previo edema de pared)
. Reporte de Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía (29/01/24)
. Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, Fecha de diagnóstico: 05/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

NOTAS MÉDICAS

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: SANDRA LUCIA LOZANO ALVAREZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 762045-00, CC 66927613

Fecha: 06/02/2024 10:50 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: DIAGNÓSTICOS
*Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:
-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo
paciente en regulares ciondiciones generales, con apertura ocular espontanea, no se relaciona con el medio,
Objetivo: paciente con glasgow 8/15
paciente con tqt con soporte de oxigeno por mascara de tqt con ventury al 24%
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: permeabilizar la via aerea

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 162/100, Presión arterial media(mmhg): 120
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 128 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 22
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo del tto: permeabilizar la via aerea
favorecer ventilacion y oxigenacion
se le realiza monitoreo, posicionamiento en cama, tecnicas de higiene de via aerea por medio de sistema de succion abierta, se obtiene secreciones mucoides por tot y boca, paciente tolera tto
no se evidencia salida de azul vegetal
se ajusta presion del neumotaponador
se deja con barandas arriba y cabecera a 45°
insumos 1 sonda de succion, 1 jeringa, prellenada, 1 par de guantes.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JULIETH ALEXANDRA CASTAÑEDA LOZANO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 761044, CC 66872818

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 06/02/2024 15:18 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente 1er año, Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24)
2. Trauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea

EXAMEN FÍSICO:
VMI-IOT
sin sedoanalgesia
glasgow O3V1M4 glasgow 8/15
No sigue órdenes
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva,
Reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Diuresis por sonda vesical GU: 2. 1cc/kg/h en 24 horas
Balance dia: -1486 ml.

Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2

PARACLÍNICOS:

NOTAS MÉDICAS

05. 02. 2O24 MAGNESIO2. 2 BUN 1O. 7 POTASIO 4. 5 SODIO 137 HEMOGRAMA LEU 10510 NEU 7990 LIN 1670 HB 10. 2 HEMATOCRIOT 32. 8 VCM 95. 9 PLA 389. 000

04. 02. 2024 CLORO 104 BUN 12. 8 POTASIO4. 2 SODIO 136 CREA 0. 47 HEMOGRAMA LEU 8760 NEU 5970 LIN 1720 HB 9. 7 HEMATOCRITO 31. 1 VCM 96. 1 PLA 356. 000
03/02/24 Cloro 104 Fosforo 2. 9 Magnesio 2. 1 Potasio 4. 1 Sodio 137
02. 02. 2024 K 3. 9 NA 136 GASES: FIO2 24% PH 7. 42 PCO2 41 PO2 87 HCO3 26. 6 BE 1. 9 LEU 10530 NEU 6430 LINF 2810 HTO 29. 2 HB 9. 3 VCM 96 HCM 31. 8 PLT 335000 PT 12. 2 (11. 5) PTT 32. 1 (29) INR 1. 06 VANCOMICINA 16. 89
01. 02. 2024 BUN 20 POTASIO4. 4 SODIO 135 CRE 0. 5 HEMOGRAMA LEU 11260 NEU 7160 LIN 2620 HB 10. 8 VCM 96. 4 PLA126. 000 GASES FIO2 24 PCO2 36 PH 7. 45 PO2 84 CHO3 25 BE 1

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años quien presentó politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo, sin necesidad de manejo neuroquirurgico. Tomografia de ingreso evidencio HSA traumatica hacia la convexidad, hematoma lamelar tentorial derecho y sangrados puntiformes hacia la convexidad. Se sospechó lesion axonal difusa por compromiso en estado de conciencia, sin una lesion que lo explicase en tomografia. En RMN cerebral simple del 29/01/24 se documentó lesion axonal difusa grado II con compromiso de la sustancia blanca de los centros semiovales a predominio derecho a nivel de la convexidad y el esplenio del cuerpo calloso, la cual explica su alteracion en el estado de conciencia.

Paciente en quien se documento estatus epileptico no motor, se inició manejo con midazolam, hoy con intentosde apertura ocular espontanea, lozalizando en 4 extremidades, ajustasn manejo anticionvulsivante, estamos atentos a realizacion de telemetría de control.

Por otra parte Cursó con Neumonía nosocomial por multiples germenes (serratia marcenscens, SARM, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii con presencia de gen mecA) recibio manejo con vancomicina x 7 dias. tiene Hemocultivos realizados el 29/01/24 y urocultivo negativos en su reporte final. Por el momento no se realizan ajustes en el manejo médico. estamos atentos a relizacion de gastrostomia, la cual fue diferedia por edema en pared, una vez con este soporte y se logre desmonte de vmi, podrá ser trasladada a la sala y continuar con terapia de rehabilitacion integral.

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, Fecha de diagnóstico: 05/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: IRIS TATIANA MONTES GONZALEZ, NEUROCIRUJANO, Registro 761644, CC 1107042140

Fecha: 06/02/2024 15:23 - Ubicación: UCI4
Terapias - FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION

NOTAS MÉDICAS

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Rehabilitación Pulmonar
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL

ANAMNESIS
Subjetivo: Seguimiento por rehabilitacion pulmonar
Objetivo: Paciente en cama en seguimiento por rehabilitacion pulmonar, tolerando destete a mascara de traqueostomia tolerando 48 horas el dia de hoy, ahora con patron respiratorio estable, sin signos de fatioga muscular respiratoria, expansion de torax simetrica, con formacion de tacos por traqueostomia, hemodinamicamente sin soporte, osteomuscular arcos de movilidad funcionales, fuerza no valorable pero hay movimiento en hemicuerpo derecho sin proposito, tegumentario traqueostomia fen con balon funcional con epp.
Expectativas con la terapia: igual

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 162/100, Presión arterial media(mmhg): 120
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 110 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Estado de conciencia: Paciente con déficit cognitivo/Motor

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :igual

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: paciente tolerando destete a mascara de traqueostomia, neurologicamente en iguales condiciones, continuar transicion a sedente al borde de la cama, estimulacion de reacciones de enderezamiento, continuar seguimiento por rehabilitacion pulmonar, se comenta con asistencial de turno.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: VIVIANA DE LA CRUZ ROSAS, FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION, Registro 38684128, CC 38684128

Fecha: 06/02/2024 17:03 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: SE ABRE FOLIO PARA REFORMULAR
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, Fecha de diagnóstico: 05/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.
Firmado electrónicamente

NOTAS MÉDICAS

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: BETTY ANDREA DIAZ MENESES, MEDICINA GENERAL, Registro 59805745, CC 59805745

Fecha: 06/02/2024 17:16 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, Fecha de diagnóstico: 05/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: BETTY ANDREA DIAZ MENESES, MEDICINA GENERAL, Registro 59805745, CC 59805745

Fecha: 06/02/2024 18:39 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, despierta, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 8/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial tipo TQTQ(03/02/2024) con soporte adicional de O2.
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial tipo TQT#7, 0 fenestrada con endocanula lisa, estoma sin signos de infeccion, con soporte adicional de O2 de alto flujo dado por MTQT con FiO2:24% a 4lpm con humidificador, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, roncus generalizados.
A la palpacion: No se perciben crepitos, ni enfisema subcutaneo.
Reflejo carinal y nauseoso presentes.

NOTAS MÉDICAS

Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toraco-abdominal simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 160/95, Presión arterial media(mmhg): 116
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 102 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable, cuidados de TQT

Se realiza:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-AFE lenta y rapida
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion abierta con tecnica esteril, movilizando moderada cantidad de secreciones mucoides con trazos azules
-Succion de orofaringe
-Limpieza de estoma y endocanula + cambio de gasas
-Se mantiene soporte adicional de O2
-Se utiliza: Jeringa prellena, sonda succion regulador#14, guantes esteriles#7, 5, gasas

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, queda con barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 06/02/2024 18:40 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 7/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial tipo TQT(03/02/2024) con soporte adicional de O2.
Objetivo: A la observacion: Extremidades simetricas y moviles, arcos de movilidad articulares funcionales para la edad, piel reseca, sin edema, obesa
Fuerza muscular generalizada 3/5MRC, control de tronco, retracciones musculares importantes en cintura pelvica
Sensibilidad superficial, propiocepcion, equilibrio y coordinacion no evaluables
No realiza marcha dinamica en el momento
Dependencia severa para realizar sus AVD y ABC
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 122/77, Presión arterial media(mmhg): 92
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 81 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Prevenir sindrome de debilidad muscular adqurido en UCI

Se realiza:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Movilidad articular pasiva generalizada 1S/10R
-Descargas de peso en tren inferior
-Ejercicios de bombeo circulatorio en las 4 extremidades 3S/15R
-Estiramientos sostenidos de los grandes grupos musculares por 20seg C/U

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 06/02/2024 19:51 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: Paciente con via aérea artifical dada por traqueostomia funcional con tienda de traqueostomia + ventury a24%
GLASGOW 7/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica.
Patron respiratorio toracoabdominal.
A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: no tiene
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo terapeutico:
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de complicaciones respiratorias

NOTAS MÉDICAS

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TQT (tecnica esteril) obteniendo secreciones mucoides
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina
cuidados de traqueostomia: limpieza area estoma, permeabilizacion endocanula, cambio gasas
Verficiacion de presión de neumotaponador 25

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.
1 guantes esteriles
1 gasa.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 06/02/2024 20:38 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - CIRUGIA CARDIOVAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI 4**

MD. Especialista: Dr. Carlos Lizcano
MD. Asistencial: Dra. Jimena Chaves

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
*Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:

NOTAS MÉDICAS

-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo

PROBLEMAS
Estado vegetativo persistente
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, bajo VMI, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar

SIGNOS VITALES
TA: 176/71mmhg
TAM: 106 mmhg
FC: 122 lpm
Temp. 36. 7°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. Soporte de o2 por TQT con MV, fio2 24 %, FR 23 rpm, SO2 95%, flujo 4lt, intercalado con VMI
IOT: 19/01/24
TQT : 03/02/24

GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 06/02/24 #1

METABÓLICO: NET 46cc/hora
Glucometría: 126-126 mg/dl
Cráneo : GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 1. 4 cc/kg/h en 12 horas
Balance dia: - 118 ml.

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 12 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4.
Glasgow 8/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Cara
Ojos : Analisis:
Paciente con diagnosticos descritos. Actualmente:
. Condición neurológica secuelar, glasgow 8/15, sin parente déficit agudo.
. Hemodinámicamente estable, sin requerir vasopresor, TAM en metas, sin bajo gasto.
. En vmi por tqt, acoplada, saturación en normalidad.
. Tolerando NET adecuadamente, glucometrias en normalidad.
En espera de programar gastrostomía.
. Diuresis en normalidad, sin indicación de terapia dialítica.
. Afebril, sin sirs, sin indicación de antibioticoterapia.
. Sin sangrado activo.
Paciente con soporte ventilatorio invasivo, requiere monitoria UCI.
Nariz : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCI
- Cabecera a 45°
- VMI parámetros dinámicos en plan de destete. + MV durante el día

NOTAS MÉDICAS

- Cambio de postura cada 2 horas
- Aseo personal e higiene con clorhexidina oral por turno
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 46cc/hora

MEDICAMENTOS
- LEV: Hartman a 30 cc/hora
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por SNY
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas
- Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sng cada 12 horas
- Lacosamida 1 gr cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas
- Nifedipino 60 mg VO cada 8 horas
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas
-Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas

Boca : SE SOLICITA
Paraclínicos de control

EN PROCESO
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación 05/02/24 - (reprogramar por previo edema de pared)
. Reporte de Videotelemetría 24 horas indicada por neurocirugía (29/01/24)
. Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Lactato < 2 mmol/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl
* Fósforo entre 2. 5 y 3. 5 mmol/dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, Fecha de diagnóstico: 05/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: monitoria cada hora soprote ventilaotrio invasivo
altros requerimeitnos por enfermeria y terapai respiratoria.

Firmado por: CARLOS ALBERTO LIZCANO BALBUENA, CIRUGIA CARDIOVAS, Registro 68523/97, CC 91265248

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 07/02/2024 05:32 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo:

Paciente con via aérea artifical dada por traqueostomia funcional con tienda de traqueostomia + ventury a24%
GLASGOW 7/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica.
Patron respiratorio toracoabdominal.
A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: sin alteracion
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo terapeutico:
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de complicaciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TQT (tecnica esteril) obteniendo secreciones mucoides
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina
cuidados de traqueostomia: limpieza area estoma, permeabilizacion endocanula, cambio gasas
Verficiacion de presión de neumotaponador 25

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.
1 guantes esteriles
1 gasa.

NOTAS MÉDICAS

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 07/02/2024 08:45 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: Se abre folio para cargar ordenes médicas
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, Fecha de diagnóstico: 05/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: SANDRA LUCIA LOZANO ALVAREZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 762045-00, CC 66927613

Fecha: 07/02/2024 09:42 - Ubicación: UCI4
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Diagnóstico: EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: se encuentra paciente en cama, somnolienta, estable dentro de su condicion de salud, portadora de traquesotomia con soporte de oxigeno por mascara ventury, con nutricion enteral por sonda oro gastrica, sin conexion con el medio, sin acompañante en el momento. con diagnosticos anotados
se realiza intervencion con previo lavado de manos y uso de epp
Objetivo: *BLUE DYE TEST EN SECO (SALIVA) POSITIVO POR POSIBLE ESCURRIMIENTO POSTERIOR INFORMADO POR FISIOTERAPEUTA
*NUTRICION ENTERAL POR SONDA OROGASTRICA
Expectativas con la terapia: sin cambios

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: seguimiento por fonoaudiologia. se encuentra a la apciente en estudio de telemetria, se observa somnolienta con poca repsuesta a estimulos, con soporte nutricional orogastrica.
CONDUCTA A SEGUIR
. Nada via oral.
. Nutricion enteral
. seguimeinto por fonoaudiologia.
. higiene oral
. medidas antireflujo.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MARIA DEL CARMEN VELOZA RAMIREZ, FONOAUDIOLOGO, Registro 1144091587, CC 1144091587

Fecha: 07/02/2024 10:56 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 9/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0 con soporte de oxigeno, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, con soporte de oxigeno dado por mascara de TQT+ventury al 24%, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual
Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: toracico
Expectativas con la terapia: mejorar calidad de vida

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 135/65, Presión arterial media(mmhg): 88
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO

NOTAS MÉDICAS

Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Medicion del neumotaponador
Cambio de endocanula, hiladilla
Higiene de estoma y bronquial con tecnica de succion abierta, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad,
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

EDUCACIÓN
El paciente responde la evaluación.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 07/02/2024 11:23 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN UCI 4

MD Especialista: Dra Lozano
MD Asistencial: Dra Escobar

GLORIA SIABATO GIL
55 Años
Objetivo: ver examen físico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 8/15

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : DIAGNÓSTICOS
*Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:
-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo

PROBLEMAS
Estado vegetativo persistente

NOTAS MÉDICAS

ESCALAS
- APACHE II: 4 Puntos
- SOFA I: 6 Puntos.
- SOFA II: 6 Puntos.
- SOFA III: 6 Puntos.
- Escala de suicidio: No valorable

Cabeza
Cuero cabelludo : Normal
Cráneo : Normal
Cara
Ojos : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar, con o2 suplementario a tqt, por MV. Afebril en 24 horas, sin sangrados externos.

SIGNOS VITALES
TA: 127/79 mmhg
TAM: 93 mmhg
FC: 108 lpm
Temp. 37°C
Peso aprox: 90 kg
Nariz : Normal
Boca : Normal
Oídos : Normal
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.
Pulmones : Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. Soporte de o2 por TQT con MV, fio2 24%, FR 20 rpm, SO2 97%, flujo 4lt, intercalado con VMI
IOT: 19/01/24
TQT : 03/02/24
Mamas : Normal
Abdomen
Abdomen : Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 06/02/24 #1

METABÓLICO: NET 46cc/hora
Glucometría: 126-126-167 mg/dl
Genitales
Genitales femeninos : Diuresis por sonda vesical GU: 1. 0 cc/kg/h en 24 horas
Balance dia: +204 ml
Balance acumulado: - 760 ml
Tacto vaginal : Normal
Pelvis
Pelvis : Normal
Tacto rectal : Normal
Tronco
Columna : Normal
Extremidades superiores : Normal
Extremidades inferiores : Normal
Piel y anexos
Piel y anexos : Normal
Neurológico
Neurológico : Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4. Glasgow 8/15
Estado mental
Estado mental : Normal
Extraoral
General : Normal
Cabeza : Normal
Piel : Normal
Cuello : Normal
Maxilares : Normal

NOTAS MÉDICAS

Intraoral
Cavidad oral : Normal
Mandíbula : Normal
Dientes : ANÁLISIS 07/02/2024:
Se valora paciente portando mascarilla, previa higiene de manos. Con medidas universales para evitar infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Paciente femenina de 55 años con antecedente de HTA, ingresa en contexto de trauma múltiple por accidente de tránsito. Se documentó lesión axonal difusa II, con secuelas neurológicas dadas por estado vegetativo persistente
Hoy luce algo somnolienta pero despertable, con apertura ocular al llamado, reacciona a los estímulos con localización, movilizando las cuatro extremidades, no hay desviación de la mirada, no hay movimientos que sugieren convulsiones. En el momento conectada a videotelemetria, desde ayer en la noche.
Se indica suspender paracetamol, se deja acetaminofen con codeína, para mantener confort y evitar dolor.
Hemodinámicamente estable, hoy con cifras tensionales más controladas, con ajusta realizado ayer del antihipertensivo, fc controlada, sin eventos cardiovasculares en curso.
Tejidos : Recibe soporte de o2 por tqt funcional por MV, destetada de la VMI hace 4 días, con buen patrón ventilatorio, so2 en metas.
Tolera net, con glucometrias en metas, tiene pendiente realizar gastrostomía percutánea, la cual está programada para el día de mañana en la tarde.
Diuresis conservada, con función renal estable, hoy no tenemos electrolitos.
Afebril, sin procesos infecciosos activos, ni requerimiento antibiótico ni cultivos en curso. Hoy no contamos con hemograma.
Se ordena control de paraclínicos para dejarlos al día, con tiempos de coagulación, por procedimiento programado mañana.
Continuamos con rehabilitación integral por fonoaudiología, ocupacional, física y respiratoria.
Prótesis : Paciente en regular condición clínica, se deja monitoria ucin, por destete mayor de 48 horas de la VMI.
Familiar enterado de su condición y plan de manejo, refiere entender y aceptar.
Paladar : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCIN
- Cabecera a 45°
- Soporte de o2 por MV a tqt, para so2 > 92%
- Cambio de postura cada 2 horas
- Aseo personal e higiene con clorhexidina oral por turno
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 4 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
- Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 46cc/hora **Diferir net mañana a las 5:00 am)

MEDICAMENTOS
- LEV: Hartman a 30 cc/hora
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas **Diferir por procedimiento mañana **
-Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs **Suspender
-Acetaminofen + Codeina 325/30 mg 1 tab sog cada 12 horas **Nuevo **
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 1 gr cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas sog
- Nifedipino 60 mg VO cada 8 horas sog
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas sog
Oclusión : -Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas

SE SOLICITA
Paraclínicos de control con tiempos de coagulación, ahora.

EN PROCESO
. Videotelemetría por 24 horas (Inicio 06/02/24 - 11:00 pm)
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación (programada 08/02/24 - 3:00 PM)
. Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg

NOTAS MÉDICAS

*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, Fecha de diagnóstico: 05/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: descrito arriba

Plan de manejo: descrito arriba

Justificación de permanencia en el servicio: Reciente destete de la VMI
Monitoria hemodinámica continua
Requerimiento de enfermeria y terapia respiratoria cada 2 horas

Firmado por: SANDRA LUCIA LOZANO ALVAREZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 762045-00, CC 66927613

Fecha: 07/02/2024 11:43 - Ubicación: UCI4
Procedimientos - GRUPO PICC

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

Consentimiento informado: Lo tiene

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO (Previo, Posterior, Primario), V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

Anestesia: No

Procedimientos después de la nota: P965902 - 965902 Lavado, Irrigacion Y Cuidados De Herida En Area Especial, Cantidad 1.

Descripción del procedimiento: CURACION DE CATETER PICC.

Paciente femenina ubicada en el servicio de UCI 4 con diagnostico de Múltiples traumatismos, previo a procedimiento realizo lavado de manos y utilizo elementos de protección personal correspondientes, portador de catéter PICC 5FR POWER BILUMEN, ubicado en miembro superior izquierdo, fecha de inserción:23/01/24, fecha de última curación:06/01/24, está cubierto con aposito transparente simple, el cual se encuentra integro, rotulo con fecha de inserción, fecha de última curación y nombre del responsable, válvulas libre de aguja se observan limpias, dispositivo a nivel 0, el sitio de inserción se observa con sangre seca, condiciones de la piel: integra. Se procede a realizar la curación.

NOTAS MÉDICAS

Usando mecanismos de protección, previo lavado de manos, bajo técnica limpia se hace retiro del apósito transparente. Bajo estricta técnica aséptica, usando aplicador que contiene clorhexidina al 2% se limpia sitio de inserción, alrededor y cuerpo del catéter, se retira estabilizador. Se fija a la piel con estabilizador libre de sutura, cubro con aposito transparente simple. En puertos, cambio válvulas libre de aguja presión positiva previamente purgadas, realizo asepsia de puertos con isopañin que contiene alcohol isopropílico e irrigo con jeringas prellenas de cloruro de sodio al 0. 9% de 10 cc, uso técnica pulsátil. Presenta permeabilidad total en lumen rojo, lumen lila son resistencia moderada se irriga hasta permeabilizar en su totalidad, retorno venoso en ambos lumenes, se observa mayor retorno en lumen rojo, se toman examenes de laboratorio.

Queda catéter: Con bordes reforzados y rotulado con fecha y persona responsable, las extensiones y clamps limpios.
Se Brinda educación jefe de turno sobre cuidados generales del cateter, informar si se presenta alguna anormalidad relacionada con el dispositivo, fecha de próxima curación:14/02/24. No se presentan complicaciones, se informa a jefe de turno.

Observación: Favor irrigar dispositivo con mayor frecuencia y asi evitar obstrucción del mismo.

Materiales después de la nota: 29536, 29536 Aposito transparente fijacion cateter central 8. 5 cm x 11. 5 cm, UNIDAD, 1
25891, 25891 Estabilizador PICC sin Sutura VPPCSP, UNIDAD, 1
25890, 25890 Jeringa Prellena Con Solucion Salina 0. 9% X 10 ml, UNIDAD, 2
252916, 252916 Tapon libre de aguja MZ1000, UNIDAD, 2
30133, Guantes para cirugia n. 6. 1/2 esteril, UNIDAD, 1
26029, 26029 Aplicador esteril Clorhexidina 2% Alcohol 70% x 1 ml, UNIDAD, 1

Complicación: No

Se envía muestra: No

Equipo de Trabajo:
ENFERMERA ESPECIALISTA, LAURA ANDREA OROZCO ABADIA
CIRCULANTE, MICHELLE GONZALEZ MEDINA.

Firmado por: LAURA ANDREA OROZCO ABADIA, GRUPO PICC, Registro 1143864826, CC 1143864826

Fecha: 07/02/2024 11:50 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, despierta, sin sedoanalgesia, Glasgow 8/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial tipo TQT(03/02/2024) con soporte adicional de O2.
Objetivo: A la observacion: Extremidades simetricas y moviles, arcos de movilidad articulares funcionales para la edad, piel reseca, sin edema, obesa, hipotonia generalizada
Fuerza muscular generalizada 3/5MRC, control de tronco, retracciones musculares importantes en cintura pelvica
Sensibilidad superficial, propiocepcion, equilibrio y coordinacion no evaluables
No realiza marcha dinamica en el momento
Dependencia severa para realizar sus AVD y ABC
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 125/74, Presión arterial media(mmhg): 91
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio musculoesqueletico: PATRON B y C

PLAN DE TRATAMIENTO

NOTAS MÉDICAS

Intervención: Objetivo: Prevenir sindrome de debilidad muscular adqurido en UCI

Se realiza:
-Posicionamiento en cama sedente largo
-Movilidad articular pasiva generalizada 1S/10R
-Descargas de peso en tren inferior
-Estimulacion sensitiva, auditiva
-Ejercicios de bombeo circulatorio en las 4 extremidades 3S/15R
-Estiramientos sostenidos de los grandes grupos musculares por 20seg C/U

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, quedan barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 07/02/2024 11:51 - Ubicación: UCI4
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Motivo de consulta: Seguimiento por nutricion
Enfermedad actual: *Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:
-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Sistema neurológico:.

.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: No adecuado Aporte calórico: No adecuado

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :06. 02. 2024
LEU 10. 51 LEUCOCITOSIS, NEU 76 NEUTROFILIA, LINF 15. 9 LINFOCITOPENIA, HB 10. 2 ANEMIA SEVERA, PQT 389 TROMBOCITOSIS

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, Fecha de diagnóstico: 05/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico:

NOTAS MÉDICAS

20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

Requerimientos Nutricionales
Requerimientos nutricionales: Si Tipo de nutrición: Enteral

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: Paciente femenino de 55 años en seguimiento por nutricion, paciente en cama, somnoliento, recibiendo oxigeno por medio de traqueostomia acoplada a ventury. Paciente con diagnosticos anotados en historia clinica. Paraclinicos 06. 02. 2024 hemograma que indica leucocitosis, neutrofilia, linfocitopenia, anemia severa, trombocitosis. Paciente recibiendo nutricion enteral con glucerna 1. 5 LPC a 45 cc/h, sin reportes de intolerancias relacionadas con la nutricion enteral, por lo que se indica continuar el plan de manejo actual.
Plan de manejo: ----------

-Nutricion enteral con glucerna 1. 5 LPC x 1000 ml en infusion continua meta de 46 cc/h
-Vigilar tolerancia a la nutricion enteral
-Irrigar sonda con 40 ml cada 4 horas
-Seguimiento por nutricion
Observaciones: Se atiende paciente con todos los EPP.

Firmado por: NICOLAS DELGADO SANCHEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1113695963, CC 1113695963

Fecha: 07/02/2024 12:16 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	10.30	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Normal	70.1	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Normal	19.9	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	3.8	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	5.7	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.20	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	0.30	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	7.22	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	2.05	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.39	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Alto	0.59	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.02	10\S\3/uL	0,01-0,08

NOTAS MÉDICAS

2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Normal	0.03	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.38	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	32.3	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	10.3	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	95.5	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	30.40	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.9	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.30	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Normal	346	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	10.20	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: VIVIANA VILLEGAS PORRAS, BACTERIOLOGO, Registro 1130674633, CC 1130674633

Fecha: 07/02/2024 12:31 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: Se abre folio para formulación
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, V031 - PEATON LESIONADO

NOTAS MÉDICAS

POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: NATHALY ANDREA ESCOBAR VELASCO, MEDICINA GENERAL, Registro 123509, CC 67026915

Fecha: 07/02/2024 12:33 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Normal	104.00	mmol/L	98-107

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 07/02/2024 12:33 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	15.5	mg/dL	7-17

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 07/02/2024 12:33 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.50	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 07/02/2024 12:33 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Normal	137.00	mmol/L	137-145

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 07/02/2024 12:33 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Bajo	0.44	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 07/02/2024 12:50 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	Alto	12.7	Seg	9,4-12,5

Firmado por: VIVIANA VILLEGAS PORRAS, BACTERIOLOGO, Registro 1130674633, CC 1130674633

Fecha: 07/02/2024 12:50 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
902049	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)	Normal	33.30	Seg	25,1-36,5

Firmado por: VIVIANA VILLEGAS PORRAS, BACTERIOLOGO, Registro 1130674633, CC 1130674633

Fecha: 07/02/2024 13:19 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

NOTAS MÉDICAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente 1er año, Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24)
2. Trauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea

EXAMEN FÍSICO:

sin sedoanalgesia
glasgow O3V1M4 glasgow 8/15
No sigue órdenes
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva,
Reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2

PARACLÍNICOS:

05. 02. 2O24 MAGNESIO2. 2 BUN 1O. 7 POTASIO 4. 5 SODIO 137 HEMOGRAMA LEU 10510 NEU 7990 LIN 1670 HB 10. 2 HEMATOCRIOT 32. 8 VCM 95. 9 PLA 389. 000

04. 02. 2024 CLORO 104 BUN 12. 8 POTA59O4. 2 SODIO 136 CREA 0. 47 HEMOGRAMA LEU 8760 NEU 5970 LIN 1720 HB 9. 7 HEMATOCRITO 31. 1 VCM 96. 1 PLA 356. 000
03/02/24 Cloro 104 Fosforo 2. 9 Magnesio 2. 1 Potasio 4. 1 Sodio 137
02. 02. 2024 K 3. 9 NA 136 GASES: FIO2 24% PH 7. 42 PCO2 41 PO2 87 HCO3 26. 6 BE 1. 9 LEU 10530 NEU 6430 LINF 2810 HTO 29. 2

NOTAS MÉDICAS

HB 9. 3 VCM 96 HCM 31. 8 PLT 335000 PT 12. 2 (11. 5) PTT 32. 1 (29) INR 1. 06 VANCOMICINA 16. 89
01. 02. 2024 BUN 20 POTASIO4. 4 SODIO 135 CRE 0. 5 HEMOGRAMA LEU 11260 NEU 7160 LIN 2620 HB 10. 8 VCM 96. 4 PLA126. 000 GASES FIO2 24 PCO2 36 PH 7. 45 PO2 84 CHO3 25 BE 1

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años quien presentó politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo, sin necesidad de manejo neuroquirurgico. Tomografia de ingreso evidencio HSA traumatica hacia la convexidad, hematoma lamelar tentorial derecho y sangrados puntiformes hacia la convexidad. Se sospechó lesion axonal difusa por compromiso en estado de conciencia, sin una lesion que lo explicase en tomografia. En RMN cerebral simple del 29/01/24 se documentó lesion axonal difusa grado II con compromiso de la sustancia blanca de los centros semiovales a predominio derecho a nivel de la convexidad y el esplenio del cuerpo calloso, la cual explica su alteracion en el estado de conciencia.

Paciente en quien se documento estatus epileptico no motor, se inició manejo con midazolam, ahora apertura ocular espontanea, sin seguir órdenes lozalizando en 4 extremidades, ajustasn manejo anticonvulsivante. ya conectada a telemetria de control, posterior a manejo de estatus

Por otra parte Cursó con Neumonía nosocomial por multiples germenes (serratia marcenscens, SARM, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii con presencia de gen mecA) reltivosmanejo con vancomicina x 7 dias, con Hemocultivos realizados el 29/01/24 y urocultivo negativos en su reporte final. Por el momento no se realizan ajustes en el manejo médico. estamos atentos a relizacion de gastrostomia (tentativamente el diade mañana), la cual fue diferedia por edema en pared, y continuar rehabilitación. ya retirod e vmi, recibe o2 por mascara venturi por tot. de momento no requiere alguna intervencion neuroquiurgica.

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: IRIS TATIANA MONTES GONZALEZ, NEUROCIRUJANO, Registro 761644, CC 1107042140

Fecha: 07/02/2024 16:00 - Ubicación: UCI4
Terapias - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Ocupacional Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente estable, no alerta, con traqueostomía sin soporte de oxígeno y sin evidencia de dificultad respiratoria. Se atendió de acuerdo al protocolo institucional para la prevención de contagio por Covid 19.

NOTAS MÉDICAS

Objetivo: No aplica.
Expectativas con la terapia: Sin cambios.

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se desarrolló sesión orientada a la prevención de defromidades osteomuculares, favoreciendo alineación de segmentos corporales con medios blandos, que soportan posicionamiento antiedema para miembros superiores y posición plantígrada en miembros inferiroes. Dejo estable, con barandas de seguridad elevadas.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JENNIFER RIASCOS SUAREZ, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1151959063, CC 1151959063

Fecha: 07/02/2024 16:55 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, despierta, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 8/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial tipo TQTQ(03/02/2024) con soporte adicional de O2.
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial tipo TQT#7, 0 fenestrada con endocanula lisa, estoma sin signos de infeccion, con soporte adicional de O2 de alto flujo dado por MTQT con FiO2:24% a 4lpm con humidificador, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, roncus generalizados.
A la palpacion: No se perciben crepitos, ni enfisema subcutaneo.
Reflejo carinal y nauseoso presentes.
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toracico superior simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 122/74, Presión arterial media(mmhg): 90
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 86 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable, cuidados de TQT

Se realiza:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-AFE lenta y rapida
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion abierta con tecnica esteril, movilizando moderada cantidad de secreciones mucoides
-Succion de orofaringe
-Limpieza de estoma y endocanula + cambio de gasas
-Destete de O2 adicional

NOTAS MÉDICAS

-Se utiliza: Jeringa prellena, sonda succion regulador#14, guantes esteriles#7, 5, gasas

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, queda con barandas arriba.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Higiene postural
El cuidador responde la evaluación.
Parentesco: HIJO (A)
Comprendió el tema: Si.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 07/02/2024 20:52 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica Encuentro paciente sin soporte de o2 paciente en tienda de tqt #7. 0
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 10/15
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: toraco abdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en sedente largo y realizo:
-Compresiones toracicas.
- Aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion, tecnica esteril e instilacion de solucion salina y se obtiene moderada cantidad de secreciones blanquecinas.
-Aspiracion por via orofaringea y se obtiene escasa cantidad de secreciones hialinas.
-Se realiza limpieza de endocanula y estoma con tecnica esteril.
-Cambio de gasas
-Insumos:
Sonda de succion.
jeringa pre llena
- gasas.
guantes esteriles.
Se finaliza sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

NOTAS MÉDICAS

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 07/02/2024 22:03 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICINA DE URGENCIAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : EVOLUCIÓN UCI 4**

MD. Especialista: Dra. Kevin Gomez
MD. Asistencial: Dra. Andrea Diaz

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
*Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:
-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo

PROBLEMAS
Estado vegetativo persistente

ESCALAS
- APACHE II: 4 Puntos
- SOFA I: 6 Puntos.
- SOFA II: 6 Puntos.
- SOFA III: 6 Puntos.
- Escala de suicidio: No valorable
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Paciente en estado crítico, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar, con o2 suplementario a tqt, por MV.

SIGNOS VITALES
TA: 125/82 mmhg
TAM:96 mmhg
FC: 93 lpm
Temp. 36. 4°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. Soporte de o2 por TQT con MV, fio2 24 %, FR 27 rpm, SO2 97%, flujo 4lt, intercalado con VMI
IOT: 19/01/24
TQT : 03/02/24

GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 06/02/24 #1

METABÓLICO: NET 46cc/hora
Glucometría: 104, 168 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 0. 6cc/kg/h en 12 horas
Balance dia: +66 ml
Balance acumulado: - 760 ml
Cráneo : HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4.
Glasgow 8/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Cara
Ojos : ANALISIS: Paciente femenina de 55 años, con diagnóstico e HC descrita, Actualmente se encuentra hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte vasopresor, con TAM y FC en meta, sin signo de bajo gasto, ni cardiovascular en curso.
A nivel respiratorio; se logró retiro de VMI desde hace 4 dia con adecuada evolución clínica ahora con soporte de oxígeno por MV a TOT, con buena mecánica ventilatoria, y adecuada saturación de oxígeno. Continúa en plan de rehabilitación pulmonar.
Metabólicamente compensada, Recibe y tolera NET, con glucometrías en meta, en plan de Gastrostomía temprana + soporte de sedación la cual esta programada para el dia de mañana a las 3 pm. Se difiere NET a las 5am y enoxaparina.
Sin alteración de la función renal, conserva adecuada diuresis y sin trastorno hidroelectrolítico.
Nariz : Permanece afebril durante el día, sin signos de sirs activo, sin leucocitosis, sin criterios para pauta antibiótica, Cuenta con reporte de hemocultivos negativos a las 72 horas, urocultivo negativo. hemograma con hb estable, sin trastorno plaquetario, sin evidencias de sangrados. Por el momento sin criterios para transfusión de hemoderivados.
Condición neurológica, con secuelas severas, con lesión axonal difusa II, adicionalmente con estado convulsivo persistente ya sin sedación en manejo con anticonvulsivante, sin nuevos episodios, con leve mejoría de su condición neurológica en los ultimos 2 dias, despertable y con apertura ocular al llamado sin aparente déficit agudo. El dia de hoy se realizaron ajustes en medicamentos para el dolor con adecuada tolerancia. En estos momentos se encuentra conectada a equipo de videotelemetria la cual termina a las 11 pm.
Boca : Paciente en regulares condiciones generales, con secuelas neurológicas severas secundarias a Trauma craneoencefálico severo, ya sin VMI, en plan de rehabilitación integral, por su condición actual requiere de altos cuidados de personal de enfermería, terapia respiratoria y física, en el momento no se realizan cambios en el plan de manejo, continúa monitoria ucin. Familiares enterados de condición actual.
Oídos : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCIN
- Cabecera a 45°
- Soporte de o2 por MV a tqt, para so2 > 92%
- Cambio de postura cada 2 horas
- Aseo personal e higiene con clorhexidina oral por turno
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas

NOTAS MÉDICAS

- Glucometrías cada 6 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
-Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 46cc/hora **Diferir net mañana a las 5:00 am)
Tórax
Tórax : MEDICAMENTOS
- LEV: Hartman a 30 cc/hora
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas **Diferir por procedimiento mañana **
-Paracetamol 1 gr Ev cada 8 hrs **Suspender
-Acetaminofen + Codeina 325/30 mg 1 tab sog cada 12 horas **Nuevo **
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas sog
- Nifedipino 60 mg VO cada 8 horas sog
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas sog
-Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
Corazón : EN PROCESO
. Videotelemetría por 24 horas (Inicio 06/02/24 - 11:00 pm)
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación (programada 08/02/24 - 3:00 PM)
. Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: KEVIN CAMILO GOMEZ CALDERON, MEDICINA DE URGENCIAS, Registro 1144155189, CC 1144155189

Fecha: 08/02/2024 05:29 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica Encuentro paciente sin soporte de o2 paciente en tienda de tqt #7. 0
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 10/15
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: Patron c: deficienica en la venitlacion / respiracion e intercambio de gases. PATRON B: deficiencia en la capacidad aerobica y resistencia, Se realiza auscultacion pulmonar y se evidenica murmullo pulmonar conservado, -No hay presencia de ruidos sobre agregados. - A la palpacion no hay presencia de masas, crepitacion o puntos dolorosos. - Expansibilidad toracica conservada. Sin evidencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: no presena
Patrón respiratorio: toraco adbominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en sedente largo y realizo:
-Compresiones toracicas.
- Aspiracion de secreciones por medio de sonda de succion, tecnica esteril e instilacion de solucion salina y se obtiene moderada cantidad de secreciones blanquecinas.
-Aspiracion por via orofaringea y se obtiene escasa cantidad de secreciones hialinas.
-Se realiza limpieza de endocanula y estoma con tecnica esteril.
-Cambio de gasas
-Insumos:
Sonda de succion.
jeringa pre llena
- gasas.
guantes esteriles.
Se finaliza sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 08/02/2024 09:27 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - CIRUGIA CARDIOVAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION UCI 4 DIA
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Aspecto general : MD. Especialista: Dra. Lizcano
MD. Asistencial: Dra. Russi

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
*Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:
-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo
Cabeza
Cuero cabelludo : PROBLEMAS
Estado vegetativo persistente
Cráneo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar, con o2 suplementario a tqt, por MV.

SIGNOS VITALES
TA: 115/76 mmhg
TAM: 90 mmhg
FC: 80 lpm
Temp. 36. 2°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. Soporte de o2 por TQT con MV, fio2 24 %, FR 22 rpm, SO2 95%, flujo 4lt. aire ambiente SaO2: 98% FR: 18 rpm. en las ultimas 12 horas
IOT: 19/01/24
TQT : 03/02/24
Cara
Ojos : GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 06/02/24 #1

METABÓLICO: NET 46cc/hora
Glucometría: 104 - 168 - 151 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 0. 7 cc/kg/h en 24 horas
Balance dia: + 390 ml
Balance acumulado: - 340 ml

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4.
Glasgow 8/15

NOTAS MÉDICAS

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Nariz : ANÁLISIS
Se valora paciente portando mascarilla, previa higiene de manos. Con medidas universales para evitar infecciones asociadas al cuidado de la salud.
Paciente femenina de 55 años con antecedente de HTA, ingresa en contexto de trauma múltiple por accidente de tránsito. Se documentó lesión axonal difusa II, con secuelas neurológicas dadas por estado vegetativo persistente
Hoy luce algo somnolienta pero despertable, con apertura ocular al llamado, reacciona a los estímulos con localización, movilizando las cuatro extremidades, no hay desviación de la mirada, no se ha documentado episodios convulsivos, en proceso lectura de videotelemetria tomada el dia de ayer.
Boca : Hemodinámicamente estable, cifras tensionales controladas, sin taquicardias, sin eventos cardiovasculares en curso. recibe soporte de o2 con tqt funcional por MV y ahora aire ambiente, destetada de la VMI, con buen patrón ventilatorio, SaO2 en metas. Tolera net, con glucometrias en metas, tiene programada realizar gastrostomía percutánea, el día de hoy en la tarde. función renal conservada Diuresis presente, con función renal estable, sirs modulado, afebril, sin requerimiento antibiótico. sin sangrados activos.
Continuamos con rehabilitación integral por fonoaudiología, ocupacional, física y respiratoria.
Paciente en regular condición clínica, se deja monitoria ucin, por destete mayor de 48 horas de la VMI.
Familiar enterado de su condición y plan de manejo, refiere entender y aceptar.
Oídos : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCIN
- Cabecera a 45°
- Soporte de o2 por MV a tqt, para so2 > 92%
- Cambio de postura cada 2 horas
- Aseo personal e higiene con clorhexidina oral por turno
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 6 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
-Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 46cc/hora
Tórax
Tórax : MEDICAMENTOS
- LEV: Hartman a 30 cc/hora
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas
-Acetaminofen + Codeina 325/30 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas sog
- Nifedipino 60 mg VO cada 8 horas sog
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas sog
-Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
Corazón : EN PROCESO
. Videotelemetría por 24 horas (Inicio 06/02/24 - 11:00 pm)
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación (programada 08/02/24 - 3:00 PM)
. Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

NOTAS MÉDICAS

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:. vmi
. estado neurologico secular.

Firmado por: CARLOS ALBERTO LIZCANO BALBUENA, CIRUGIA CARDIOVAS, Registro 68523/97, CC 91265248

Fecha: 08/02/2024 10:40 - Ubicación: UCI4
Terapias - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Ocupacional Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente estable, con apertura ocular pero sin evidencia de conexión con el medio. Con traqueostomía sin soporte de oxígeno y sin evidencia de dificultad respiratoria. Se atendió de acuerdo al protocolo institucional para la prevención de contagio por Covid 19.
Objetivo: No aplica.
Expectativas con la terapia: Sin cambios.

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se desarrolló sesión orientada a estimular estado de alerta mediante actividad con suminstro de estímulos propioceptivos, auditivos y tactiles. Se evidenció paciente que presenta gestos de dolor, ante suminsito de estímulos porrpioceptivos en hombro - rotación externa, posterior a esto presenta contacto visual por lapso de 5 segundos aproxiamdamente y respuesta favorable a instrucción básica de cerrar y abrir mano. Dejo estable, con barandas de seguridad elevadas.

EDUCACIÓN
Plan educativo: PREVENCIÓN DE LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA HOSPITALARIA.
El cuidador responde la evaluación.
Parentesco: TUTOR (A)
Material de apoyo: Otro.
Verificación de la comprensión: Otro.
Temas en los que se educó: Seguridad del paciente
Comprendió el tema: Si
Describa brevemente los temas en que educó: Ha de mantenerse en todo momento la piel del paciente limpia y seca y se utilizarán jabones o sustancias limpiadoras que no agredan la piel, evitando la fricción cuando se realice su secado.
No es aconsejable usar sobre la piel alcoholes, como el de romero, ya que su utilización no sólo no beneficia el estado de la piel, sino que incluso la perjudica y en lugar de mantenerla en condiciones adecuadas de hidratación, produce el efecto contrario, es decir, la reseca debido a sus propiedades astringentes y produce vasoconstricción en la zona aplicada, lo que hace disminuir la microcirculación y, por tanto, ayuda a la aparición de la lesión.
Utilizar jabones PH neutro o con solución salina (líquidos suaves). Cremas no irritables, recomendadas principalmente por servicio médico.

Promover cambios de posición cada 2 horas, según la posibilidad médica de su actual condición de salud.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JENNIFER RIASCOS SUAREZ, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1151959063, CC 1151959063

Fecha: 08/02/2024 11:47 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: Paciente con via aérea artifical dada por traqueostomia funcional al momento sni soporte de oxigeno con oximetrias en metas
GLASGOW 11/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica.
Patron respiratorio toracoabdominal.
A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: sibn alteracion
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo terapeutico:
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de complicaciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio
Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TQT (tecnica esteril) obteniendo secreciones mucoides con tacos sanguinolentos, que salen por instilacion con solucion salina y expectoracion de la misma paciente
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina
cuidados de traqueostomia: limpieza area estoma, permeabilizacion endocanula, cambio gasas, cambio hiladilla
Verficiacion de presión de neumotaponador 25

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.
1 guantes esteriles
1 gasa.

Recomendaciones para el paciente y la familia: Si

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 08/02/2024 14:40 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente 1er año, Francisco J Rojas C

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24)
2. Trauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea

EXAMEN FÍSICO

TA: 127/89 mmhg
TAM: 93 mmhg
FC: 105 lpm
Temp. 37°C
sin sedoanalgesia
glasgow O3V1M4 glasgow 8/15
No sigue órdenes
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva,
Reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

GU: 1. 0 cc/kg/h en 24 horas
Balance dia: +204 ml
Balance acumulado: - 760 ml

Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
23/01/2024
VNO IZQ: 5

NOTAS MÉDICAS

VNO D: 5. 2

PARACLÍNICOS:

05. 02. 2O24 MAGNESIO2. 2 BUN 1O. 7 POTASIO 4. 5 SODIO 137 HEMOGRAMA LEU 10510 NEU 7990 LIN 1670 HB 10. 2 HEMATOCRIOT 32. 8 VCM 95. 9 PLA 389. 000

04. 02. 2024 CLORO 104 BUN 12. 8 POTASIO4. 2 SODIO 136 CREA 0. 47 HEMOGRAMA LEU 8760 NEU 5970 LIN 1720 HB 9. 7 HEMATOCRITO 31. 1 VCM 96. 1 PLA 356. 000
03/02/24 Cloro 104 Fosforo 2. 9 Magnesio 2. 1 Potasio 4. 1 Sodio 137
02. 02. 2024 K 3. 9 NA 136 GASES: FIO2 24% PH 7. 42 PCO2 41 PO2 87 HCO3 26. 6 BE 1. 9 LEU 10530 NEU 6430 LINF 2810 HTO 29. 2 HB 9. 3 VCM 96 HCM 31. 8 PLT 335000 PT 12. 2 (11. 5) PTT 32. 1 (29) INR 1. 06 VANCOMICINA 16. 89
01. 02. 2024 BUN 20 POTASIO4. 4 SODIO 135 CRE 0. 5 HEMOGRAMA LEU 11260 NEU 7160 LIN 2620 HB 10. 8 VCM 96. 4 PLA126. 000 GASES FIO2 24 PCO2 36 PH 7. 45 PO2 84 CHO3 25 BE 1

ANÁLISIS:

Paciente de 55 años quien presentó politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo, sin necesidad de manejo neuroquirurgico. Tomografia de ingreso evidencio HSA traumatica hacia la convexidad, hematoma lamelar tentorial derecho y sangrados puntiformes hacia la convexidad. Se sospechó lesion axonal difusa por compromiso en estado de conciencia, sin una lesion que lo explicase en tomografia. En RMN cerebral simple del 29/01/24 se documentó lesion axonal difusa grado II con compromiso de la sustancia blanca de los centros semiovales a predominio derecho a nivel de la convexidad y el esplenio del cuerpo calloso, la cual explica su alteracion en el estado de conciencia.

Paciente en quien se documento estatus epileptico no motor, se inició manejo con midazolam, ahora apertura ocular espontanea, sin seguir órdenes lozalizando en 4 extremidades, ajustasn manejo anticonvulsivante. ya conectada a telemetria de control, posterior a manejo de estatus, pendiente reporte oficial

Por otra parte Cursó con Neumonía nosocomial por multiples germenes (serratia marcenscens, SARM, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii con presencia de gen mecA) recibio manejo con vancomicina x 7 dias, con Hemocultivos realizados el 29/01/24 y urocultivo negativos en su reporte final.

Completa mas de 24 hrs posterior a desmonte de vmi, tiene apertura ocular al llamado, con retiro en 4 extremidades, sin conectar la mirada, ni seguimiento a órdenes precisas. para darle continuidad a aprocesod e rehabilitacion estamos atentos a realizacion de gastrostomia, posterior a esto podra trasladarse a sala general

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: IRIS TATIANA MONTES GONZALEZ, NEUROCIRUJANO, Registro 761644, CC 1107042140

Fecha: 08/02/2024 15:44 - Ubicación: UCI4
Terapias - FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Rehabilitación Pulmonar
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL

ANAMNESIS
Subjetivo: Seguimiento por rehabilitacion
Objetivo: Paciente en cama en seguimiento por rehabilitacion pulmonar, despierta pero no obedece ordenes tolerando destete a mascara de traqueostomia tolerando 72 horas el dia de ho, sin soporte de oxigeno continua con patron respiratorio estable, sin signos de fatioga muscular respiratoria, expansion de torax simetrica, con formacion de tacos por traqueostomia, hemodinamicamente sin soporte, osteomuscular arcos de movilidad funcionales, fuerza no valorable pero hay movimiento en hemicuerpo derecho sin proposito, tegumentario traqueostomia fen con balon funcional con epp.
Expectativas con la terapia: igual

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 125/69, Presión arterial media(mmhg): 87
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 107 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno
Estado de conciencia: Paciente con déficit cognitivo/Motor

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :igual

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: paciente tolerando destete a mascara de traqueostomia, neurologicamente en iguales condiciones, continuar transicion a sedente al borde de la cama, estimulacion de reacciones de enderezamiento, no hay control cefalico ni de tronco, continuar seguimiento por rehabilitacion pulmonar, se comenta con asistencial de turno.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: VIVIANA DE LA CRUZ ROSAS, FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION, Registro 38684128, CC 38684128

Fecha: 08/02/2024 16:36 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad en cama, en posicion supino, en regulares condiciones de salud, glasgow 9/15, sin soporte vasoactivo, con via aerea artificial dado por TOT#7. 0, sonda nasogastrica, sonda vesical funcional, con los siguientes diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.
Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, respirando aire ambiente, al examen fisico, inspeccion:torax simetrico, normoexpansible, auscultacion: aereacion broncopulmonar simetrica en ambos campo pulmonares, sin ruidos sobreagregados, gases arteriales sin reporte actual

NOTAS MÉDICAS

Signos de dificultad respiratoria: no aplica
Patrón respiratorio: no aplica
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 125/68, Presión arterial media(mmhg): 87
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno: 96% Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

Examen Físico:
Tórax
Tórax : Normal
Corazón : Normal
Pulmones : Normal

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS
Prevenir complicaciones respiratorias
Permeabilizar via aerea
Se realiza
Posicionamiento en cama
Medicion del neumotaponador
Cambio de endocanula
Higiene de estoma y bronquial con tecnica de succion abierta, se obtienen secreciones mucoides en moderada cantidad,
Materiales
Sonda de succion#14
Jeringa de 10cc
Queda paciente estable dentro de su condicion, barandas elevadas, se atiende paciente con EPP por protocolo institucional.

EDUCACIÓN
El cuidador responde la evaluación.
Parentesco: HIJO (A)
Material de apoyo: verbal.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal.
Temas en los que se educó: Rehabilitación
Comprendió el tema: Si
Describa brevemente los temas en que educó: Importancia de la terapia respiratoria.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 08/02/2024 16:54 - Ubicación: UCI4
Procedimientos - CIRUGIA GASTRO ONCOLOGICA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

Consentimiento informado: Lo tiene

Diagnósticos activos después de la nota G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS (Previo, Posterior, Primario), S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION

NOTAS MÉDICAS

DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años.

Procedimientos después de la nota: C431002 - 431002 Gastrostomia Via Percutanea (Endoscopica).
441302 - 441302 Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con o sin biopsia.

Descripción del procedimiento: ENDOSCOPIA DIGESTIVA
SE EXPLICA A ACUDIENTE Y PACIENTE LOS RIESGOS INHERENTES AL PROCEDIMIENTO TALES COMO SANGRADO, PERFORACION. NECESIDAD DE CIRUGIA, PUEDE SER LETAL
TRASTORNO DE DEGLUCION.
ESÓFAGO:
MUCOSA,. CARDIAS PERMEABLE. LINEA Z 36CM
ESTOMAGO:
LAGO GASTRICO CLARO, ANTRO CON ERITEMA CUERPO,. FONDO Y CARDIAS SIN LESION, SE LOGRA UNA ADECUADA TRASILUMINACION, POR LO TANTO ES SEGURO REALIZAR LA GASTROSTOMIA PERCUTANEA.
DUODENO
1 Y 2 PORCION NORMAL
DIAGNÓSTICO:

VER DESCRIPSION
SE PUEDE PASAR LA SONDA

GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA
SE EXPLICA A ACUDIENTE Y PACIENTE LOS RIESGOS INHERENTES AL PROCEDIMIENTO TALES COMO SANGRADO, PERFORACION. NECESIDAD DE CIRUGIA, PUEDE SER LETAL
. TRASTORNO DE GLUCION
ESÓFAGO:
MUCOSA anotada. CARDIAS PERMEABLE. LINEA Z 36 CM
ESTOMAGO:
ASEPSIA CON ISODINE, CON ANESTESIA LOCAL, SE INFILTRA CON LIDOCAINA pasa trocar, SE AVANZA GUIA, SE OBTIENE BAJO VISON ENDOSCOPICA CON ASA Y SE COLOCA LA SONDA DE GASTROSTOMIA CON TECNICA DE TRACCION. NO COMPLICACION
DIAGNÓSTICO:
GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA.

Firmado por: JOSE OMAR ZORRILLA LARA, CIRUGIA GASTRO ONCOLOGICA, Registro 5869-92, CC 16451468

Fecha: 08/02/2024 21:12 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : **EVOLUCIÓN UCI 4**

MD. Especialista: Dr. Oscar Muñoz
MD. Asistencial: Dra. Jimena Chaves

NOTAS MÉDICAS

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24
FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
*Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:
-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo

PROBLEMAS
Estado vegetativo persistente
Cabeza
Cuero cabelludo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar, con o2 suplementario a tqt, por MV.

SIGNOS VITALES
TA: 101/75 mmhg
TAM: 83 mmhg
FC: 91 lpm
Temp. 36. 9°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. Con TQT funcional, tolerando aire ambiente, FR 17 rpm, SO2 96%.
IOT: 19/01/24
TQT : 03/02/24

GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 06/02/24 #1
Gastrostomia: 08/02/24

METABÓLICO: NET 46cc/hora
Glucometría:138-113 mg/dl
Cráneo : GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 0. 9 cc/kg/h en 12 horas
Balance dia: - 190 ml
Balance acumulado: - 340 ml

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 12 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4.
Glasgow 8/15
Cara
Ojos : Analisis:
Paciente con diagnosticos descritos. Actualmente:

NOTAS MÉDICAS

Condicion neurologica, seceular, sin deficit agudo, glasgow 8/15.
Hemodinamicamente estable, sin requerir vasopresor, tam en metas, sin bajo gsto.
En vmi por tqt, acoplada, saturacion en normaldiad.
Diuresis en normalidad, sin indicacion de terapai dialitica.
Se realizo gastrosotmia el dia de hoy, ahora se enceutnra sin NET, glucoemtrias en normaldiad.
Afebril, sin sirs, sin antibioticoterapia.
Paciente con soprote ventilaotrio invasivo, requeire monitoria uci.
Nariz : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCIN
- Cabecera a 45°
- Soporte de o2 por MV a tqt, para so2 > 92%
- Cambio de postura cada 2 horas
- Aseo personal e higiene con clorhexidina oral por turno
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 6 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
-Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 46cc/hora

MEDICAMENTOS
- LEV: Hartman a 30 cc/hora
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 60 mg cada 24 horas
-Acetaminofen + Codeina 325/30 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas sog
- Nifedipino 60 mg VO cada 8 horas sog
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas sog
-Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
Boca : SE SOLICITA
Paraclínicos de control

EN PROCESO
. Reporte de Videotelemetría por 24 horas (tomada: 06/02/24)
. Gastrostomía temprana + soporte de sedación (programada 08/02/24 - 3:00 PM)
. Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial

METAS
*EVA < 4
*TAM 80-90 mmHg
*TAS 120-140 mmHg
* FC entre 60 y 100 lpm
* SaO2 mayor a 90%
* Diuresis 0. 5 a 2 cc/kg/hora
* T° 36 - 37. 5°C
* Glucometrias entre 140 y 180 mg/dl
* Potasio entre 3. 8 y 4. 5 mmol /dl

/.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

NOTAS MÉDICAS

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: monitoria cada hora
vmi
altos requerimietnos por enferemeria y terrapai respiratoria.

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Nota aclaratoria

Fecha: 08/02/2024 21:39

paciente se indica monitoria ucin, ya sin soprote de vmi, continua monitoria uci por latos requerimeitnos por enfermeria y terapia respiratoria

Firmado por: OSCAR ANDRES MUÑOZ ORTIZ, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 1151947299, CC 1151947299

Fecha: 08/02/2024 21:34 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, despierta, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 8/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial tipo TQT(03/02/2024) sin soporte adicional de O2, no refiere disnea, no dolor.

Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial tipo TQT#7, 0 fenestrada con endocanula lisa, estoma sin signos de infeccion, sin soporte adicional de O2, tolerando aire ambiente, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, roncus generalizados.
A la palpacion: No se perciben crepitos, ni enfisema subcutaneo.
Reflejo carinal y nauseoso presentes.
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toracico superior simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 110/72, Presión arterial media(mmhg): 84
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 90 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular y pulmonar: PATRON B, C y E

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable, cuidados de TQT

Se realiza:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-AFE lenta y rapida
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales

NOTAS MÉDICAS

-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion abierta con tecnica esteril, movilizando moderada cantidad de secreciones mucoides espesas
-Succion de orofaringe
-Limpieza de estoma y endocanula + cambio de gasas
-Se utiliza: Jeringa prellena, sonda succion regulador#14, guantes esteriles#7, 5, gasas

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, queda con barandas arriba.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Sin familiar

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 08/02/2024 22:48 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Normal	102.00	mmol/L	98-107

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 10/02/2024 09:55 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 08/02/2024 22:48 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Normal	16.4	mg/dL	7-17

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 10/02/2024 09:55 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 08/02/2024 22:48 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.70	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 10/02/2024 09:55 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 08/02/2024 22:48 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	132.00	mmol/L	137-145

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 10/02/2024 09:55 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 08/02/2024 22:49 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Normal	0.55	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

Fecha: 10/02/2024 09:55 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

NOTAS MÉDICAS

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 08/02/2024 23:20 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	13.83	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	79.9	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	13.1	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	2.6	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	3.5	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.10	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	0.80	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	11.06	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.81	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Normal	0.36	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Alto	0.48	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.01	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.11	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.74	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Normal	35.6	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Normal	11.2	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	95.1	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	30.00	pg	25,6-32,3

NOTAS MÉDICAS

2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.5	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.60	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Alto	373	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	10.30	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA, BACTERIOLOGO, Registro 1053869330, CC 1053869330

Fecha: 10/02/2024 09:55 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal
Observaciones: LEUCOCITOSIS, CON NEUTROFILIA, ANEMIA LEVE

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 09/02/2024 06:16 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, despierta, no conecta con el medio, sin sedoanalgesia, Glasgow 8/15, hemodinamicamente estable, sin soporte vasoactivo, sin inotropico, con via aerea artificial tipo TQT(03/02/2024) sin soporte adicional de O2, no refiere disnea, no dolor.
Objetivo: A la observacion: Via aerea artificial tipo TQT#7, 0 fenestrada con endocanula lisa, estoma sin signos de infeccion, sin soporte adicional de O2, tolerando aire ambiente, con buena mecanica ventilatoria, torax normoexpansible.
A la auscultacion: Murmullo vesicular presente en campos pulmonares, roncus generalizados.
A la palpacion: No se perciben crepitos, ni enfisema subcutaneo.
Reflejo carinal y nauseoso presentes.
Signos de dificultad respiratoria: Ninguno
Patrón respiratorio: Toracico superior simetrico y ritmico
Expectativas con la terapia: Rehabilitacion

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 113/75, Presión arterial media(mmhg): 87
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 98 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo: Favorecer ventilacion pulmonar, mantener via aerea permeable, cuidados de TQT

Se realiza:
-Posicionamiento en cama semifowler
-Verificacion de presion de neumotaponador
-AFE lenta y rapida
-Movilidad de reja costal y estiramiento de musculos intercostales
-Permeabilizacion de via aerea por medio de succion abierta con tecnica esteril, movilizando moderada cantidad de secreciones mucoides espesas
-Succion de orofaringe
-Limpieza de estoma y endocanula + cambio de gasas
-Se utiliza: Jeringa prellena, sonda succion regulador#14, guantes esteriles#7, 5, gasas

Paciente tolera intervencion sin complicaciones, se atiende con todos los EPP, queda con barandas arriba.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 09/02/2024 08:24 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: SE ABRE FOLIO PARA CARGAR LA REVISTA.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CLAUDIA MARCELA TASCON LOZANO, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 29786312, CC 29786312
Firmado electrónicamente

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 09/02/2024 09:00 - Ubicación: UCI4
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: se encuentra paciente en cama, somnolienta, estable dentro de su condicion de salud, portadora de traquesotomia con soporte de oxigeno por mascara ventury, con nutricion enteral por sonda oro gastrica, sin conexion con el medio, sin acompañante en el momento. con diagnosticos anotados
se realiza intervencion con previo lavado de manos y uso de epp
Objetivo: no aplica
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: seguimiento por fonoaudiologia. con compañia de tf se posiciona paciente al borde de la cama presentando estimulo de control central y cefalico, la paciente presenta tono cefalico aumentado, se realiza movilidad y estiraimeitno de fibras muscualres, logra controlar secresiones propias en sedente. se posiciona y se deja estable
CONDUCTA A SEGUIR
. Nada via oral.
. Nutricion enteral
. seguimeinto por fonoaudiologia.
. higiene oral
. medidas antireflujo.

EDUCACIÓN
Plan educativo: plan de tratamiento, seguridad del paciente
El cuidador responde la evaluación.

Temas en los que se educó: Rehabilitación, Seguridad del paciente, Signos y síntomas de alarma, Tratamiento
Describa brevemente los temas en que educó: ** Se explican los riesgos en el consumo de alimentos, debido a la alta probabilidad de una BRONCOASPIRACIÓN
** Para terapia de deglución se recomienda:
1. favorecer movimientos hiolaringeos
2. favorecer movimientos anteroposteriores de laringe
3. movilidad y control cefálico
4. presion negativa intraoral.

Recomendaciones para el paciente y la familia: Si

Firmado por: MARIA DEL CARMEN VELOZA RAMIREZ, FONOAUDIOLOGO, Registro 1144091587, CC 1144091587

Fecha: 09/02/2024 10:06 - Ubicación: UCI4
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Motivo de consulta: Seguimiento por nutricion
Enfermedad actual: *Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:
-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Sistema neurológico:.

.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: No adecuado Aporte calórico: No adecuado

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :08. 02. 2024
CL 102 NORMAL, BUN 16. 4 NORMAL, K 4. 7 NORMAL, NA 132 HIPONATREMIA LEVE, CREAT 0. 55 NORMAL, LEU 13. 83 LEUCOCITOSIS, NEU 79. 9 NEUTROFILIA, LINF 13. 1 LINFOCITOPENIA, HB 11. 2 NORMAL, PQT 373 TROMBOCITOSIS

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO.

Requerimientos Nutricionales
Requerimientos nutricionales: Si Tipo de nutrición: Enteral

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: Paciente femenino de 55 años en seguimiento por nutricion, paciente cama, somnolienta, recibiendo oxigeno por medio de traqueostomia acoplada a ventury. Paciente con diagnosticos anotados en historia clinica. Paraclinicos 08. 02. 2024 hiponatremia leve, funcion renal conservada, hemograma que indica leucocitosis, neutrofilia, linfocitopenia, trombocitosis. Paciente quien se le realizo gastrostomia, recibe glucerna 1. 5 LPC x 1000 ml en infusion continua a 20 cc/h, hasta el momento sin reportes de intolerancias, por lo que se indica continnuar con el plan de manejo actual
Plan de manejo: ----------

-Nutricion enteral con glucerna 1. 5 LPC x 1000 ml en infusion continua meta de 46 cc/h
-Vigilar tolerancia a la nutricion enteral
-Irrigar sonda con 40 ml cada 4 horas
-Seguimiento por nutricion
Observaciones: Se atiende paciente con todos los EPP.

Firmado por: NICOLAS DELGADO SANCHEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1113695963, CC 1113695963

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 09/02/2024 10:38 - Ubicación: UCI4
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Tratamiento
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero femenino de 55 años de edad con diagnosticos medicos descritos en historia clinica Encuentro paciente sin soporte de o2 paciente en tienda de tqt #7. 0
Hemodinamicamente estable.
-Glasgow 10/15
-Con barandas arriba,
-En supino.
Objetivo: PATRON C: deficeincia en el desempeño musucular paciente con funcionalidad segun con FIM inicial de 18, Sin presencia de edema en miembros inferiores o superiores, piel integra, Sin presencia de dolor a la palpacion, sin presencia de escaras
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se raeliza atencion fisioterapeutica con todos los elementos de proteccion personal, posteriormente se realiza monitorizacion respiratoria y hemodinamica e inicio con adecuada alineacion y posicionamiento en semifowler y realizo: -Cineciterapia pasiva de miembros superioers y miembros inferiores 2 series de 8 repeticiones.
-Estiramientos de tren inferiores 2 repeticiones de 30 segundos.
-Movilidad escapular y patelar bilateralmente, Liberacion miofascial sobre isquiotibilaes bilateralmente,
-Descargas de peso en cadera y tobillo de manera intermiente bilateralmente 3 repeticiones de 30 segundos.
-se realiza drenaje linfatico
Se finaliza sesion sin complicaciones, paciente queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 09/02/2024 10:57 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: DIAGNÓSTICOS
*Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:
-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.

NOTAS MÉDICAS

- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo
paciente en regulares condiciones generales, sin soporte vasoactivo, con apertura ocular espontanea,
Objetivo: paciente con glasgow 8/15
paciente con tqt sin soporte de oxigeno, con tendencia a la desaturación por lo que se le coloca oxigeno por mascara de tqt con ventury al 24 % mejora saturacion a 93%
Signos de dificultad respiratoria: no presente
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: permeabilizar la via aerea

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 135/90, Presión arterial media(mmhg): 105
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 83 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 88%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo del tto: permeabilizar la via aerea
favorecer ventilacion y oxigenacion
se le realiza monitoreo, posicionamiento en cama, tecnicas de higiene de via aerea por medio de sistema de succion abierta, se obtiene secreciones mucoides por tot y boca, se le realiza cuiddos de tqt y estoma, paciente tolera tto
se ajusta presion del neumotaponador
se deja con barandas arriba y cabecera a 45°
insumos 1 sonda de succion, 1 jeringa, prellenada, 1 par de guantes.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JULIETH ALEXANDRA CASTAÑEDA LOZANO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 761044, CC 66872818

Fecha: 09/02/2024 11:25 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - MEDICO INTENSIVISTA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION UCI 4 DIA
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : MD. Especialista: Dr. Tascon
MD. Asistencial: Dra. Russi

GLORIA SIABATO GIL
Edad: 55 años
CC 29401014
COOSALUD

FI HUV: 19/01/24

NOTAS MÉDICAS

FI UCI-CCQX: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+00h

DIAGNÓSTICOS
*Estado convulsivo persistente (Videotelemetria del 29/01/24)
*Secuelas neurológicas de trauma craneoencefálico
-Lesión Axonal difusa grado II
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
-Trastorno de la deglución.
*Trauma Facial:
-Trauma contuso ocular derecho
-Hemoseno frontal y maxilar derecho
*Trauma cerrado de tórax.
- Contusión pulmonar izquierda
*HTA por HC
*DM tipo 2 de novo
Cabeza
Cuero cabelludo : PROBLEMAS
Estado vegetativo persistente
Cráneo : EXAMEN FÍSICO
Paciente en estado crítico, sin soporte vasopresor, en estado neurológico secuelar, con o2 suplementario a tqt, por MV.

SIGNOS VITALES
TA: 137/81 mmhg
TAM: 100 mmhg
FC: 130 lpm
Temp. 36. 3°C
Peso aprox: 90 kg

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.

RESPIRATORIO: Tórax simétrico, con ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares. Con TQT funcional, tolerando aire ambiente, FR 17 rpm, SO2 96%.
IOT: 19/01/24
TQT : 03/02/24

GASTROINTESTINAL: Abdomen blando, depresible, no megalias, dolor no evaluable.
Última deposición: 06/02/24 #1
Gastrostomia: 08/02/24
Cara
Ojos : METABÓLICO: NET 40cc/hora
Glucometría: 138-113-159 mg/dl

GENITOURINARIO: Diuresis por sonda vesical GU: 0. 6 cc/kg/h en 24 horas
Balance dia: - 580 ml
Balance acumulado: - 950 ml

HEMATO/INFECCIOSO: Afebril en 24 horas, sin sangrados externos.

EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, sin deformidades.

NEUROLÓGICO: Sin sedoanalgesia pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva, O3V1M4. Glasgow 8/15

#1 Laceración en región occipital derecha de aproximadamente 2 cm,
#2 Laceración profunda en región occipital de aproximadamente 3 cm
#3 Equimosis en región frontal derecha asociada a excoriación y edema
#4 Equimosis en MII que recorre desde región glútea hasta región poplítea
Nariz : ANÁLISIS

Se valora paciente portando mascarilla, previa higiene de manos. Con medidas universales para evitar infecciones asociadas al cuidado de la salud.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Paciente femenina de 55 años con antecedente de HTA, ingresa en contexto de trauma múltiple por accidente de tránsito. Se documentó lesión axonal difusa II, con secuelas neurológicas dadas por estado vegetativo persistente
paciente esta despertable, con apertura ocular al estimulo, reacciona a los estímulos con localización, movilizando las cuatro extremidades, no hay desviación de la mirada, no se ha documentado episodios convulsivos, en proceso lectura de videotelemetria.
Boca : Hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte vasoactivo. sin taquicardias, sin eventos cardiovasculares aire ambiente, con buen patrón respiratorio, saturaciones en metas. Tolera net, con glucometrias en metas, ayer gastrostomía sin complicaciones, en el momento recibiendo la net por ella, función renal conservada, diuresis presente, con función renal estable, sirs modulado, afebril, hace una febricula y se consdiera tomar pcr y procalcitonina, sin requerimiento antibiótico. sin sangrados activos.
Continuamos con rehabilitación integral por fonoaudiología, ocupacional, física y respiratoria.
Paciente en regular condición clínica, se deja monitoria ucin, por destete mayor de 48 horas de la VMI.
Familiar enterado de su condición y plan de manejo, refiere entender y aceptar.
Oídos : PLAN DE MANEJO
MONITORIA UCIN
- Cabecera a 45°
- Soporte de o2 por MV a tqt, para so2 > 92%
- Cambio de postura cada 2 horas
- Aseo personal e higiene con clorhexidina oral por turno
- Terapia física cada 12 horas
- Terapia Respiratoria cada 6 horas
- Glucometrías cada 6 horas
- Profilaxis antitrombótica mecánica
-Net: Glucerna 1. 5 lp, meta 46cc/hora
Tórax
Tórax : MEDICAMENTOS
<- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
-Acetaminofen + Codeina 325/30 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas sog
- Nifedipino 60 mg VO cada 8 horas sog
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas sog SUSPENDER
-Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
Corazón : SE SOLICITA
Paraclínicos de control
PROCALCITONINA + PCR

EN PROCESO
. Reporte de Videotelemetría por 24 horas (tomada: 06/02/24)
. Seguimiento por Neurocirugía, Cx general, Oftalmología, Cx maxilofacial.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:. rehabilitacion integral.

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: CLAUDIA MARCELA TASCON LOZANO, MEDICO INTENSIVISTA, Registro 29786312, CC 29786312

Fecha: 09/02/2024 12:45 - Ubicación: UCI4
Terapias - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Ocupacional Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente estable, no alerta, con traqueostomía sin soporte de oxígeno y sin evidencia de dificultad respiratoria. Sin acompañante por el momento. Se atendió de acuerdo al protocolo institucional para la prevención de contagio por Covid 19.
Objetivo: No aplica
Expectativas con la terapia: Sin cambios.

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se desarrolló sesión orientada a la prevención de deformidades osteomusculares, mediante actividad con demanda de alineación de segementos corporales. Se realizó alineación cefálica, de miembros superiores e inferiores con apoyo de medios blandos, favoreciendo además posicionamiento antiedema. Dejo estable, con barandas de seguridad elevadas.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JENNIFER RIASCOS SUAREZ, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1151959063, CC 1151959063

Fecha: 09/02/2024 13:31 - Ubicación: UCI4
Terapias - FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Rehabilitación Pulmonar
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Seguimiento pro rehabilitacion
Objetivo: aciente en cama en seguimiento por rehabilitacion pulmonar, despierta pero no obedece ordenes tolerando destete a mascara de traqueostomia tolerando 72 horas, hoy con taquicardia y febril, sin soporte de oxigeno continua con patron respiratorio estable, sin signos de fatiga muscular respiratoria, expansion de torax simetrica, con formacion de tacos por traqueostomia, hemodinamicamente sin soporte, osteomuscular arcos de movilidad funcionales, fuerza no valorable pero hay movimiento en hemicuerpo derecho sin proposito, tegumentario traqueostomia fen con balon funcional con epp.
Expectativas con la terapia: igual

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 135/90, Presión arterial media(mmhg): 105
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 116 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 92%, sin oxígeno
Estado de conciencia: Paciente con déficit cognitivo/Motor

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :igual

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: paciente tolerando destete a mascara de traqueostomia, neurologicamente en iguales condiciones, el dia de hoy taquicardica y con febriculas, continuar rehabilitacion integral, se cumple objetivo de destete de ventilacion mecanica. se comenta con asistencial de turno.

NOTAS MÉDICAS

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: VIVIANA DE LA CRUZ ROSAS, FT.ESPECIALISTA.REHABILITACION, Registro 38684128, CC 38684128

Fecha: 09/02/2024 14:15 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROCALCITONINA

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
906841	PROCALCITONINA	Normal	0.99	ng/ml	Personas Sanos Normales: 0.077 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es poco probable: <0.500 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es posible: >=0.500 - <=2.0 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es probable, a menos que haya otras causas conocidas: >2.00 - <10.0 ng/mL\X000d\ Respuesta inflamatoria sistemica importante, casi exclusivamente debido a sepsis bacteriana severa o shock septico: >=10 ng/mL\X000d\

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 10/02/2024 09:55 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal
Observaciones: ELEVADA

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 09/02/2024 14:15 - Ubicación: UCI4
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia

NOTAS MÉDICAS

906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Alto	251.91	mg/L	0-9,99

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 10/02/2024 09:55 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal
Observaciones: ELEVADA

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 09/02/2024 14:51 - Ubicación: UCI4
Terapias - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente femenina bajo ventilacion mecanica en uci critico con los sgtes diagnosticos:

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
2. Politraumatismo por accidente de tránsito
2. 1 TCE severo
2. 2 Trauma Facial
- Trauma contuso ocular derecho
- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. 3. Trauma cerrado de torax.

Objetivo: Paciente con via aérea artifical dada por traqueostomia funcional al momento con soporte de oxigeno dado por mascara de traqueostomia + ventury a 24% con oximetrias en metas
GLASGOW 11/15

A la inspección sin signos de dificultad respiratoria, ritmo regular, amplitud superficial y simétrica.
Patron respiratorio toracoabdominal.
A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares Sin masas ni adenopatías en cuello y torax.
Signos de dificultad respiratoria: sin alteracion
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia:.

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo terapeutico:
Permeabilizar via aérea
Disminuir riesgo de complicaciones respiratorias

Previo lavado de manos y uso de epp se realiza :

Monitorización respiratorio

NOTAS MÉDICAS

Posicionamiento en cama para intervencon
Aceleración de flujo espiratorio
Higiene bronquial mediante: succion de secreciones por TQT (tecnica esteril) obteniendo secreciones mucoides + tacos
Succion secreciones por orofaringe obteniendo secreción mucohialina
cuidados de traqueostomia: limpieza area estoma, permeabilizacion endocanula, cambio gasas
Verficiacion de presión de neumotaponador 25

Queda paciente estable dentro de sus condiciones.

INSUMOS:
1 sonda succion abierta #14
1 jeringa prellenada.
1 guantes esteriles
1 gasa.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 09/02/2024 14:56 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - Apoyo - CIRUGIA CARDIOVAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente con procalcitonina de 0. 99 y PCR 251. 9 paciente hace pico febril 38. 7°C
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo: * hemocultivos por 3
* urocultivo
* rx de torax.

Justificación de permanencia en el servicio:. reahbilitacion integral.

Firmado por: CARLOS ALBERTO LIZCANO BALBUENA, CIRUGIA CARDIOVAS, Registro 68523/97, CC 91265248

Nota aclaratoria

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 09/02/2024 16:35

paciente muy estable, se considera trasladar a sala de neurocirugia para continuar manejo integral.

Firmado por: CARLOS ALBERTO LIZCANO BALBUENA, CIRUGIA CARDIOVAS, Registro 68523/97, CC 91265248

Fecha: 09/02/2024 16:01 - Ubicación: UCI4
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente con antecedente de tce severo con lesion axonal difusa grado II, en centros semiovales y compromiso del esplenio del cuerpo calloso ya copn tot y mas de 72 hrs de desmonte de VMI, ya cuenta con gasttrostomia, sin cursar con proceso infeccioso, no soporte vasopresor. Durante estancia se sospecho estatuds epileptico no motor, se confirmo con telemetria, y requirio manejo de estatus, opendiente lectrua oficuial de control de Video eeg pos manejo. evolcuion estacionaria, puede continuar manejo en sala de neurocirugia para darle continuidad a su proceso de rehabibilitacion integral.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 09/02/2024 17:04 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente 1er año, Francisco J Rojas C

NOTAS MÉDICAS

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24)
2. Trauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea

EXAMEN FÍSICO

TA: 127/89 mmhg
TAM: 93 mmhg
FC: 105 lpm
Temp. 37°C
sigue óranalgesia
glasgow O3V1M4 glasgow 8/15
No sigue órdenes
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva,
Reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

GU: 1. 0 cc/kg/h en 24 horas
Balance dia: +204 ml
Balance acumulado: - 760 ml

Monitoria no invasiva
21/01/24
VNO izq: 4. 5
VNO der: 4. 9
23/01/2024
VNO IZQ: 5
VNO D: 5. 2

PARACLÍNICOS:

05. 02. 2O24 MAGNESIO2. 2 BUN 1O. 7 POTASIO 4. 5 SODIO 137 HEMOGRAMA LEU 10510 NEU 7990 LIN 1670 HB 10. 2 HEMATOCRIOT 32. 8 VCM 95. 9 PLA 389. 000

04. 02. 2024 CLORO 104 BUN 12. 8 POTASIO4. 2 SODIO 136 CREA 0. 47 HEMOGRAMA LEU 8760 NEU 5970 LIN 1720 HB 9. 7 HEMATOCRITO 31. 1 VCM 96. 1 PLA 356. 000
03/02/24 Cloro 104 Fosforo 2. 9 Magnesio 2. 1 Potasio 4. 1 Sodio 137
02. 02. 2024 K 3. 9 NA 136 GASES: FIO2 24% PH 7. 42 PCO2 41 PO2 87 HCO3 26. 6 BE 1. 9 LEU 10530 NEU 6430 LINF 2810 HTO 29. 2

NOTAS MÉDICAS

HB 9. 3 VCM 96 HCM 31. 8 PLT 335000 PT 12. 2 (11. 5) PTT 32. 1 (29) INR 1. 06 VANCOMICINA 16. 89
01. 02. 2024 BUN 20 POTASIO4. 4 SODIO 135 CRE 0. 5 HEMOGRAMA LEU 11260 NEU 7160 LIN 2620 HB 10. 8 VCM 96. 4 PLA126. 000 GASES FIO2 24 PCO2 36 PH 7. 45 PO2 84 CHO3 25 BE 1

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años quien presentó politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo, sin necesidad de manejo neuroquirurgico. Tomografia de ingreso evidencio HSA traumatica hacia la convexidad, hematoma lamelar tentorial derecho y sangrados puntiformes hacia la convexidad. Se sospechó lesion axonal difusa por compromiso en estado de conciencia, sin una lesion que lo explicase en tomografia. En RMN cerebral simple del 29/01/24 se documentó lesion axonal difusa grado II con compromiso de la sustancia blanca de los centros semiovales a predominio derecho a nivel de la convexidad y el esplenio del cuerpo calloso, la cual explica su alteracion en el estado de conciencia.

Paciente en quien se documento estatus epileptico no motor, se inició manejo con midazolam, ahora apertura ocular espontanea, sin seguir órdenes lozalizando en 4 extremidades, ajustasn manejo anticonvulsivante. ya conectada a telemetria de control, posterior a manejo de estatus, pendiente reporte oficial

Por otra parte Cursó con Neumonía nosocomial por multiples germenes (serratia marcenscens, SARM, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii con presencia de gen mecA) recibio manejo con vancomicina x 7 dias, con Hemocultivos realizados el 29/01/24 y urocultivo negativos en su reporte final.

Completa mas de 48 hrs posterior a desmonte de vmi, tiene apertura ocular al llamado, con retiro en 4 extremidades, sin conectar la mirada, ni seguimiento a órdenes precisas.
ya con gastrostomia, tuvo febricula, y solicitaron paraclinicos. de momento sin vasopresor, ni otros sopñortes, puede ser trasladada a alsa general para darle continuidad a proceso de rehabilitacion
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 09/02/2024 18:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente que ingresa a sala neurocirugia
TRAQUEOSTOMIA ADULTO
Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, no apertura ocular, en regulaes condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, con soporte suplementario de oxigeno dado por mascara ventury al 24% saturacion de oxigeno 97%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula lisa, balon insuflado.

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de covid19

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente QUIEN NO CONECTA CON EL MEDIO O EVALUADOR, al dolor si, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Diagnóstico Fisioterapéutico:

Paciente con deficiencias en el sistema cardiopulmonar a causa de diagnósticos anotados con limitación para la realización de las actividades de la vida diaria y las actividades básicas cotidianas con restricción en la participación social, familiar, ocio y laboral.

Dominio cardiovascular pulmonar Patrón C: Hace referencia a: Alteraciones de la ventilación, respiración/ intercambio gaseoso y la capacidad aeróbica/ resistencia asociado con la permeabilidad de la vía aérea
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal
Expectativas con la terapia: mantener via aerea permeable

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Diagnóstico Fisioterapéutico:

Paciente con deficiencias en el sistema cardiopulmonar a causa de diagnósticos anotados con limitación para la realización de las actividades de la vida diaria y las actividades básicas cotidianas con restricción en la participación social, familiar, ocio y laboral.

Dominio cardiovascular pulmonar Patrón C: Hace referencia a: Alteraciones de la ventilación, respiración/ intercambio gaseoso y la capacidad aeróbica/ resistencia asociado con la permeabilidad de la vía aérea

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: paciente que ingresa a sala neurocirugia portadora de traqueostomia con soporte de oxigeno
kit
1 endocanula fenestrada
1 tapon azul
1 endocanula lisa + la que tiene puesta
1 guia obturador
objetivos

MANTENER METAS DE OXIGENACIÓN
MANTENER CAPACIDADES PULMONARES
DISMINUIR COMPLICACIONES RESPIRATORIAS ASOCIADO CON ESTANCIA HOSPITALARIA
MANTENER VIA AEREA PERMEABLE

encuentro paciente en cama, somnolienta, responde estimulos dolorosos, sujecciones miembros superiores, se posiciona, se conecta humidificador a oxigeno, se verifica permeabilidad de via aerea
dejo estable dentro de su condicion

insumos
1 liner 1300cc
1 tubo de succion siliconado 3 mtrs
1 paquete de gasa.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582
Firmado electrónicamente

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 09/02/2024 19:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Ingreso a hospitalización - MEDICINA GENERAL
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 20 día(s) en hospitalización

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Motivo de consulta: *********INGRESO SALA NEUROCIRUGIA**********

DIAGNÓSTICOS
1. POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO
---TCE SEVERO CON LESION AXONAL DIFUSA ASOCIADA GRADO II
--- TRAUMA CONTUSO OCULAR DERECHO
--- HEMOSENO FRONTAL Y MAXILAR DERECHO
2. ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR (VIDEOTELEMETRIA DEL 29/01/24)
2. TRAUMA CERRADO DE TORAX.
--- CONTUSIÓN PULMONAR IZQUIERDA
3. HTA POR HC
4. DM TIPO II DE NOVO
5. SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR
--- NEUMONÍA SOBREAGREGADA A CONTUSIÓN PULMONAR (SERRATIA MARCENSCENS, S. AUREUS, COMPLEJO ACINETOBACTER CALCOACETIUS BAUMANNII, DETECTADOS GEN MECA (RESISTENCIA A METICILINA) RESUELTA
6. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO IV
- POP (03/2/2024) TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA

MC: "ACCIDENTE DE TRANSITO"

Enfermedad actual: PACIENTE QUINE INGRESA CON PERSONAL DE REMISIÓN, REFIEREN ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE PEATON - ARROLLADA POR AUTOMOVIL, APROXIMADAMENTE HACIA LAS 4PM (19/01/2024). ES LLEVADA A HOSPITAL EN DAGUA, DONDE REPORTAN INGRESA CON GLASGOW 10/15, CON MÚLTIPLES EPISODIOS EMÉTICOS, SIGNOS VITALES ESTABLES, CON DETERIORO NEUROLÓGICO HASTA 6/15 POR LO QUE DECIDEN ASEGURAR VÍA AÉREA Y REMITEN COMO URGENCIA VITAL. PACIENTE INGRESA BAJO INTUBACIÓN OROTRAQUEAL, VARIABLES HEMODINÁMICAS ESTABLES, AL EXAMEN FÍSICO HEMATOMA OCCIPITAL, ANISOCORIA, EQUIMOSIS HEMICARA DERECHA Y MUSLO IZQUIERDO, SIN OTROS HALLAZGOS. ES LLEVADA A IMÁGENES DONDE EN TAC DE CRÁNEO SIMPLE NO SE EVIDENCIO LESIONES HEMORRÁGICAS O FRACTURAS EN TABLA ÓSEA, EFAST NORMAL, O EVIDENCIAN FRACTURAS COSTALES

REVISIÓN POR SISTEMAS
Tórax y sistema respiratorio: Normal

EXAMEN FÍSICO

Examen Físico:
Neurológico
Neurológico : GESTO DOLOR AL ESTIMULO, DIFICIL APERTURA OCULAR, USUARIA TQT
NO SIGUE ÓRDENES
PARES CRANEALES: PUPILAS ANISOCÓRICAS, PUPILA DERECHA 3 MM HIPORREACTIVA E IZQUIERDA EN 2 MM REACTIVA
NO POSTURAS ANORMALES
RESTO NO EVALUABLE
.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico:

NOTAS MÉDICAS

22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE DE 55 AÑOS QUIEN PRESENTÓ POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO OCURRIDO EL 29/01/24, PRESENTANDO TCE SEVERO, SIN NECESIDAD DE MANEJO NEUROQUIRURGICO. TOMOGRAFIA DE INGRESO EVIDENCIO HSA TRAUMATICA HACIA LA CONVEXIDAD, HEMATOMA LAMELAR TENTORIAL DERECHO Y SANGRADOS PUNTIFORMES HACIA LA CONVEXIDAD. SE SOSPECHÓ LESION AXONAL DIFUSA POR COMPROMISO EN ESTADO DE CONCIENCIA, SIN UNA LESION QUE LO EXPLICASE EN TOMOGRAFIA. EN RMN CEREBRAL SIMPLE DEL 29/01/24 SE DOCUMENTÓ LESION AXONAL DIFUSA GRADO II CON COMPROMISO DE LA SUSTANCIA BLANCA DE LOS CENTROS SEMIOVALES A PREDOMINIC DERECHO A NIVEL DE LA CONVEXIDAD Y EL ESPLENIO DEL CUERPO CALLOSO, LA CUAL EXPLICA SU ALTERACION EN EL ESTADO DE CONCIENCIA.
PACIENTE EN QUIEN SE DOCUMENTO ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR, ACTUALMENTE EN ESTADO MINIMA CONSICENCIA, SIN SEGUIR ÓRDENES LOCALIZANDO EN 4 EXTREMIDADES, PENDIENTE REPORTE OFICIAL DE TELEMETRIA CONTROL.
ADICIONALMENTE CURSÓ CON NEUMONÍA NOSOCOMIAL POR MULTIPLES GERMENES (SERRATIA MARCENSCENS, SARM, COMPLEJO ACINETOBACTER CALCOACETIUS BAUMANNII CON PRESENCIA DE GEN MECA) RECIBIO MANEJO CON VANCOMICINA X 7 DIAS, CON HEMOCULTIVOS REALIZADOS EL 29/01/24 Y UROCULTIVO NEGATIVOS EN SU REPORTE FINAL, SE REALIZO GASTROSTOMIA EL DIA DE AYER. PACIENTE QUIEN HA PRESENTADO PICOS FEBRILES EL DIA DE HOY, SE SOLICITO UROCULTIVO, PENDIENTE TOMAR HEMOCULTIVO. SE TRASLADA A SALA NEUROCIRUGIA.
Plan de manejo: HOSPITALIZAR SALA NEUROCIRUGIA
OMEPRAZOL 20 MG CADA 24 HORAS
ENOXAPARINA 40 MG SC CADA 24 HORAS
LEVETIRACETAM 10 CC CADA 12 HORAS
LACOSAMIDA 100 MG CADA 12 HORAS
INSULINA GLARGINA 22 UI CADA 24 HORAS
INSULINA GLULISINA 8 UI (6 AM-11 AM-5 PM)
LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS
NIFEDIPINO 30 MG, 2 TABLETAS CADA 8 HORAS
ACETAMINOFEN+CODEINA 325 MG/30MG, 1 TABLETA CADA 12 HORAS
CONTROL SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

PENDIENTE
UROCUTLIVO 09/02/24
HEMOCULTIVO #1, #2, #3
ECO DE NERVIO OPTICO
REPORTE RX DE TORAX 09/02/24
Observaciones:.

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 09/02/2024 21:01 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: Se abre folio para reformular.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS

NOTAS MÉDICAS

SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: KAROL DAYANA PERLAZA BALANTA, MEDICINA GENERAL, Registro 1112486716, CC 1112486716

Fecha: 09/02/2024 21:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en cama, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula lisa, balon insuflado, con soporte de oxigeno dado por mascara ventury al 24%, responde estimulos dolorosos, no apertura ocular, en regulaes condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico.
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: ya mencionados

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 81 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervención: Mejorar las capacidades y volúmenes pulmonares favoreciendo su reexpansión pulmonar y manteniendo metas de oxigenación
Se realiza intervencion fisioterapeutica, con todos los elementos de proteccion personal:
-monitorizacion de signos vitales
-posicionamiento adecuado en cama
-ciclo activo de la respiracion, 4 repeticiones
-ejercicios inspiratorios y espiratorios, 10 repeticiones
-tecnica de succion abierta esteril por traqueostomia, moviliza escasas secreciones mucohematicas
-higiene de estoma y endocanula
-cambio de gasas

NOTAS MÉDICAS

-se rotula agua esteril de humidificador
-oxigenoterapia por medio de mascara ventury al 24%, SatO2: 96%
-verifico permeabilidad de la via aerea
Insumos:
1 sonda de succion #14
1 jeringa prellenada
1 par de guantes esteriles
1 paquete de gasas
Paciente tolera intervencion, se deja en condiciones estables.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA PAZ PATIÑO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144205221, CC 1144205221

Fecha: 10/02/2024 05:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en cama, portadora de traqueostomia funcional y permeable No. 7, endocanula lisa, balon insuflado, con soporte de oxigeno dado por mascara ventury al 24%, responde estimulos dolorosos, no apertura ocular, en regulaes condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico.
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: ya mencionados

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 81 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervención: Mejorar las capacidades y volúmenes pulmonares favoreciendo su reexpansión pulmonar y manteniendo metas de oxigenación
Se realiza intervencion fisioterapeutica, con todos los elementos de proteccion personal:
-monitorizacion de signos vitales
-posicionamiento adecuado en cama
-ciclo activo de la respiracion
-movilidad de torax, 9 repeticiones
-patron de tos efectvo, productivo de moderadas secreciones con escasos trazos mucohematicos
-higiene de estoma y endocanula
-cambio de gasas
-oxigenoterapia por medio de mascara ventury al 24%
-verifico permeabilidad de la via aerea
Insumos:

NOTAS MÉDICAS

1 sonda de succion #14
1 jeringa prellenada
1 par de guantes esteriles
1 paquete de gasas
Paciente tolera intervencion, se deja en condiciones estables.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA PAZ PATIÑO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144205221, CC 1144205221

Fecha: 10/02/2024 08:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Atiendo al llamado de enfermeria, paciente que se presento episodio convulsivo, portador de traqueostomia, con soprote de oxigeno con mascara ventury al 50%.
Diagnosticos Medicos:
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24)
2. Trauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
Revisión por sistemas: Respiratorio: patrón toracoabdominal superficial, tórax simétrico, expansibilidad conservada en frecuencia y profundidad. cardiaco: ruidos cardiacos conservados sin soplos. circulatorio: no presenta edema en miembro superior e inferior, signos de fóvea negativo, presenta buen llenado capilar, no presenta ingurgitación yugular.
osteomuscular: rangos de movilidad completos
neuromuscular: glasgow 8/15,
Se realiza intervención con todos los elementos de protección personal según ministerio de salud y plan de contingencia institucional para manejo y prevención del COVID 19

Objetivo: Dominio cardiopulmonar: Auscultación: presenta murmullo pulmonar conservado en ambos campos pulmonares, no presenta ruidos sobreagregados
Tórax: expansibilidad conservada, simétrico, conservado en frecuencia y profundidad. llenado capilar: < 3 seg.
Dominio integumentario: piel íntegra, sin lesiones
Dominio neuromuscular: glasgow 8/15
Signos de dificultad respiratoria: leve taquipnea
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 167 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 24
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 50

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

NOTAS MÉDICAS

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos: mantener permeable la via aerea, mejorar ventilacion y oxigancion pulmonar.
se atiende al llamado d eenfermeria, paciente portadora de traqueostomia con soprote e oxigeno con fio2 a 50%, quien presento episodio convulsivo, se encuntra taquicardica con 157lpm, hipertensa, se continua con permeabilziar la via aerea con aspiracion de secreciones por traqueostomia las cuales son escasas con presneica de taco grande hematico, con tos efectiva y productiva, se realiza higiene de la endocanula y se deja con igual soporte de oxigeno, se percibe mejoria de supatron respiratorio ya que se encontraba ocn leve taquipnea, en emjoria de su taquicardia, se deja con fc119lpm, con sato2 98%, en regualres condicones generales, sin acomapñante.
nota: se utiliza:
1 par de guantes esteriles
2 jeringa prelleena de sol salina
1 sonda de succion #14
1 paq de gasas esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: GILIANA VELASQUEZ RAMIREZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 67045093, CC 67045093

Fecha: 10/02/2024 08:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente quien se encuentra en cama hospitalaria estable hemodinámicamente, en estado de alerta, paciente con ventury como soporte de oxigeno en traqueostomía, con soporte nutricional por gastrostomía, hoy sin acompañante. Se realiza atención bajo protocolo institucional de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid-19.
Objetivo: - Evaluación de la Escala Funcional de Ingesta Oral (Functional Oral Intake Scale - FOIS): Nivel 1. Nada vía oral
- Medición de la Evaluación Funcional (Functional Independence Measure - FIM): 18/126
Expectativas con la terapia: Sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se procede con ajustes posturales en sedente largo en cama hospitalaria y desde interaccion con la misma, evidenciando que paciente continua alerta, sin embargo no logra contacto visual, ni interacción con el entorno. Es de resaltar que persiste con patrón respiratorio esforzado. Se toman signos vitales, encontrando saturación en 93 y frecuencia cardiaca inestable, entre 80 y 182, se comenta estado de la paciente con personal de la sala en turno (médico, jefe y terapeuta respiratorio). Se realiza estimulo del dolor, sin lograr respuestas y se brinda estimulo veloplatino, promoviendo reflejo de gag y/o tusigeno. Paciente quien persiste sin respuestas. Dejo con personal de la sala, en iguales condiciones de salud, con barandas aseguradas.

CONDUCTA A SEGUIR
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición
- Educación a familiares.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA CEBALLOS CUBILLOS, FONOAUDIOLOGO, Registro 1107084382, CC 1107084382

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 10/02/2024 08:05 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: ***SE ABRE FOLIO PARA FORMULACION DE MEDICAMENTOS /* *
Objetivo: * *

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: * *

Plan de manejo: *

Justificación de permanencia en el servicio: *

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 10/02/2024 09:55 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: *****EVOLUCION MEDICO****

SUBJETIVO: PACIENTE QUIEN EN TURNO NOCHE PASO TRANQUILA, AFEBRL, ELIMINA POR SONDA VESICAL, NO REALIZA DEPOSICION. EL DIA DE HOY EN LA MAÑANA INFORMAN EPISODIO PICO FEBRIL, DESATURACION, CIFRA TENSIONAL ELEVADA.
Objetivo: PACIENTE SE ENCUENTRA EN CAMA, FEBRIL, ALERTA, CON TQT CON SOPORTE DE OXIGENO MASCARA VENTURY, Y GASTROSTOMIA FUNCIONAL

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Neurológico
Neurológico : ALERTA, RETIRA AL DOLOR
NO SIGUE ÓRDENES

NOTAS MÉDICAS

PARES CRANEALES: PUPILAS ANISOCÓRICAS, PUPILA DERECHA 3 MM HIPORREACTIVA E IZQUIERDA EN 2 MM REACTIVA,
NO POSTURAS ANORMALES
RESTO NO EVALUABLE.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE DE 55 AÑOS QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO EL 29/01/24, PRESENTANDO TCE SEVERO, TAC DE INGRESO EVIDENCIO HSA TRAUMATICA CON HEATOMA LAMELAR TENTORIAL DERECHO Y SANGRADOS PUNTIFORMES. SE SOSPECHO LESION AXONAL DIFUSA POR COMPROMISO EN ESTADO CONCIENCIA. PACIENTE QUIEN SE DOCUMENTO ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR QUE SE MANEJO CON MIDAZOLAM, SE AJUSTO ANTICONVULSIVANTE. PACIENTE CURSO CON NEUMONIA NOSOCOMIAL POR MULTIPLES GERMENES RECIBIO MANEJO CON VANCOMICINA. PACIENTE QUIEN USUARIA TQT Y GASTROSTOMIA QUIEN HA CURSADO CON PICOS FEBRILES EN LAS ULTIMAS DE 24, PARACLINICOS REACTANTES FASE AGUDA ELEVADOS, PROCALCITONINA POSITIVA, LEUCOCUITOSIS A EXPENSAS DE NEUTROFILOS, PCR ELEVADA.
EL DIA DE HOY PACIENTE PRESENTA PICO FEBRIL 39 °C, CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS 168/93, TAQUICARDICA (1), GLUCOMETRIA 178, SE ADMINISTRA DOSIS DE NIFEDIPINO, SE DA MANEJO ANTIPIRETICO CON DIPIRONA Y ACETAMINOFEN, SE AUMENTA SOPORTE DE OXIGENO A 50%, CON POSTERIOR MEJORIA EN SIGNOS VITALES, SATURACION 98% CON FIO2 50%, FC 119, SIN EMBARGO CIFRA TENSONAL AHORA LIMITE INFERIOR, EN EL MOMENTO DIFERIR ANTIHIPERTENSIVO HASTA MEJORIA DE TA. SE INICIA MANEJO ANTIBIOTICO VANCOMICINA Y CEFEPIME, PENDIENTE REPORTE DE HEMOCULTIVO Y UROCULTIVO. PACIENTE CON HEMATURIA, SE INDICA CISTOIRRIGACION Y TOMA DE UROANALISIS Y UROCULTIVO. SE SOLICITA HEMOGRAMA, GASES ARTERIALES.

Plan de manejo: HOSPITALIZAR SALA NEUROCIRUGIA
CEFEPIME 2 GR EV CADA 8 HORAS
VANCOMICINA 1 GR EV CADA 12 HORAS
PARACETAMOL 1 GR EV CADA 6 HORAS
CISTOIRRIGACION POR SONDA 3 VIAS
CONTROL SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

SE SOLICITA
UROANALISIS
HEMOGRAMA
GASES ARTERIALES

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 10/02/2024 10:24 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Ocupacional Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Usuaria que se encuentra en supino sobre cama, con soporte de oxigeno por mascara ventury a la traqueostomia, somnolienta, sin compañia de familiar. ***Se interviene haciendo uso de elementos de protección personal como prevención de covid-19***

NOTAS MÉDICAS

Objetivo: REEVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL (CAMBIO DE SALA)

ÁREAS DE OCUPACIÓN

1. actividades básicas de la vida diaria:

Puntuación:
asistencia total (1)
asistencia máxima (2)
asistencia moderada (3)
asistencia mínima (4)
supervisión/disposición de los medios (5)
independencia modificada (6)
independencia total (7)

AUTOCUIDADO

*Comer: asistencia total (1) - Uso de sonda nutricional enteral
*Aseo personal: asistencia total (1) - actividad ejecutada en cama por personal de enfermeria
*Bañarse: asistencia total (1) -actividad ejecutada en cama por personal de enfermeria
*Vestirse/desvestirse superior: asistencia total (1) - no hace uso de prendas de vestir por uso de dispositivos medicos
*Vestirse/desvestirse inferior: asistencia total (1) - no hace uso de prendas de vestir por uso de dispositivos medicos
*Uso del baño: asistencia total (1) - no hace uso de inodoro

CONTROL DE ESFÍNTERES

*Control de heces: asistencia total (1)
*Control de orina: asistencia total (1) - requiere sonda vesical.

TRASLADARSE:

*Cama, silla, silla de ruedas: asistencia total (1) - no ejecuta.
*Baño: asistencia total (1) - no ejecuta.
*Ducha: asistencia total (1) - no ejecuta.

MOVILIDAD

*Marcha, silla de ruedas: asistencia total (1) - no ejecuta.
*Gradas: asistencia total (1) - no ejecuta.

COMUNICACIÓN
*Comprensión: asistencia total (1) - no ejecuta.
*Expresión: asistencia total (1) - no ejecuta.

COGNICIÓN SOCIAL
*Interacción social: asistencia total (1) - no ejecuta.
*Resolver problema: asistencia total (1) - no ejecuta.
*Memoria: asistencia total (1) - no ejecuta.

TOTAL: 18/126
Expectativas con la terapia: REEVALUACIÓN POR CAMBIO DE SALA

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se realiza reevaluación de terapia ocupacional por cambio de sala, usuaria que se encuentra en monitoreo presentado adeacuada saturación de oxigeno aunque con frecuencia cardiaca que oscila de 125 a 143; usuaria que cotninua requieriendo de terapia ocupacional, en seguimeinto para definir uso de dispositivos ortesicos provisionales.

NOTAS MÉDICAS

Objetivo general
Prevenir lesiones asociadas a la dependencia en el contexto hospitalario
Objetivos especificos
Prevenir deformidades y retracciones
Incrementar niveles de alerta
Incrementar hailidades de interacción social.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELA DAMARIS SANSON SOSCUE, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1085326022, CC 1085326022

Fecha: 10/02/2024 11:29 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:
EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente Juan Camilo Salcedo R5 neurocirugía

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 añpañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / te: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm trána grado II

DIAGNÓSTICOS
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24)
2. Trauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea

EXAMEN FÍSICO
TA: 114/76 mmhg
TAM: 88 mmhg
FC: 125 lpm
Temp. 37. 5°C

EXAMEN NEUROLOGICO
Sin sedoanalgesia
Glasgow 8/15 O3 V1 M4
No sigue órdenes
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva,

NOTAS MÉDICAS

Reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

Objetivo: ---

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : LO DESCRITO

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :PARACLÍNICOS:
09/02/2024
PROCALCITONINA 0. 99 PCR 251. 91
UROCULTIVO PENDIENTE 453
HEMOCULTIVO PENDIENTE 547
HEMOCULTIVO PENDIENTE 548
HEMOCULTIVO PENDIENTE 549

08/02/2024
CL 102
BUN 16. 4
K 4. 7 NA 132 CR 0. 55
LEU 13830 NEU 11060 LINF 1810 HTO 35. 6 HB 11. 2 VCM 95. 1 HCM 30 PLT 373000

05. 02. 2O24 MAGNESIO2. 2 BUN 1O. 7 POTASIO 4. 5 SODIO 137 HEMOGRAMA LEU 10510 NEU 7990 LIN 1670 HB 10. 2 HEMATOCRIOT 32. 8 VCM 95. 9 PLA 389. 000.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años quien presentó politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo, sin necesidad de manejo neuroquirurgico. Tomografia de ingreso evidencio HSA traumatica hacia la convexidad, hematoma lamelar tentorial derecho y sangrados puntiformes hacia la convexidad. Se sospechó lesion axonal difusa por compromiso en estado de conciencia, sin una lesion que lo explicase en tomografia. En RMN cerebral simple del 29/01/24 se documentó lesion axonal difusa grado II con compromiso de la sustancia blanca de los centros semiovales a predominio derecho a nivel de la convexidad y el esplenio del cuerpo calloso, la cual explica su alteracion en el estado de conciencia.

Paciente en quien se documento estatus epileptico no motor, se inició manejo con midazolam, ahora apertura ocular espontanea, sin seguir órdenes lozalizando en 4 extremidades, ajustan manejo anticionvulsivante. Fue conectada a telemetria de control, posterior a manejo de estatus, pendiente reporte oficial

Por otra parte Cursó con Neumonía nosocomial por multiples germenes (serratia marcenscens, SARM, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii con presencia de gen mecA) recibio manejo con vancomicina x 7 dias, con Hemocultivos realizados el 29/01/24 y urocultivo negativos en su reporte final.
Completa mas de 48 hrs posterior a desmonte de vmi, tiene apertura ocular al llamado, con retiro en 4 extremidades, sin conectar la mirada, ni seguimiento a órdenes precisas. Cuenta con gastrostomia.

Tuvo febricula, por lo que se solicitaron laboratorios de control el 09/02 que reportan procalcitonina negativa y PCR francamente elevada, y se solicitaron hem cultivos y urocultivo, pendiente reporte. Por lo anterior, se inicia manejo antibiotico de amplio espectro hasta resultados de

NOTAS MÉDICAS

cultivos. En el momento en sala para darle continuidad al proceso de rehabilitacion.

Plan de manejo: - Hospitalizar en sala de neurocirugía.
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Paracetamol amp 10 gr, 1 amp ev cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
- Losartan 50 mg por VO cada 12 horas sog
- Nifedipino 60 mg VO cada 8 horas sog
- Loperamida 2 mg VO cada 12 horas sog SUSPENDER
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Vancomicina vial de 500 mg, 2 viales EV cada 12 horas (FI: 10/02/2024)
- Dexametasona amp 8 mg, 1 amp nebulizar cada 8 horas
- Cefepime, vial de 1 gr, 2 viales ev cada 8 horas. (FI: 10/02/2024)

SE SOLICITA
Inicio de manejo antibiotico de amplio espectro

EN PROCESO:
UROCULTIVO PENDIENTE 453
HEMOCULTIVO PENDIENTE (547, 548, 549)

Justificación de permanencia en el servicio: ----
---.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 10/02/2024 11:50 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - Interconsultante - OTORR.GRAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : GLORIA SIABATO GIL
EDAD 55 AÑOS
CC: 29401014

EPS COOSALUD

ENFERMEDAD ACTUAL:,
PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO, USUARIA DE TRAQUEOTOMÍA DESDE EL 03/02/24 REALIZADA POR CIRUGÍA GENERAL.

OBJETIVO
CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA NÚMERO 7 CON BALÓN CON ENDOCÁNULA NO FENESTRADA, BIEN POSICIONADA FUNCIONAL.
ESTOMA SIN EVIDENCIA DE GRANULOMA.

NOTAS MÉDICAS

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE FEMENINA USUARIA DE TRAQUEOSTOMIA REALIZADA HACE 8 DIAS POR EL SERVICIO DE CX GENERAL, SOLICITAN VALORACION POR SANGRADO ESCADO POR CANULA DE TRAQUEOSTOMIA, POR EL MOMENTO CLINICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORA CON TRAQUEOSTOMIA BIEN POSICIONADA, CON ESTIGMAS DE SANGRADO ESCASO, EN EL MOMENTO DE SANGRADO ACTIVO, DADO LO ANTERIOR SE CONSIDERA SEGUIMIENTO DE TRAQUEOSTOMIA Y COMPLICACIONES A CARGO DE ESPECIALIDAD DE QUIEN HIZO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. EN EL MOMENTO SIN REQUERIMIENTO DE MANEJO ADICIONAL POR NUESTRA ESPECIALIDAD. QUEDAMOS ATENTOS A NUEVO LLAMADO EN CASO DE SER NECESARIO.

Plan de manejo: SE CEIRRA INTERCONSULTA

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JULIANA CASTELLANOS TORO, OTORR.GRAL, Registro 1026556101, CC 1026556101

Fecha: 10/02/2024 12:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOCULTIVO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	HEMOCULTIVO PICC	--	--

Firmado por: JHONNY ESTEBAN GIRALDO DUQUE, BACTERIOLOGO, Registro 1107082287, CC 1107082287

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 12:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	50.00	%	--

NOTAS MÉDICAS

1301	TEMPERATURA	Normal	37.0	--	--
1302	pH	Normal	7.450	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Bajo	30.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Alto	139.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	11.2	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	33.0	%	37-47
1307	SO2	Alto	99.5	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.450	--	--
1309	PCO2t	Normal	30.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	139.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Bajo	20.9	mmol/L	21-28
1312	BE	Bajo	-2.3	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	-3.1	mmol/L	--
1314	ctCO2	Normal	21.8	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	97.4	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.7	%	--
1317	FMetHb	Normal	0.4	%	--
1318	FHHb	Normal	0.5	%	--

Firmado por: JUAN CARLOS ZAMBRANO CAMELO, BACTERIOLOGO, Registro 1144198578, CC 1144198578

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 13:29 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Normal	103.00	mmol/L	98-107

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 13:29 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.50	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 13:29 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Bajo	136.00	mmol/L	137-145

Firmado por: MARYLIN DAYANA GARAS, BACTERIOLOGO, Registro 1090453804, CC 1090453804

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 15:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia

NOTAS MÉDICAS

902045	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	Alto	14.7	Seg	9,4-12,5

Firmado por: JUAN CARLOS ZAMBRANO CAMELO, BACTERIOLOGO, Registro 1144198578, CC 1144198578

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 15:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
902049	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)	Normal	32.20	Seg	25,1-36,5

Firmado por: JUAN CARLOS ZAMBRANO CAMELO, BACTERIOLOGO, Registro 1144198578, CC 1144198578

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 15:57 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: ** SE ABRE FOLIO PARA FORMULACION DE MEDICAMENTOS * *
Objetivo: * *

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024,

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: * *

Plan de manejo: *

Justificación de permanencia en el servicio: *

Firmado por: MARIA ELENA CANDIA GARZON, MEDICINA GENERAL, Registro 1144093455, CC 1144093455

Fecha: 10/02/2024 16:53 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Alto	15.20	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	85.9	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	7.4	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Normal	5.2	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Bajo	0.4	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.10	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	1.00	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	13.06	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Bajo	1.12	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.79	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Normal	0.06	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.02	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.15	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	3.18	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	30.1	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	9.5	g/dL	11,2-15,7

NOTAS MÉDICAS

2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Normal	94.7	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	29.80	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.6	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.90	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Normal	250	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	10.50	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: JUAN CARLOS ZAMBRANO CAMELO, BACTERIOLOGO, Registro 1144198578, CC 1144198578

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 17:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente que se presento episodio convulsivo, portador de traqueostomia, con soprote de oxigeno con mascara ventury al 50%.
Diagnosticos Medicos:
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24)
2. Trauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
Firmado electrónicamente

NOTAS MÉDICAS

3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
Revisión por sistemas: Respiratorio: patrón toracoabdominal superficial, tórax simétrico, expansibilidad conservada en frecuencia y profundidad. cardiaco: ruidos cardiacos conservados sin soplos. circulatorio: no presenta edema en miembro superior e inferior, signos de fóvea negativo, presenta buen llenado capilar, no presenta ingurgitación yugular.
osteomuscular: rangos de movilidad completos
neuromuscular: glasgow 8/15,
Se realiza intervención con todos los elementos de protección personal según ministerio de salud y plan de contingencia institucional para manejo y prevención del COVID 19
Objetivo: Dominio cardiopulmonar: Auscultación: presenta murmullo pulmonar conservado en ambos campos pulmonares, no presenta ruidos sobreagregados
Tórax: expansibilidad conservada, simétrico, conservado en frecuencia y profundidad. llenado capilar: < 3 seg.
Dominio integumentario: piel íntegra, sin lesiones
Dominio neuromuscular: glasgow 8/15
Signos de dificultad respiratoria: no presenta
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 82 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 50

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos: mantener permeable la via aerea, mejorar ventilacion y oxigancion pulmonar.
encuentro paciente en cama, se continua con permeabilziar la via aerea con aspiracion de secreciones por traqueostomia las cuales son escasas con presneica de taco grande hematico, con tos efectiva y productiva, se realiza higiene de la endocanula y titula la fio2 a 35% tolerando, en regualres condicones generales, con acomapñante.
nota: se utiliza:
1 par de guantes esteriles
2 jeringa prelleena de sol salina
1 paq de gasas esteriles.
1 sonda de succion #!4.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: GILIANA VELASQUEZ RAMIREZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 67045093, CC 67045093

Fecha: 10/02/2024 17:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: paciente que se presento episodio convulsivo, portador de traqueostomia, con soprote de oxigeno con mascara ventury al 50%.
Diagnosticos Medicos:
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II

NOTAS MÉDICAS

--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24)
2. Trauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea
Revisión por sistemas: Respiratorio: patrón toracoabdominal superficial, tórax simétrico, expansibilidad conservada en frecuencia y profundidad. cardiaco: ruidos cardiacos conservados sin soplos. circulatorio: no presenta edema en miembro superior e inferior, signos de fóvea negativo, presenta buen llenado capilar, no presenta ingurgitación yugular.
osteomuscular: rangos de movilidad completos
neuromuscular: glasgow 8/15,
Se realiza intervención con todos los elementos de protección personal según ministerio de salud y plan de contingencia institucional para manejo y prevención del COVID 19
Objetivo: Dominio cardiopulmonar: Auscultación: presenta murmullo pulmonar conservado en ambos campos pulmonares, no presenta ruidos sobreagregados
Tórax: expansibilidad conservada, simétrico, conservado en frecuencia y profundidad. llenado capilar: < 3 seg.
Dominio integumentario: piel íntegra, sin lesiones
Dominio neuromuscular: glasgow 8/15
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 119 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 35

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos:prevenri retracciones msuuclares
se realiza la terpaia fisica con ejercicios pasivos de miembors inferiores y superiores 3 series de 10 repeticiones, se deja posicionado en cama, sin complicaciones.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: GILIANA VELASQUEZ RAMIREZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 67045093, CC 67045093

Fecha: 10/02/2024 17:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA INTERNA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: Identificacion: cc 29401014
Edad: 55 años
EPS: coosalud

Diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

TcE severo
Trauma Facial
Trauma contuso ocular derecho
Hemoseno frontal y maxilar derecho
Trauma cerrado de torax.
contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
- Neumonia sobreagregada a contusion pulmonar vs Sinusitis postraumatica

Subjetivo: Interconsulta debido a HTA no controlada y optimizacion de manejo antibiotico.

Objetivo: Paciente en regulares condiciones generales. traqueostomia. con soporte de oxigeno mascara ventury y gastrostomia funcional.
TA: 88/52. Fc: 85 lpm. SpO2% 98 con FiO2 50%

Sin signos de dificultad respiratoria. no ruidos agregados. sin taquicardia. con abdomen blando. gastrostomia sin signos inflamatorios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años quien presento politraumatismo por accidente de transito ocurrido el 29/01/24. presentando TcE severo. sin necesidad de manejo neuroquirurgico. En RMN cerebral simple del 29/01/24 se documento lesion axonal difusa grado II con compromiso de la sustancia blanca de los centros semiovales. se documento estatus epileptico no motor. en manejo anticonvulsivante. pendiente telemetria.

Neumonia nosocomial por multiples germenes (serratia marcescens. SARM. complejo Acinetobacter calcoaceticus baumannii con presencia de gen mecA) recibio manejo con vancomicina x 7 dias. con Hemocultivos realizados el 29/01/24.

Febricula asociado a hipotension con laboratorios de control el 09/02 que reportan procalcitonina positiva y PcR elevada. con hemocultivo de barrido de picc con crecimiento de gram negativos a las 12 horas. perifericos aun sin crecimiento pendiente y urocultivo. pendiente reporte. con sisr franco. se indica asociar a manejo meropenem por alto riesgo de germenes BLEE. continua manejo con vancomicina. segun antibiograma se modificara manejo.

Plan de manejo: Meropenem 2 g ev cada 8 horas
Diferir hipotensores (Losartan. Nifedipino)
Monitoreo no invasivo de signos vitales
Lev 1cc/kg/h
Balance hidrico estricto

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: ALBERTO JUNIOR GUAGUA MONTAÑO, MEDICINA INTERNA, Registro 520992, CC 87944365

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 10/02/2024 20:10 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

UROANALISIS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
5001	COLOR	Normal	AMARIL	--	--
5002	ASPECTO	Normal	MUY TURBIO	--	--
5003	DENSIDAD	Normal	1.015	--	--
5004	pH	Normal	5.00	--	--
5005	LEUCOCITOS	Normal	500	Leuco/uL	--
5006	NITRITOS	Normal	NEGATIVO	--	--
5007	PROTEINAS	Normal	75	mg/dL	--
5008	GLUCOSA	Normal	NORMAL	mg/dL	--
5009	CUERPOS CETONICOS	Normal	NEGATIVO	mg/dL	--
5010	UROBILINOGENO	Normal	NORMAL	mg/dL	--
5011	BILIRRUBINA	Normal	NEGATIVO	mg/dL	--
5012	SANGRE	Normal	150	ery/uL	--
5013	SEDIMENTO URINARIO	Normal	CELULAS PAVIMENTOSAS ESCASAS CELULAS TRANSICIONALES 5-8 XCAP LEUCOCITOS MAYOR A 100 XCAP ERITROCITOS EUMORFOS MAYOR A 100 XCAP BACTERIAS +++ LEVADURAS +	--	--

Firmado por: SHIRLEY TABARES TREJOS, BACTERIOLOGO, Registro 1144079817, CC 1144079817

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 20:23 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
9031A1	ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO	Normal	1.80	mmol/L	--

Firmado por: SHIRLEY TABARES TREJOS, BACTERIOLOGO, Registro 1144079817, CC 1144079817

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 20:37 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Alto	42.8	mg/dL	7-17

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 20:37 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Normal	0.78	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 20:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar con soporte de oxígeno tolerando aire ambiente, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo no productivo, focos cardiacos sin soplos, presenta pulsos periféricos rítmicos, en el sistema osteomuscular paciente independiente para sus avd, fuerza muscular no evakluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 94 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :dx fisioterapeutico
dominio cardiopulonar, patrón: patrón c: deficiencia en la ventilación, respiración, intercambio de gases y capacidad aeróbica, deficiencia asociada con disfunciones de la limpieza de la vía aérea

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades aerobicas, mantener metas de saturacion, mantener permeable via aerea

intervencion
monitoria respiratoria, posicionamiento en semifowler en cama, desobstruccion bronquial con afe rapida y lenta, estimulacion de tos efectiva y productiva movilizando secreciones, se permeabiliza con tecnica septica con sonda 14, obteniendo moderadas secreciones, se realiza limpieza de estoma y endocanula, cambio de gasas de seguridad e hiladilla, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 10/02/2024 23:23 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOCULTIVO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	SANGRE MSI	--	--

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: ANA MARIA ARBOLEDA BORRERO, BACTERIOLOGO, Registro 1113524971, CC 1113524971

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 10/02/2024 23:24 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOCULTIVO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	SANGRE MSD #1	--	--

Firmado por: ANA MARIA ARBOLEDA BORRERO, BACTERIOLOGO, Registro 1113524971, CC 1113524971

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 11/02/2024 00:10 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar con soporte de oxígeno tolerando aire ambiente, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo no productivo, focos cardiacos sin soplos, presenta pulsos periféricos rítmicos, en el sistema osteomuscular paciente independiente para sus avd, fuerza muscular no evakluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: costal superiro
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 89 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades aerobicas, mantener metas de saturacion, mantener permeable via aerea

intervencion
monitoria respiratoria, posicionamiento en semifowler en cama, desobstruccion bronquial con afe rapida y lenta, estimulacion de tos efectiva y productiva movilizando secreciones, se permeabiliza con tecnica septica con sonda 14, obteniendo moderadas secreciones, se realiza limpieza de estoma y endocanula, cambio de gasas de seguridad e hiladilla, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 11/02/2024 04:27 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	ORINA POR SONDA	--	--

Firmado por: ANA MARIA ARBOLEDA BORRERO, BACTERIOLOGO, Registro 1113524971, CC 1113524971

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 11/02/2024 05:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar con soporte de oxígeno tolerando aire ambiente, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo no productivo, focos cardiacos sin soplos, presenta pulsos periféricos rítmicos, en el sistema osteomuscular paciente independiente para sus avd, fuerza muscular no evakluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Signos de dificultad respiratoria: sins ignos
Patrón respiratorio: costal superior

NOTAS MÉDICAS

Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 81 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades aerobicas, mantener metas de saturacion, mantener permeable via aerea

intervencion
monitoria respiratoria, posicionamiento en semifowler en cama, desobstruccion bronquial con afe rapida y lenta, estimulacion de tos efectiva y productiva movilizando secreciones, se permeabiliza con tecnica septica con sonda 14, obteniendo moderadas secreciones, se realiza limpieza de estoma y endocanula, cambio de gasas de seguridad e hiladilla, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 11/02/2024 08:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de género femenino de 55 años de edad con dx médico:
- T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS,
-V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
-S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS
-R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio)
-S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
- S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio),
-Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL,
- T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL,
-G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO.
A la observación se encuentra a paciente de cubito supino, estacionaria, no responde al llamado, ni ubica dolor, sin soporte de oxígeno sin signos de dificultad respiratoria fio2 21% hemodinámicamente estable.
Objetivo: componente cardiopulmonar : a la palpación no se evidencia presencia de masas, crépitos o sitios dolorosos, en la palpación de los pulsos radial se encuentra normales, se evidencia llenado capilar menor a 2 segundos en miembros superiores e inferiores, patrón respiratorio toracoabdominal, tórax simétrico normoexpansible a la auscultación pulmonar se encuentra murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares sin ruidos sobreagregados y sin presencia de edema
Signos de dificultad respiratoria: no presenta signos de dificultad respirtoria
Patrón respiratorio: diafragmatico
Expectativas con la terapia: no refiere cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 95 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo:
-mantener una mecánica ventilatoria adecuada
-mantener vía aérea permeable
se atiende al paciente con todos los protocolos de bioseguridad y previa higiene de manos, se realiza la monitorización de los signos vitales, se realiza tecnicas de desosctruccion bronquial, Tos dirigida efectiva productiva, donde logra sacar escasas secreciones, se realiza por medio de tecnica esteril aspiracion de secreciones hematosas, se realiza limpiesa de endocanula cambio de corbatin y cambio de hiladilla, se realiza posicionamiento y alinación en cama semi fowler la paciente queda hemodinámicamente estable dentro de su condicion.

Insumos
-par de guantes esteriles
2 -paquete de gasas
2-jeringa prellena
1-sonda #14.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: VALENTINA VIEDMA PEREZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1113041837, CC 1113041837

Fecha: 11/02/2024 09:47 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION CLINICA*
PERSONAL REFIERE NOCHE REGULAR, CON TAQUICARDIA PERSISTENTE, FEBRICULAS
Objetivo: PACIENTE EN CAMA, HEMODINAMIAMENTE ESTABLE EN EL MOMENTO, ALERTABLE, NO OBEDE ORDENES, NO CONTACTO VISUAL

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 128/72, Presión arterial media(mmhg): 90
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 95
Temperatura(°C): 36. 2 Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : DIAGNÓSTICOS
1. POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO
---TCE SEVERO CON LESION AXONAL DIFUSA ASOCIADA GRADO II
--- TRAUMA CONTUSO OCULAR DERECHO
--- HEMOSENO FRONTAL Y MAXILAR DERECHO
2. ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR (VIDEOTELEMETRIA DEL 29/01/24)
2. TRAUMA CERRADO DE TORAX.
--- CONTUSIÓN PULMONAR IZQUIERDA
3. HTA POR HC
4. DM TIPO II DE NOVO
5. SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR
--- NEUMONÍA SOBREAGREGADA A CONTUSIÓN PULMONAR (SERRATIA MARCENSCENS, S. AUREUS, COMPLEJO ACINETOBACTER CALCOACETIUS BAUMANNII, DETECTADOS GEN MECA (RESISTENCIA A METICILINA) RESUELTA
6. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO IV
- POP (03/2/2024) TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Neurológico
Neurológico : ALERTABLE, NO CONECTA CON EL MEDIO

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Sin resultados nuevos.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE CON HISTORIA DE POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO, DIAGNOSTICOS ANOTADOS, AHORA CURSANDO CON SIRS, SE POLICULTIVO PEND REPORTES FINAL, POR EL MOMENTO MANEJO CON VANCOMICINA Y MEROPENEM GUIADO POR MEDICINA INTERNA. EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, ALERTABLE. CONTINUA IGUAL MANEJO EMPIRICO PAUTADO Y REHABILITACION INTEGRAL.

Plan de manejo: HOSPITALIZACION POR NEUROCIRUGIA
DIETA POR GASTROSTOMIA
CUIDADO DE TRAQUESOTOMIA
MANEJO IGUAL
SS NIVELES DE VANCOMICINA
PEND CULTIVOS

Justificación de permanencia en el servicio: MANEJO ATB.

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 11/02/2024 09:55 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

UROCULTIVO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	ORINA POR SONDA	--	--
7002	PRELIMINAR	Normal	SE AISLÓ Levaduras spp. PENDIENTE ANTIFUNGIGRAMA.	--	--

Firmado por: JUAN SEBASTIAN ARTEAGA COBO, BACTERIOLOGO, Registro 1107104407, CC 1107104407

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 11/02/2024 12:32 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION NEUROCIRUGIA
Residente Cesar Quintero R2 neurocirugia
DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24)
2. Trauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea

Objetivo: EXAMEN FÍSICO
TA: 113/65 mmhg // TAM: 81 mmhg // FC: 83 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 36 °C// SO2:95
EXAMEN NEUROLOGICO
sin sedoanalgesia
glasgow O3V1M4 glasgow 8/15
No sigue órdenes
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva,
Reflejos de tallo presentes
no posturas anormales
Resto no evaluable

PARACLÍNICOS:
10/02/2024
Acido Lactico:1. 80// Bun:42. 8// Crea:0. 78//
Uroanalisis: Amarillo Turbio// pH:5. 0// Densi:1. 015// Leu:500// Proteinas:75// Sangre:150// Sedimento: C. transicionales:5-8xC// Leu:>100 xC// Eri eumorfos:>100 xC// Bacterias: +++// Levaduras: + // Urocultivo Pte // Gram Orina x sonda: No se observan bacterias
Hemograma: Leu:15200// N:13060// L:1120// Hto:30. 1// Hb:9. 5// VCM:31. 6// Pqts:250000
PT:14. 7// INR:1. 28// PTT: 29. 3
Cl:103// K:4. 50// Na:136
Gases arteriales: Fio2:50% // pH:7. 450// pCO2:30// pO2:139// SO2:99. 5// HCO3:20. 9// BE:-2. 3

09/02/2024
PROCALCITONINA 0. 99 PCR 251. 91
UROCULTIVO PENDIENTE 453
HEMOCULTIVO - MSI: Negativo a las 24 horas - PENDIENTE 547

NOTAS MÉDICAS

HEMOCULTIVO - PICC: Positivo a 12:03 horas incubación // Gram negativos PENDIENTE 548
HEMOCULTIVO - MSD: Negativo a 24 horas -PENDIENTE 549

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : lo descrito.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años quien presentó politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo, sin necesidad de manejo neuroquirúrgico. Tomografía de ingreso evidencio HSA traumática hacia la convexidad, hematoma lamelar tentorial derecho y sangrados puntiformes hacia la convexidad. Se sospechó lesión axonal difusa por compromiso en estado de conciencia, sin una lesión que lo explicase en tomografía. En RMN cerebral simple del 29/01/24 se documentó lesión axonal difusa grado II con compromiso de la sustancia blanca de los centros semiovales a predominio derecho a nivel de la convexidad y el esplenio del cuerpo calloso, la cual explica su alteración en el estado de conciencia.

Paciente en quien se documento estatus epileptico no motor, se inició manejo con midazolam, ahora apertura ocular espontánea, sin seguir órdenes localizando en 4 extremidades, ajustan manejo anticonvulsivante. Fue conectada a telemetría de control, posterior a manejo de estatus, pendiente reporte oficial

Por otra parte Cursó con Neumonía nosocomial por múltiples gérmenes (serratia marcenscens, SARM, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii con presencia de gen mecA) recibió manejo con vancomicina x 7 días, con Hemocultivos realizados el 29/01/24 y urocultivo negativos en su reporte final.

Completa mas de 48 hrs posterior a desmonte de vmi, tiene apertura ocular al llamado, con retiro en 4 extremidades, sin conectar la mirada, ni seguimiento a órdenes de forma consistente; ya con traqueostomi y gastrostomia.
Preentò en ultimas 48h febrivulas por lo que se solicitaron laboratorios de control el 09/02 que reportan procalcitonina negativa y PCR francamente elevada, y se solicitaron policultivos; de momento con cocos gram negativos asociados a cateter PICC; Ya con cubrimiento antibiotico; pendiente tipificacion del germen para determinar duraciond e manejo antibiotico
En el momento en sala para darle continuidad al proceso de rehabilitación integral. pendiente tomar niveles de vancomicina en la noche para tomar conductas adicionales.

Plan de manejo: -Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso hepariinizado
- Meropenem vial de 1 gr, 2 viales EV cada 8 horas (FI: 10/02/2024)
- Vancomicina vial de 500 mg, 2 viales EV cada 12 horas (FI: 10/02/2024)
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Paracetamol amp 10 gr, 1 amp ev cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
-Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Dexametasona amp 8 mg, 1 amp nebulizar cada 8 horas

SE SOLICITA
Inicio de manejo antibiotico de amplio espectro

NOTAS MÉDICAS

EN PROCESO:
UROCULTIVO PENDIENTE 453
HEMOCULTIVO PENDIENTE (547, 548, 549)

Justificación de permanencia en el servicio: -.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 11/02/2024 14:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de género femenino de 55 años de edad con dx médico:
- T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS,
-V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO
-S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS
-R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio)
-S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
- S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio),
-Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL,
- T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL,
-G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO.
A la observación se encuentra a paciente de cubito supino, estacionaria, no responde al llamado, ni ubica dolor, sin soporte de oxígeno sin signos de dificultad respiratoria fio2 21% hemodinámicamente estable.

Objetivo: componente cardiopulmonar : a la palpación no se evidencia presencia de masas, crépitos o sitios dolorosos, en la palpación de los pulsos radial se encuentra normales, se evidencia llenado capilar menor a 2 segundos en miembros superiores e inferiores, patrón respiratorio toracoabdominal, tórax simétrico normoexpansible a la auscultación pulmonar se encuentra murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares sin ruidos sobreagregados y con presencia de edema ++/++++
Signos de dificultad respiratoria: no presenta signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: diafragmatico
Expectativas con la terapia: no refiere cambio

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 98 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 86%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo:
-mantener una mecánica ventilatoria adecuada
-mantener vía aérea permeable
se atiende al paciente con todos los protocolos de bioseguridad y previa higiene de manos, se realiza la monitorización de los signos vitales, se realiza tecnicas de desosctruccion bronquial, Tos dirigida efectiva productiva, donde logra sacar escasas secreciones, se realiza por medio de tecnica esteril limpiesa de endocanula cambio de corbatin y se realiza posicionamiento y alinación en cama semi fowler a la monitorizacion de signos viales se observa saturaciones de 84 a 83y se monta soporte de oxigen con ventury al 24% a 4 litro la paciente queda hemodinámicamente estable dentro de su condicion saturando 93

Insumos

NOTAS MÉDICAS

-par de guantes esteriles
2 -paquete de gasas
2-jeringa prellena.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: VALENTINA VIEDMA PEREZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1113041837, CC 1113041837

Fecha: 11/02/2024 17:04 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROTRAUMA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: Nota medica adicional
Md res: Cèsar Quintero Moreno

Durante la tarde del 11/02/24, presenta hemoptisis marcada asocaido a desaturacion, con persistencia en el requerimiento de oxigeno, se solicita Angiotac de vasos de tórax, con protocolo e TEP, para evaluar etiologia del cuadro actual.

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: CARLOS ALBERTO HERNANDEZ CABALLERO, NEUROTRAUMA, Registro 2367-97, CC 16648969

Fecha: 11/02/2024 18:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - ONCO.NEURO TUMORES

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: NOTA MEDICA**
PACIENTE PERSISTE CON DESATURACION, REQUERIMIENTO DE OXIGENO POR VENTURI 24%, HEMOPTISIS REPORTADA POR FISIOTERAPEUTA RESPIRATORIA DE TURNO, TAQUICARDIA, ESCALA WELLS 7 PUNTOS, DE ALTO RIESGO PARA TEP, SE SOLICITA ANGIOTAC CON PROTOCOLO PARA TEP COMO URGENCIA VITAL.
Objetivo: *

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: *

Plan de manejo: *

Justificación de permanencia en el servicio: *

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, ONCO.NEURO TUMORES, Registro 760010, CC 94063408

Nota aclaratoria

Fecha: 11/02/2024 18:33

NOTA REALIZADA POR STEVEN PAVA MEDICO GENERAL
SUPERVISADA POR RESIDENTE DE TURNO

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, ONCO.NEURO TUMORES, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 11/02/2024 20:13 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio),

NOTAS MÉDICAS

Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE CON SANGRADO A NIVEL TQT, CON COAGULOS DE SANGRE, QUIEN INFORMAN PRESENTO DESATURACION EN HORAS DE LA TARDE, SE TOMO ANGIOTAC DE TORAX CON PROTOCOLO DE TEP, CON RESULTADO NEGATIVO PARA TEP. PACIENTE CUENTA CON TIEMPOS DE COAGULACION DE AYER EN VALORES DENTRO DE LA NORMALIDAD, SIN ALTERACION PLAQUETARIA, SE SOLICITA FIBRINOGENO.

Plan de manejo: SS FIBRINOGENO

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 11/02/2024 21:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar con soporte de oxígeno tolerando aire ambiente, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo no productivo, focos cardiacos sin soplos, presenta pulsos periféricos rítmicos, en el sistema osteomuscular paciente independiente para sus avd, fuerza muscular no evakluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: costal superiro
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 99 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades aerobicas, mantener metas de saturacion, mantener permeable via aerea

intervencion
monitoria respiratoria, posicionamiento en semifowler en cama, desobstruccion bronquial con afe rapida y lenta, estimulacion de tos efectiva y productiva movilizando secreciones, se permeabiliza con tecnica septica con sonda 14, obteniendo moderadas secreciones, se realiza limpieza de estoma y endocanula, cambio de gasas de seguridad e hiladilla, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica.

NOTAS MÉDICAS

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 11/02/2024 23:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

FIBRINOGENO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
902024	FIBRINOGENO	Alto	629	mg/dL	200-393

Firmado por: JUAN CARLOS ZAMBRANO CAMELO, BACTERIOLOGO, Registro 1144198578, CC 1144198578

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 11/02/2024 23:59 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

VANCOMICINA

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
905410	VANCOMICINA	Alto	11.39	µg/mL	5-10

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 12/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 12/02/2024 00:10 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos

NOTAS MÉDICAS

mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar con soporte de oxígeno dado por mascara ventury 31%, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo no productivo, focos cardiacos sin soplos, presenta pulsos periféricos rítmicos, en el sistema osteomuscular paciente independiente para sus avd, fuerza muscular no evakluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 105 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 31

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades aerobicas, mantener metas de saturacion, mantener permeable via aerea

intervencion
monitoria respiratoria, posicionamiento en semifowler en cama, desobstruccion bronquial con afe rapida y lenta, estimulacion de tos efectiva y productiva movilizando secreciones, se permeabiliza con tecnica septica con sonda 14, obteniendo moderadas secreciones, se realiza limpieza de estoma y endocanula, cambio de gasas de seguridad e hiladilla, se realiza mnb con dexametasona, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 12/02/2024 05:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar con soporte de oxígeno dado por mascara ventury al 24%, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo no productivo, focos cardiacos sin soplos, presenta pulsos periféricos rítmicos, en el sistema osteomuscular paciente independiente para sus avd, fuerza muscular no evakluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: costal superiro
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 102 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades aerobicas, mantener metas de saturacion, mantener permeable via aerea

intervencion
monitoria respiratoria, posicionamiento en semifowler en cama, desobstruccion bronquial con afe rapida y lenta, estimulacion de tos efectiva y productiva movilizando secreciones, se permeabiliza con tecnica septica con sonda 14, obteniendo moderadas secreciones, se realiza limpieza de estoma y endocanula, cambio de gasas de seguridad e hiladilla, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 12/02/2024 08:36 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: *
Objetivo: *

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: *

Plan de manejo: ****

Justificación de permanencia en el servicio: *

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 12/02/2024 09:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

NOTAS MÉDICAS

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito
TCE severo
Trauma Facial
Trauma contuso ocular derecho
Hemoseno frontal y maxilar derecho
Trauma cerrado de torax.
contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
-Neumonia sobreagregada a contusion pulmonar vs Sinusitis postraumatica
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 108 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 12
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas e hiladilla, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 12/02/2024 09:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

NOTAS MÉDICAS

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito
TCE severo
Trauma Facial
Trauma contuso ocular derecho
Hemoseno frontal y maxilar derecho
Trauma cerrado de torax.
contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
-Neumonia sobreagregada a contusion pulmonar vs Sinusitis postraumatica
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 108 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener rangos de movilidad articular
Mejorar fuerza muscular global y control postural
Evitar deterioro por desacondicionamiento fisico
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en sedente, se realiza movilización articular cefalocaudalmente, realiza ejercicios con disociación de cinturas escapular y pélvica, realiza ejercicios pasivos de miembros superiores 3 series de 10 repeticiones, realiza ejercicios pasivos de miembros inferiores 3 series de 10 repeticiones, realiza estiramientos estaticos en 10 segundos por grupo muscular, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 12/02/2024 09:53 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION CLINICA**
PERSONAL REFIERE EVOLUCION HEMODINAMICA ESTACIONARIA, SIN DETERIORO.
Objetivo: PACIENTE EN CAMA, ALERTA, NO SE COMUNICA CON EL MEDIO, NO OBEDECE ORDENES. TAQUICARDIA LEVE, NO FIEBRE, TRAQUESTOMIA CON VENTURI 24%, GASTROSTOMIA FUNCIONAL, NO SE EVIDENCIA DIFICULTAD RESPIRATORIA, PERSISTE HEMOPTISIS

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 164/88, Presión arterial media(mmhg): 113
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 92
Temperatura(°C): 36. 1 Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : DIAGNÓSTICOS
1. TCE SEVERO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRÁNSITO 29/01/24
-- LESION AXONAL DIFUSA GRADO II
-- HSA TRAUMÁTICA HACIA LA CONVEXIDAD
-- HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMELAR TENTORIAL DERECHO
2. ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR (VIDEOTELEMETRIA DEL 29/01/24) RESUELTO
3. TRAUMA CERRADO DE TORAX
--- CONTUSIÓN PULMONAR IZQUIERDA
4. HTA
5. DM TIPO II DE NOVO
6. SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR RESUELTA
--- NEUMONÍA ASOCIADA A LOS CUIDADOS DE LA SALUD SERRATIA MARCENSCENS, S. AUREUS, COMPLEJO ACINETOBACTER CALCOACETIUS BAUMANNII, DETECTADOS GEN MECA (RESISTENCIA A METICILINA) RESUELTA
7. SEPSIS DE FOCO NO ESTABLECIDO
--- SOSPECHA DE BACTEREMIA POR BACILOS GRAM NEGATIVOS (PENDIENTE DE TIPIFICAR)
--- ITU POR LEVADURAS SPP (PENDIENTE DE TIPIFICAR)
Neurológico
Neurológico : ALERTA, NO SE COMUNICA CON EL MEDIO, NO OBEDECE ORDENES

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :*.

RESULTADOS INTERPRETADOS:
UROCULTIVO - 11/02/2024 09:55
Clasificación del examen: Anormal
HEMOCULTIVO - 10/02/2024 23:24
Clasificación del examen: Anormal
HEMOCULTIVO - 10/02/2024 23:23
Clasificación del examen: Anormal
HEMOCULTIVO - 10/02/2024 12:30
Clasificación del examen: Anormal

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE EN REHABILITACION POR POLITRUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO, CON TCE SEVERO SIN INIDICACION DE MANEJO QUIRURGICO, EN EL MOMENTO USUARIA DE TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA FUNCIONALES. HA PRESENTADO TAQUICARDIA CON HIPERTENSION, HEMOPTISIS Y DESATURACIONES. CUENTA CON TAC PROTOCOLO TEP NEGATIVO, HEMOCULTIVO DE PICC CON CRECIMIENTO DE BACILOS GRAM NEG, UROANALISIS CON LEVADURAS, HEMATURIA,

NOTAS MÉDICAS

PENDIENTE TIPIFICACIONES, EN MANEJO EMPIRICO CON VANCOMICINA + MEROPENEM D: 2, SIN EMBARGO CON EVOLUCION ESTACIONARIA, PERSISTE TRASTORNOS HEMODINAMICOS MENCIONADOS, SE SOLICITA VALORACION INTEGRAL INTERDISCIPLINAR POR MED INTERNA, UROLOGIA E INFECTOLOGIA. SE SOLICITA PARACLINICOS COMPLEMENTARIOS Y RX TORAX. ADEMAS CON NIVELES DE VANCOMICINA INFRATERAPEUTICOS, SE AUMENTA DOSIS. SUSPENDER DEXAMETASONA. SE SOLICITA VALORACION POR PICC PARA DEFINIR NUEVO ACCESO. RESTO DE MANEJO IGUAL

Plan de manejo: HOSPITALIZACION NEUROCIRUGIA
DIETA POR GASTROSTOMIA
CUIDADOS DE TRAQUESOTOMIA
VANCOMICINA 1. 5 G CADA 12 H EV. AJUSTE **
DEXAMETASONA SUSPENDER**
MANEJO IGUAL
SS HBA1C, TROMBOELASTOGRAMA
SS IC POR MED INT
SS IC POR PICC
SS IC POR INFECTOLOGIA
SS IC POR UROLOGIA
CSV AC

Justificación de permanencia en el servicio: MANEJO ATB.

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 12/02/2024 10:29 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Motivo de consulta: Seguimiento nutricional
Enfermedad actual: DIAGNÓSTICOS
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
---TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
--- Trauma contuso ocular derecho
--- Hemoseno frontal y maxilar derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24)
2. Trauma cerrado de torax.
--- Contusión pulmonar izquierda
3. HTA por HC
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Sistema neurológico: Normal

.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: Adecuado Aporte calórico: Adecuado

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico:

NOTAS MÉDICAS

20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: Paciente femenina de 55 años de edad con dx medico descrito en historia clinica, en seguimiento por el area de nutricion, encuentro paciente despierta, usuaria de tqt con soporte de O2 por MV, cuenta con un control bioquimico de 10. 02 funcion renal conservada, hemograma con leucocitosis, neutrofilia, linfopenia, anemia moderada, sin alteracion electrolitica, usuaria de gastrostomia donde recibe soporte nutricional enteral con formula polimerica, hipercalorica, hiperproteica modificada en chos, a un goteo continuo meta de 46 ml hora con adecuada tolerancia sin reporte de sintomas gastrointestinales cubriendo requerimientos nutricionales, de momento no se indican cambios continua en seguimiento por el area de nutricion.
Plan de manejo: ----------

-Nutricion enteral con glucerna 1. 5 LPC x 1000 ml en infusion continua meta de 46 cc/h
-Vigilar tolerancia a la nutricion enteral
-Irrigar sonda con 40 ml cada 4 horas
-Seguimiento por nutricion
Observaciones: Se atiende paciente con todos los EPP.

Firmado por: LUIS DAVID SILVA BURBANO, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1058976533, CC 1058976533

Fecha: 12/02/2024 11:24 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Ocupacional Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Usuaria que se encuentra en supino sobre cama, con soporte de oxigeno por mascara ventury a la traqueostomia, estupurosa, sin compañia de familiar. ***Se interviene haciendo uso de elementos de protección personal como prevención de covid-19***
Objetivo: no aplica
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se realiza intervención por terapia ocupacional mediante actividad con proposito con el fin de prevenir deformidades y retracciones, incrementar niveles de alerta; usuaria que no responde a las instrucciones; se inicia con ubicación y alineación de segmentos corporales en cama, se posiciona en semifowler, se ejecutan pasivamente algunos patrones funcionales de movimiento con verbalización al contacto, no responde ante los estimulos; se brindan estimulos propioceptivos en miembros superiores e inferiores; se realiza posiconamiento antiedema con apoyo de almohadas yc uñas. Se deja estable en cama y con barandas de seguridad elevadas.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELA DAMARIS SANSON SOSCUE, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1085326022, CC 1085326022

Fecha: 12/02/2024 13:41 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

NOTAS MÉDICAS

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION NEUROCIRUGIA
Residente de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Daniel Yela

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Sospecha de bacteremia por bacilos gram negativos (pendiente de tipificar)
--- ITU por Levaduras Spp (pendiente de tipificar)

Objetivo: EXAMEN FÍSICO
TA: 164/68 mmhg // TAM: 113 mmhg // FC: 92 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 36. 1 °C// SO2:98
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLOGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, no fija la mirada, no sigue órdenes.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos

PARACLÍNICOS:
11/02/24 Vancomicina: 11. 39 Fibrinogeno:629

10/02/2024
Acido Lactico:1. 80 Bun:42. 8 Crea:0. 78
Urocultivo (477) PENDIENTE
Hemograma: Leu:15200 N:13060 L:1120 Hto:30. 1 Hb:9. 5 VCM:31. 6 Pqts:250000
PT:14. 7 INR:1. 28 PTT: 29. 3
Cl:103 K:4. 50 Na:136

09/02/2024
PROCALCITONINA 0. 99 PCR 251. 91
HEMOCULTIVO (549) NEGATIVO EN 24 HORAS PENDIENTE FINAL
HEMOCULTIVO (548) Positivo a 12:03 horas BACILOS GRAM NEGATIVOS PENDIENTE FINAL

NOTAS MÉDICAS

HEMOCULTIVO (547) NEGATIVO EN 24 HORAS PENDIENTE FINAL
UROCULTIVO (453) LEVADURAS Spp, PENDIENTE ANTIBIOGRAMA

IMÁGENES
11/02/24 ANGIO-TOMOGRAFÍA DE TÓRAX - PROTOCOLO PARA TEP
El tronco de la arteria pulmonar, sus ramas principales, lobares y segmentarias opacificaron adecuadamente, sin evidencia de tromboembolismo pulmonar agudo. Atelectasias laminares en ambos lóbulos inferiores y subpleurales bilaterales. No hay áreas de consolidación. Signos de atrapamiento aéreo. Sonda de traqueostomía. Múltiples adenopatías en la región inferior del cuello que no superan rango megálico. Sonda de gastrostomía. CONCLUSIÓN: AUSENCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : lo descrito.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetria de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, en manejo antibiotico empirico con Meropenem + Vancomicina FI 09/02/24 hoy dia 3, dado hit infeccioso con hemocultivo de cateter PICC que evidencia crecimiento de bacilos gram negativos, pendientes de tipificar. Se indica cambio de dicho acceso, y además valoración por Infectología. Se ajusta entre tanto Vancomicina por niveles subterapeuticos.

Además, ha presentado hemoptisis, hematuria, sangrado por la TQT y desaturación, con AngioTAC de tórax del 11/02/24 negativo para TEP y pruebas de coagulación que no explican el sangrado. Por lo anterior, se solicita valoración por medicina interna y urologia, y se complementa con tromboelastograma. Por ahora continua igual manejo, estaremos atentos a evolucion clínica.

Plan de manejo: -Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso hepariinizado
- Meropenem vial de 1 gr, 2 viales EV cada 8 horas (FI: 10/02/2024)
- Vancomicina vial de 500 mg, 3 viales EV cada 12 horas (FI: 10/02/2024) ***AJUSTE***
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Paracetamol amp 10 gr, 1 amp ev cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
-Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
SUSPENDER DEXAMETASONA

SE SOLICITA:
Cambio de cateter PICC
Hba1c, tromboelastograma
Valoración por Infectologia

NOTAS MÉDICAS

Valoración por medicina interna
Valoracion por Urologia

EN PROCESO:
Reporte de telemetria del 06/02/24
UROCULTIVO 453
HEMOCULTIVOS (547, 548, 549)

Justificación de permanencia en el servicio: -.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 12/02/2024 14:12 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - Interconsultante - MEDICINA INTERNA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: Diagnosticos:
1. Politraumatismo por accidente de tránsito
TCE severo con lesion axonal difusa asociada grado II
Trauma contuso ocular derecho
Hemoseno frontal y maxilar derecho
Trauma cerrado de tórax con contusión pulmonar izquierda
2. Estatus epileptico no motor
3. Hipertensión arterial
4. Diabetes melllitus tipo II de novo
5. Sepsis de origen pulmonar
--- Neumonía sobreagregada a contusión pulmonar (Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina)
6. Insuficiencia respiratoria aguda tipo IV
- POP (03/2/2024) traqueostomía percutánea - Gastrostomia
7. Colonización micotica urinaria?
8. Bacteremia por p. aeruginosa foco urinario.

Subjetivo:
Paciente en cama somnolienta, no se comunica con el medio.
Objetivo: Objetivo:
Paciente en regular condición general, hidratada, afebril al tacto,
Cuellos: Traqueostomía no sangrado activo, leve movilización de secreción
Tórax: Corazón ritmico, no soplos, Murmullo vesicular conservado, no sobreagregados pulmonares con requrimiento de O2 por ventury al 24 %
Abdomen: Blando, depresible, con sonda vesical producción de 400 cc 12 horas Gastrostomia funcional
Neurológico: Somonlienta desconectada con el medio.

Laboratorios:
11/02/2024:
Vancomicina: 11, 39 - fibrinogeno: 629

10/02/2024
Acido Lactico:1. 80// Bun:42. 8// Crea:0. 78//
Uroanalisis: Amarillo Turbio// pH:5. 0// Densi:1. 015// Leu:500// Proteinas:75// Sangre:150// Sedimento: C. transicionales:5-8xC// Leu:>100 xC// Eri eumorfos:>100 xC// Bacterias: +++// Levaduras: +
Urocultivo: Pendiente
// Gram Orina x sonda: No se observan bacterias
Hemograma: Leu:15200// N:13060// L:1120// Hto:30. 1// Hb:9. 5// VCM:31. 6// Pqts:250000
PT:14. 7// INR:1. 28// PTT: 29. 3
Cl:103// K:4. 50// Na:136

NOTAS MÉDICAS

Gases arteriales: Fio2:50% // pH:7. 450// pCO2:30// pO2:139// SO2:99. 5// HCO3:20. 9// BE:-2. 3

09/02/2024:
Hemocultivos 0549: Negativo a las 48 horas
Hemocultivos 0548: Positivo a las 12:03 horas Pseudomonas aeroginosa PICC
Hemocultivos 0547: Negativo a las 48 horas
Urocultivo: >100000 UFC/ml SE AISLÓ Levaduras spp. PENDIENTE ANTIFUNGIGRAMA.
Procalcitonina: 0, 99 - PCR: 251, 91

Imágenes:

11/02/2024:
ANGIO-TOMOGRAFÍA DE TÓRAX - PROTOCOLO PARA TEP
El tronco de la arteria pulmonar, sus ramas principales, lobares y segmentarias opacificaron adecuadamente, sin evidencia de tromboembolismo pulmonar agudo.
Atelectasias laminares en ambos lóbulos inferiores y subpleurales bilaterales.
No hay áreas de consolidación.
Signos de atrapamiento aéreo.
Sonda de traqueostomía.
Múltiples adenopatías en la región inferior del cuello que no superan rango megálico.
Sonda de gastrostomía.
CONCLUSIÓN:
AUSENCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Análisis:
Paciente de 55 años de edad con antecedente de HTA y DM2 de novo quien ingresa en contexto de politraumatismo por accidente de transito con TCE severo con lesion axonal difusa grado II en manejo conservador y estatus epileptico no motor secundario en seguimiento por neurocirugía y multidisciplinario para iniciro de rehabilitacioón.

Paciente ya conocida en seguimiento, quien hace 48 horas presentó contexto de desaturación e inestabilidad hemodinámica en manejo con meropenem-vancomicina con eactantes de fase aguda elevados, procaclcitonina positiva, hasta el momento con aislamiento en hemocultivo periferico PICC Pseudomonas aeroginosa por lo que se indica continuar tratamiento antibiotico instaurado por aislamieto urocultivo con >100000 UFC/ml SE AISLÓ Levaduras spp, sugestivo de colonización, a la espera de concepto por infectología para definir medidas adicionales.

El día de hoy por desaturación, taquicardia y hemoptisis, con sospecha de TEP, se realizó AngioTAC con protolo de TEP con resultado negativo para esta entidad. Evidencia de atelectasia previa sin evidencia de consolidación pulmonar, explicado por cuadro previo. Al examen físico paciente hemodinámicamente compensada, saturación en metas con ventury al 24%, afebril se complementa con gases arteriales y valoración por terapia respiratoria y oxigenoterpia guiada por parametros clínicos. Adicionalmente se solicita revaloración de traqueostomia por sangrado previo reportado para por parte ORL por posible granuloma.

Plan de manejo: Plan:
Se solicita:

NOTAS MÉDICAS

Hemograma, PCR
Gases arteriales, Lactato
EKG
Curva termica estricta
Terapia respiratoria a necesidad
Valoración por infectología
Valoración por ORL

Pendiente:
Hemocultivos 0549: Negativo a las 48 horas
Hemocultivos 0548: Positivo a las 12:03 horas Pseudomonas aeroginosa PICC
Hemocultivos 0547: Negativo a las 48 horas
Urocultivo: >100000 UFC/ml SE AISLÓ Levaduras spp. PENDIENTE ANTIFUNGIGRAMA.
Valoración por URL

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: VALENTINA TORRES LONDOÑO, MEDICINA INTERNA, Registro 1151956917, CC 1151956917

Fecha: 12/02/2024 14:16 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: Se atiende llamado de personal paciente con cifras tensionales elevadas, se indica nifedipino 30mg, du.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: KAROL DAYANA PERLAZA BALANTA, MEDICINA GENERAL, Registro 1112486716, CC 1112486716

Nota aclaratoria

Fecha: 12/02/2024 16:15

Se revisa nota de medicina intrena quienes solicitan Hemograma, PCR, Gases arteriales, Lactato, EKG, Curva termica estricta, Terapia respiratoria a

NOTAS MÉDICAS

necesidad.

Firmado por: KAROL DAYANA PERLAZA BALANTA, MEDICINA GENERAL, Registro 1112486716, CC 1112486716

Fecha: 12/02/2024 15:56 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGLOBINA GLICOSILADA

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	Alto	6.69	%	0-6,5

Firmado por: ROSALBA VELASCO CORREA, BACTERIOLOGO, Registro 31944588, CC 31944588

Fecha: 12/02/2024 16:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito
TCE severo
Trauma Facial
Trauma contuso ocular derecho
Hemoseno frontal y maxilar derecho
Trauma cerrado de torax.
contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
-Neumonia sobreagregada a contusion pulmonar vs Sinusitis postraumatica
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 108 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

NOTAS MÉDICAS

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 12/02/2024 16:34 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - Interconsultante - UROLOGIA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: -*-*-*INTERCOSNULTA UROLOGÌA-*-*-
GLORIA SIABATO GIL
55 AÑOS

DIAGNÒSTICOS
1. TCE
2. HEMATURIA

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES DE SALUD, NIEGA NUEVA SINTOMATOLOGÌA, ORINA CLARA EN CISTOFLO
Objetivo: PACIENTE EN ACEPTABLES CODNICIONES DE SALUD, ALERTA, NO SIRS CLÌNICOS
ABD: BLANOD, PDEPREISBLE, NO DOLOROSO
G7U: SIN LESIONES EXTERNAS, SONDA URETRAL DRENANDO ORINA CLARA

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 1.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE DE 55 AÑOS HOSPITALIZADA POR TCE, HOSPITALIZADA POR SERVICIO DE NEUROCIRUGIA. ITNERCOSNULTAN POR HALLAZGO DE HEMATURIA EN UROANALISIS, CUETNA CON ANGIOCTA DE ABDOMEN DEL INGRESO SIN HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS SUGESTIVOS DE TRAUMA O TUMORACIONES, UROANALISIS RECOGIDO CON CAMBIO DE SONDA. SE CONSIDERA PROBABLE TRAUMA URETRAL, AHORA CON ORINA CLARA SIN CISTOIRRIGACION. POR EL MOMENTO NOS E

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**	
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**	
Edad y Género: **55 Años, Femenino**	
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**	Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**	

NOTAS MÉDICAS

COSNIDERAN CONDUCTAS ANDICIONALES.

Plan de manejo: SE CIERRA IC

AMBULATORIO
ECOGRAFIA RENAL Y DE VIAS URINARIAS EN 1 MES
UROANALISIS EN 1 MES
CONTROL POR UROLOGÌA

Justificación de permanencia en el servicio: -.

Firmado por: PEDRO LUIS GUACHETA BOMBA, UROLOGIA GENERAL, Registro 1130622807, CC 1130622807

Fecha: 12/02/2024 18:21 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

GASES ARTERIALES

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
1300	FIO2	Normal	24.00	%	--
1301	TEMPERATURA	Normal	37.0	--	--
1302	pH	Alto	7.490	--	7,35-7,45
1303	PCO2	Bajo	30.0	mmHg	35-48
1304	PO2	Normal	92.00	mmHg	83-108
1305	tHB	Bajo	7.8	g/dL	12-15
1306	Hct	Bajo	23.0	%	37-47
1307	SO2	Normal	97.5	%	94-98
1308	pHt	Normal	7.490	--	--
1309	PCO2t	Normal	30.0	mmHg	--
1310	PO2t	Normal	92.0	mmHg	--
1311	cHCO3	Normal	22.9	mmol/L	21-28
1312	BE	Normal	-0.1	mmol/L	-2-3
1313	BE(ecf)	Normal	-0.4	mmol/L	--
1314	ctCO2	Normal	23.8	mmol/L	19-24
1315	FO2Hb	Normal	95.0	%	--
1316	FCOHb	Normal	1.3	%	--
1317	FMetHb	Normal	1.4	%	--
1318	FHHb	Normal	2.4	%	--

Firmado por: DANIELA ROMO CRUZ, BACTERIOLOGO, Registro 1113693434, CC 1113693434

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 12/02/2024 18:21 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
9031A1	ACIDO LACTICO (L-LACTATO) AUTOMATIZADO	Normal	1.50	mmol/L	--

Firmado por: DANIELA ROMO CRUZ, BACTERIOLOGO, Registro 1113693434, CC 1113693434

Fecha: 12/02/2024 18:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE	Normal	VER ANEXO	--	--

Firmado por: DANIELA ROMO CRUZ, BACTERIOLOGO, Registro 1113693434, CC 1113693434

Fecha: 12/02/2024 18:58 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - CIRUGIA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA HACE 12 DIAS, POR INTUBACION PROLONGADA
REFIEREN HEMOPTISIS
Objetivo: PACIENTE TRANQUILA, DESPIERTA NO RESPONDE A ORDENES
EXAEMN FISICO TA 110/70 FC 88 FR 20 T 37
ORL TRAQUOESTOMIA FUNCIONAL, SIN GRANULAMOS A LAINSPECICION EXTERNA
CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES LIMPIOS
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO, GASTROSTOMIA NO FUNCIONAL
GU NROAML
SNC GLASGOW 15/15

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

NOTAS MÉDICAS

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE CON TRAQUOSTOMIA FUNCIONAL, SIN SALIDA DE SANGRE POR ESTA EN EL MOMENTO DE LA VALORACION, PACIENTE HACE TOS Y NO HAY SALIDA DE SANGRE NI MOCO CON SANGRE, A LA INSPECCION EXTERNA, NO SE EVIDENCIA GRANULOMAS, SE RECOMEINDA SI CONTINUA CON HEMOPTISIS, SE SUGIERE REALIZAR FIBRO LARINGOSCOPIA

Plan de manejo: SE CIERRA INTERCONSULTA

Justificación de permanencia en el servicio: PATOLOGIA EN RESOLUION

Firmado por: CRISTHIAN ADOLFO MIRANDA SALAS, CIRUGIA GENERAL, Registro 521800, CC 13069415

Fecha: 12/02/2024 19:23 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Normal	8.60	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	82.2	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Bajo	14.1	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Bajo	1.9	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Bajo	0.1	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.10	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	1.60	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	7.07	10\S\3/uL	1,56-6,13
2012	LINFOCITOS #	Normal	1.21	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Bajo	0.16	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Bajo	0.01	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.01	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Alto	0.14	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Bajo	2.64	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Bajo	24.8	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Bajo	7.9	g/dL	11,2-15,7

NOTAS MÉDICAS

2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Normal	94.0	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	29.90	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	31.9	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	12.70	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Normal	240	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	10.30	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA, BACTERIOLOGO, Registro 1053869330, CC 1053869330

Fecha: 13/02/2024 17:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal
Observaciones: Leucograma dentro de rangos, linea roja disminuida de volumenes normales, no trombocitopenia.

Firmado por: MARIA ELENA CANDIA GARZON, MEDICINA GENERAL, Registro 1144093455, CC 1144093455

Fecha: 12/02/2024 20:41 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Alto	79.80	mg/L	0-9,99

Firmado por: ANGI DANIELA GIRALDO, BACTERIOLOGO, Registro 1053844428, CC 1053844428

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 13/02/2024 17:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: MARIA ELENA CANDIA GARZON, MEDICINA GENERAL, Registro 1144093455, CC 1144093455

Fecha: 12/02/2024 21:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, con 55 años de edad en compañia de su hija, sin signos de dolor, sin soporte de oxigeno, con traqueostomia fen num 7 funcional, neumotaponador insuflado, endocanula lisa, con excursion toracica simetrica, normocardica, eupneica, afebril, soporte de oxigeno por mascara ventury 24%, con gatrostomia, sonda vesical, venopuncion de miembros superior izquierdo.
Diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Sospecha de bacteremia por bacilos gram negativos (pendiente de tipificar)
--- ITU por Levaduras Spp (pendiente de tipificar)
Nota: se atiende con todos los elementos de proteccion personal segun protocolo institucional

Objetivo: glasgow 7/11 ao 1 rv 1 rm 5
auscultacion con murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados
arcos de movilidad articular funcionales
sin signos de edema periferico
fuerza muscular no evaluable
llenado capilar -2seg
Signos de dificultad respiratoria: sin signos de dificultad
Patrón respiratorio: costodiafragmatico de predominio abdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 80 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Escala del dolor: No aplica Estado de conciencia: Glasgow 7/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos:mejorar oxigenacion y ventilacion pulmonar, mantener permeable la via aerea
se posiciona en cama y se realiza fisioterapia de torax mediante compresiones toracicas: 10 repeticiones, moviliza escasas secreciones por traqueostomia, se realiza higiene de endocanula, estoma y cambio de gasas de traqueostomia, tolera intervencion, se deja con igual soporte

NOTAS MÉDICAS

de oxigeno con saturacion de oxigeno 95% y frecuencia respiratoria:16rpm, en cama posicionada, con via aerea permeable.
se utiliza
1 jeringa prellena de solucion salina
1 paquete de gasas.
1 par de guantes esteriles 7. 5.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIEGO FELIPE BONILLA VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 16843801, CC 16843801

Fecha: 13/02/2024 04:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, con 55 años de edad en compañia de su hija, sin signos de dolor, sin soporte de oxigeno, con traqueostomia fen num 7 funcional, neumotaponador insuflado, endocanula lisa, con excursion toracica simetrica, taquicardica, polipneica, afebril, soporte de oxigeno por mascara ventury 24%, con gatrostomia, sonda vesical, venopuncion de miembros superior izquierdo.
Diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Sospecha de bacteremia por bacilos gram negativos (pendiente de tipificar)
--- ITU por Levaduras Spp (pendiente de tipificar)
Nota: se atiende con todos los elementos de proteccion personal segun protocolo institucional
Objetivo: glasgow 10/11 ao 4 rv 1 rm 5
auscultacion con murmullo vesicular presente con roncus bilaterales escasos
arcos de movilidad articular funcionales
sin signos de edema periferico
fuerza muscular no evaluable
llenado capilar -2seg
Signos de dificultad respiratoria: polipneica, diaforetica
Patrón respiratorio: costodiafragmatico de predominio abdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 110 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 24
Saturación de oxígeno 86%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Estado de conciencia: Glasgow 10/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos:mejorar oxigenacion y ventilacion pulmonar, mantener permeable la via aerea

NOTAS MÉDICAS

se posiciona en cama y se realiza fisioterapia de torax mediante compresiones toracicas: 10 repeticiones, se realiza aspiracion de escasas secreciones mucohematicas por traqueostomia, escasas hialinas por orofaringe, se realiza higiene de endocanula retirando con taco de secrecion hematica, higiene de estoma y cambio de gasas de traqueostomia, tolera intervencion, se deja con igual soporte de oxigeno con saturacion de oxigeno 94% y frecuencia respiratoria:16rpm, sin dificultad respiratoria, en cama posicionada, con via aerea permeable.
se utiliza
1 jeringa prellena de solucion salina
1 paquete de gasas.
1 par de guantes esteriles 7. 5.
1 sonda de succion num 14.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIEGO FELIPE BONILLA VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 16843801, CC 16843801

Fecha: 13/02/2024 07:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

UROCULTIVO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	ORINA POR SONDA	--	--
7002	PRELIMINAR	Normal	CULTIVO POSITIVO, SE AISLÓ LEVADURAS PENDIENTE IDENTIFICACIÓN Y ANTIFUNGIGRAMA.	--	--

Firmado por: KATHERINE CABRERA VILLEGAS, BACTERIOLOGO, Registro 1143850230, CC 1143850230

Fecha: 13/02/2024 17:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: MARIA ELENA CANDIA GARZON, MEDICINA GENERAL, Registro 1144093455, CC 1144093455

Fecha: 13/02/2024 08:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - Apoyo - PRGMA USO REGULADO ANTIBIOTICO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente con P. aeruginosa resistente a carbapenemicos en hemocultivo PICC, se sugiere solicitar carb5 para orientación de la terapia antimicrobiana, y valoración por infectología para direccionamiento del caso.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 -

NOTAS MÉDICAS

PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: VALENTINA PALACIOS IZQUIERDO, PRGMA USO REGULADO ANTIBIOTICO, Registro 1107522180, CC 1107522180

Fecha: 13/02/2024 08:51 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: **SE ABRE FOLIO PARA REFORMULACION DE MEDICAMENTOS *
Objetivo: * *

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: ** *

Plan de manejo: -*

Justificación de permanencia en el servicio: *

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Fecha: 13/02/2024 09:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

NOTAS MÉDICAS

Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar con soporte de oxígeno dado por mascara ventury al 24%, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo y productivo, en el sistema osteomuscular paciente dependiente para sus avd, fuerza muscular no evaluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 95 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :dx fisioterapeutico
dominio osteomuscular, patrón: a prevencion primaria / reduccion del riesgo para desmineralizacion osea

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades fisicas, evitar complicaciones por estancia prolongada en sala, evitar retracciones musculares

intervencion
monitoria de signos vitales, posicionamiento en sedente borde cama, movilidad pasiva de cabeza y cuello, movilidad pasiva de miembros inferiores, flexo extension, movilidad pasiva de miembros superiores, flexo extension, estiramientos generalizados, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 13/02/2024 09:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar con soporte de oxígeno dado por mascara ventury al 24%, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo no productivo, en el sistema osteomuscular paciente independiente para sus avd, fuerza muscular no evaluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Signos de dificultad respiratoria: sin sognos
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: sin cambios

NOTAS MÉDICAS

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 97 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades aerobicas, mantener metas de saturacion, mantener permeable via aerea

intervencion
monitoria respiratoria, posicionamiento en semifowler en cama, desobstruccion bronquial con afe rapida y lenta, estimulacion de tos efectiva y productiva movilizando secreciones, se permeabiliza con tecnica septica con sonda 14, obteniendo moderadas secreciones, se realiza limpieza de estoma y endocanula, cambio de gasas de seguridad e hiladilla, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica.

EDUCACIÓN
Plan educativo: manejo de tqt
El cuidador responde la evaluación.
Parentesco: HIJO (A)
Material de apoyo: verbal.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal.
Temas en los que se educó: Seguridad del paciente, Signos y síntomas de alarma
Comprendió el tema: Si
Describa brevemente los temas en que educó: Se da educacion sobre signos de alarma respiratorios en paciente y como identificarlos y donde informar
importancia de la higiene
se realiza educacion sobre signos de alarma y manejo de via aerea artificial, como sacar e introducir endocanula como limpiarla
se educa sobre la importancia de la actividad fisica durante la estancia en sala.

Recomendaciones para el paciente y la familia: Si
Cuáles: Se da recomendacion al acompañante de evitar que el paciente parmanezca mucho tiempo acostado, se recomienda promover el movimiento o deambulacion por la sala cuando sea posible
se recomienda dejar insumos del paciente a la vista del personal asistencial
se recomienda mantener ordenada y limpia durante la estancia en sala

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 13/02/2024 09:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - Interconsultante - GRUPO PICC

Tipo de evolución: Evolución adicional
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Análisis de resultados :.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Consentimiento informado: No requiere

Análisis: Paciente interoconsultada para insercion de nuevo cateter PICC. Anterior fue retirado por hemocultivos positivos que tipificaron para Pseudomona aureginosa multiresistente.

Plan de manejo: Se hace presencia en el servicio, se habla con medico de turno, quien refiere que sera escalonado antibiotico, por lo que se dara espera a concepto de infectologia, ya que de ser asi, no contaria con cubrimiento antibiotico suficiente y se podria nuevamente colonizar o infectar cateter PICC.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: SANDRA MARCELA GARCIA AGUIRRE, GRUPO PICC, Registro 1144135201, CC 1144135201

Fecha: 13/02/2024 09:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente quien se encuentra en cama hospitalaria estable hemodinámicamente, en estado de alerta, paciente con ventury como soporte de oxigeno por traqueostomía, con soporte nutricional por gastrostomía, hoy con acompañante. Se realiza atención bajo protocolo institucional de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid-19.
Objetivo: Sin cambios
Expectativas con la terapia: Sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se procede con ajustes posturales en sedente largo en cama hospitalaria y desde interacción con la misma, permaneciendo sin realizar apertura ocular, sin embargo respondiendo ante estimulos a través de gestos. Durante esta intervención se realiza activacion de órganos fonoarticuladores mediante estimulo frío directo de forma ascendente, realizando apertura de campo sensorial, continuo a ello se brindan 5 mini chips de hielo, realizando técnica del ice chip protocol, descencadenando con mayor frecuencia la deglución, siendo esta completa. Paciente quien no presenta signos o sintomas de alarma. Dejo en semifowler, con barandas aseguras, en compañía de la hija y en iguales condiciones de salud.

Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria

NOTAS MÉDICAS

- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Educación
El cuidador responde la evaluación.
Parentesco: HIJO (A)
Material de apoyo: verbal.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal, Evaluación demostrativa.
Temas en los que se educó: Signos y síntomas de alarma, Seguridad del paciente, Rehabilitación
Comprendió el tema: Si
Describa brevemente los temas en que educó: Se brinda educación a familiar, teniendo en cuenta:
- Promover estado de alerta
- Centrar en esferas mentales
- Brindar estimulos que permitan mayor interación con el entorno
- Permanecer en posición antireflujo
- Promover alineación cefalica
- Pausar NET ante cambios posturales
- Realizar higiene oral estricta, minimo 3 veces al día y desde cepillado en seco
- Hidratar mucosa oral externa e interna con gasas húmedas.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA CEBALLOS CUBILLOS, FONOAUDIOLOGO, Registro 1107084382, CC 1107084382

Fecha: 13/02/2024 11:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - Interconsultante - MED.INT INFECTOLOGIA

Tipo de evolución: Evolución adicional
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

Diagnósticos desde el punto de vista infeccioso:
TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
Sepsis de origen pulmonar. Resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina)
Sepsis de foco no establecido
--- Bacteriemia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenémicos (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)

Resumen de Historia clínica

Paciente quien el 19/01/24 presentó accidente de tránsito ocurrido caro vs peatón, documentandose TCE grave que requirió de VMI-IOT. La Tomografía de cráneo simple de ingreso evidenció HSA traumática hacia la convexidad, hematoma lamelar tentorial derecho y sangrados puntiformes hacia la convexidad. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control. Radiografía de tórax de ingreso fue normal.

NOTAS MÉDICAS

El 24/01/24 realizaron TAC simple de cerebro con reporte de HSA traumática hacia la convexidad, hematoma lamelar tentorial derecho y sangrados puntiformes hacia la convexidad. TAC de senos paranasales documento fractura multifragmentada de los hueso propios nasales y del piso orbitario con importante herniación de su fragmento, enfisema de partes blandas, hemoseno maxilar derecho, sinusipatia esfenoidal bilateral y frontal derecha.

El 26/02/24 presenta febrícula y leucocitosis por tanto iniciaron empíricamente piperacilina/tazobactam 4. 5 gr IV cada 6 horas. Para este día tomaron cultivo de SOT donde creció microbiota del tracto orofaríngeo.

27/02/24 describen secreción purulenta por TOT. El 28/02/24 realizan panel de neumonía que detectó Acinetobacter calcoacetius (BIN 10 * 7) Serratia marcescens (BIN 10 * 7) Staphylococcus aureus con gen MECA sin otros genes de resistencia. Le adicionaron al manejo vancomicina y meropenem y suspenden piperacilina tazobactam. Sin demostrar consolidación pulmonar.

29/01/24. Tomaron hemocultivos 3/3 que fueron negativos y este mismo día se realizó RNM cerebral documentó lesión axonal difusa grado II por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Por niveles bajos de vancomicina se aumentó la dosis. Por diarrea realizaron estudios para clostridioides difficile y coprocultivo con resultado negativo.

El 01/02/24 suspenden meropenem. El 02/02/24 describe intensivista cambios inflamatorios en sitio de inserción de PICC. El 04/02/24 suspenden vancomicina.

07/02/24 retiran VMI por máscara venturi TOT.
08/02/24 realizan gastrostomía.
09/02/24 tuvo febrícula tomaron laboratorios de control que reportan procalcitonina negativa y PCR elevada e iniciaron Vancomicina 1 gramo EV cada 12 horas (FI: 10/02/2024) más Cefepime, 2 gramos EV cada 8 horas. (FI: 10/02/2024) el cual suspenden tempranamente e inician Meropenem. En urocultivo creció candida tropicalis silvestre. El hemocultivo de MSI va negativo, en el del PICC a las 12 horas creció pseudomonas silvestre

12/02/24 indican retiro de acceso PICC, además por niveles de vancomicina subterapeuticos ajustan dosis. Por lo anterior y dado que la paciente presenta deterioro clínico indican ser valorada por infectología.

Objetivo: EXAMEN FÍSICO
TA: 147/91 mmhg // TAM: 109 mmhg // FC: 98 lpm// FR: 18 rpm // Temp. 36. 2 °C//
SO2:98 con oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.
Neurologico : GOS 2/8
Alertable al llamado, no fija la mirada, no sigue órdenes.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos

Manejo antibiótico actual:
Vancomicina 1 gramo EV cada 12 horas (FI: 10/02/2024)
Meropenem vial de 2 gr, EV cada 8 horas (FI: 10/02/2024)

Antibioticoterapia recibida:
Piperacilina/Tazobactam 4. 5 gr IV cada 6 horas (FI: 26/01/24) (FF 01/02/24)
Meropenem 2 gr IV cada 8 horas (FI 28/01/24) (FF 01/02/2)
Vancomicina 1 gr IV cada 12 horas (FI 28/01/24) (FF 04/02/2)
Cefepime, 2 gramos EV cada 8 horas. (FI: 10/02/2024)(FF 11/02/2024)

Dispositivos Intravasculares
Catéter PICC 5FR POWER BILUMEN, ubicado en miembro superior izquierdo, fecha de inserción:23/01/24, última curación 06/02/24. Retiro 12/02/24.

PARACLÍNICOS:
12/02/24 Hemograma: Leu:8600// N:7070// L:1210// Hto:24. 8// Hb:7. 9// VCM:94// Pqts:240000
PCR:79. 80// Ácido láctico:1. 50// Hemoglobina glicosilada:6. 69//
Gases arteriales: FIO2:24// pH:7. 49// PCO2:30// PO2:92// SO2:97. 5// HCO3:22. 9// BE:-0. 1

NOTAS MÉDICAS

11/02/24 Vancomicina: 11. 39 Fibrinogeno:629

10/02/2024
Acido Lactico:1. 80 Bun:42. 8 Crea:0. 78
Urocultivo (477) LEVADURAS Spp, PENDIENTE ANTIBIOGRAMA
Hemograma: Leu:15200 N:13060 L:1120 Hto:30. 1 Hb:9. 5 VCM:31. 6 Pqts:250000 PT:14. 7 INR:1. 28 PTT: 29. 3 Cl:103 K:4. 50 Na:136

09/02/2024
PROCALCITONINA 0. 99 PCR 251. 91
HEMOCULTIVO (549) NEGATIVO EN 72 HORAS - PENDIENTE FINAL
HEMOCULTIVO (548) Positivo a 12:03 horas Pseudomonas aeruginosa.
Resistente a carbapenémicos.
HEMOCULTIVO (547) NEGATIVO EN 72 HORAS - PENDIENTE FINAL
UROCULTIVO (453) LEVADURAS Spp, PENDIENTE ANTIBIOGRAMA

08/02/2024
CL 102
BUN 16. 4
K 4. 7 NA 132 CR 0. 55
LEU 13830 NEU 11060 LINF 1810 HTO 35. 6 HB 11. 2 VCM 95. 1 HCM 30 PLT 373000

02/02/2024
K 3. 9 NA 136 GASES: FIO2 24% PH 7. 42 PCO2 41 PO2 87 HCO3 26. 6 BE 1. 9
LEU 10530 NEU 6430 LINF 2810 HTO 29. 2 HB 9. 3 VCM 96 HCM 31. 8 PLT 335000
PT 12. 2 (11. 5) PTT 32. 1 (29) INR 1. 06 VANCOMICINA 16. 89

30/01/2024
COPROCULTIVO: NEGATIVO
Coproscopico: consistencia: blanda, ph: 8, sangre oculta: positivo, azucares reductores: positivo. levaduras:++
CLostridium: toxina A y B: NEGATIVO

29/01/2024:
Urocultivo (0385): NEGATIVO
Vancomicina : 7 niveles subterapeuticos
Hemocultivo 0282-0281-0280 (NEGATIVOS)

28/01/2024
PANEL NEUMONÍA (056) Serratia marcenscens, S. Aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina).

IMÁGENES
24/01/24
TOMOGRAFÍA DE CEREBRO SIMPLE Línea media centrada. Adecuada diferenciación cortico-subcortical de ambos hemisferios cerebrales y en cerebelo. Regiones ganglios basales, núcleos caudados, cápsula interna y externa no evidencian lesiones focales. Sistema ventricular supra e infratentorial de morfología y topografía conservada. Las cisternas axilares, basales, silvianas y espacios subaracnoideos de la convexidad de configuración habitual, acordes con la edad del paciente. No se observan imágenes ocupantes de espacio intra-axiales a nivel del parénquima encefálico analizado por este método de estudio. CONCLUSIÓN: Sin lesiones agudas

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico:

NOTAS MÉDICAS

22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: TOMOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES SINUSOPATíA FRONTAL DERECHA. ENFISEMA PALPEBRAL Y MAXILAR DERECHO, EN RELACIóN A FRACTURA MULTIFRAGMENTARIA QUE COMPROMETE EL PISO ORBITARIO DERECHO, CON HERNIACIóN Y DEPRESIóN DE SUS FRAGMENTOS. HEMOSENO MAXILAR DERECHO. HIPERTROFIA DE CORNETES INFERIORES. NO SE IDENTIFICAN OTRAS ALTERACIONES POR ESTE MéTODO.
TOMOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL EL EJE DE LA COLUMNA SE HALLA CONSERVADO. LOS CUERPOS VERTEBRALES NO PRESENTAN CAMBIOS EN LA FORMA O EN LA DENSIDAD. LAS PEQUEÑAS ARTICULACIONES Y LAS ESTRUCTURAS DEL ARCO POSTERIOR SE HALLAN ACORDES PARA LA EDAD DEL PACIENTE. LOS ESPACIOS INTERVERTEBRALES NO PRESENTAN ALTERACIONES. NO SE OBSERVAN PROTRUSIONES DISCALES SIGNIFICATIVAS POR ESTE MéTODO DE ESTUDIO. EL CANAL MEDULAR SE HALLA CONSERVADO. Grupos musculares y partes blandas sin alteraciones.

22/01/24 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX FRENTE PORTÁTIL Infiltrados intersticio alveolares en ambos campos pulmonares. No se observan nódulos, masas o áreas de consolidación en ambos campos pulmonares. Tráquea y bronquios fuentes permeables. Índice cardiotorácico conservado. Senos costofrénicos libres.

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años quien por accidente de tránsito ocurrido el 19/01/24, presenta TCE grave con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral, por tanto requirió de manejo en UCI con VMI-IOT, durante su estancia reportan salida de secreción purulenta por TOT, realizan panel en secreción donde se aislaron múltiples microorganismos, sin embargo, sin hallazgos radiográficos de consolidación, por esta razón no se clasifica como neumonía asociada a la ventilación si no, como una traqueitis, para esto recibió manejo antibiótico. Cabe aclarar que el 02/02/24 intensivista describe signos inflamatorios en sitio de inserción del PICC.

Paciente continuó su evolución en UCI con mejoría clínica por tanto ingresa a sala de neurocirugía, durante su estancia presenta fiebre, taquicardia, hipotensión e indican toma de hemocultivos y en cultivo de PICC a las 12 horas crece pseudomonas aeruginosa e inician manejo con vancomicina más cefepime y tempranamente cambian de cefepime a meropenem.

Actualmente, se encuentra estable con PCR descendida más de un 50 % en relación a la previa, sin leucocitosis, catéter retirado y hemocultivos periféricos hasta el momento a las 72 horas negativos. Dado lo anterior, considero que la paciente es muy probable que haya cursado con una bacteriemia asociada a catéter y su mejoría clínica se deba al retiro de este, por ende con más de 48 horas de haber retirado y haber recibido meropenem es muy probable que la paciente se encuentre curada. Por lo expuesto previamente indico no continuar más manejo antibiótico y sugiero que al ser una paciente de difícil acceso, los medicamentos se administren por gastrostomía. De momento esperar reporte final de hemocultivos periféricos y si estos son negativos continuar sin antibiótico, pero si son positivos reconsultar.
En cuanto a reporte de urocultivo la paciente cursa con una candiduria asociada a sonda vesical por lo que requiere de su retiro.

Plan de manejo: Suspender antibióticos. Vancomicina y meropenem. (FI: 10/02/2024) (FF: 13/02/2024)
Retiro de sonda vesical.

Justificación de permanencia en el servicio: Paciente con requerimiento de manejo medico.

Firmado por: ALEXANDER SALINAS CESAR, MED.INT INFECTOLOGIA, Registro 27007508, CC 73208896

Fecha: 13/02/2024 11:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: *Evolucion neurologica*
Objetivo: Paciente en aceptables condiciones generales, afebril, con soporte de 02 ventury 24%, sin signos de dificultad respiratoria en el momento, sin signos de inestabilidad, usuaria de traqueostomia y gastrostomia funcional.

EXAMEN FÍSICO
Paciente sin oxígeno

NOTAS MÉDICAS

Escala del dolor: 1

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)
Neurológico
Neurológico : EXAMEN NEUROLOGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, no fija la mirada, no sigue órdenes.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos.

RESULTADOS INTERPRETADOS:
UROCULTIVO - 13/02/2024 07:40
Clasificación del examen: Anormal

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente con antecedente de politraumatismo por accidente de transito, presentando TCE severo con lesion axonal difusa grado II, confirmada por RMN cerebral por sangrados en sustancia blanca, ademas curso con estatus epileptico no motor, en el momento en estado vegetativos, durante estancia presento inestabilidad hemodinamica, se dio manejo empirirco, con hemocultivo de cateter picc que evidencio pseudomona resistente a carbapenemicos y urocultivo con C. tropicalisis, dado lo anterior se comento caso con infectologia con indicacion de suspender antibitoticoterapia y retiro de sonda vesical, atentos a nota formal de infectologia, en el momento estable, se realizan ajustes de medicacion, se explica conducta medica a seguir la cual entiende y acepta.

Plan de manejo: Continuar hospitalizado en sala de neurocirugia
Conciliacion medicamentosa
Se suspenden antibitoticos
Retirar sonda vesical
Seguimiento por infectologia
Control de signos vitales
Vigilancia neurologica.

Justificación de permanencia en el servicio: Paciente en vigilancia.

Firmado por: MARIA ELENA CANDIA GARZON, MEDICINA GENERAL, Registro 1144093455, CC 1144093455

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 13/02/2024 11:47 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - Interconsultante - GRUPO PICC

Tipo de evolución: Evolución adicional
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE QUIEN ES INTERCONSULTADA POR EL GRUPO PICC PARA PASO DE CATETER PICC, PACINTE QUIEN YA FUE PORTADORA DE CATETR 5FR BILUMEN

Plan de manejo: PACIENTE QUIEN REQUIERE INSERCION DE CATETER PICC PARA ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICO Y OTROS FARMACOS ENDOVENOSOS,.
PACIENTE CON CULTIVOS POSITIVO POR BARRIDO DE CATETER LA CUAL SE LE RETIRA DISPOSITIVO POR EL PERSONAL DE LA SALA POR BARRIDO CON GRAM NEGATIVOS.

EL DIA DE HOY SE EVIDENCIA CATETER CON PSEUDOMONA AERUGINOSA RESISTENTE A CARBAPENEMICOS.

SE HABLA CON MEDICO DE TURNO A LA ESPERA DE VALORACION POR INFECTOLOGIA PARA DEFINIR CONDUCTA.

INTERCONSULTAR POSTERIOR A CONCEPTO DE INFECTOLOGIA

SE CIERRA INTERCONSULTA

Justificación de permanencia en el servicio: PATOLOGIA MEDICA NO RESULTA.

Firmado por: KARINA LOBOA PEÑARANDA, GRUPO PICC, Registro 1060417714, CC 1060417714

Fecha: 13/02/2024 12:06 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

TIPO DE MUESTRA

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
7001	TIPO DE MUESTRA	Normal	HEMOCULTIVO Pseudomonas aeruginosa	--	--

Firmado por: ISABEL CRISTINA CABRERA, BACTERIOLOGO, Registro 31863074, CC 31863074

Fecha: 13/02/2024 17:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal

Firmado por: MARIA ELENA CANDIA GARZON, MEDICINA GENERAL, Registro 1144093455, CC 1144093455

Fecha: 13/02/2024 12:21 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: **SE ABRE FOLIO PARA REFORMULACION DE MEDICAMENTOS *
Objetivo: **

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: ** *

Plan de manejo: *

Justificación de permanencia en el servicio: *

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Fecha: 13/02/2024 12:23 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (CARBA 5)

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
90100A	DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (CARBA 5)	Normal	CARBA 5 NO SE DETECTÓ NINGÚN TIPO DE CARBAPENEMASA. VIM: NEGATIVO KPC: NEGATIVO OXA-48: NEGATIVO IMP: NEGATIVO NDM: NEGATIVO	--	--

Firmado por: ISABEL CRISTINA CABRERA, BACTERIOLOGO, Registro 31863074, CC 31863074

Fecha: 13/02/2024 17:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: MARIA ELENA CANDIA GARZON, MEDICINA GENERAL, Registro 1144093455, CC 1144093455

Fecha: 13/02/2024 13:01 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION NEUROCIRUGIA
Residente de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Daniel Yela

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido

NOTAS MÉDICAS

--- Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)

Objetivo: EXAMEN FÍSICO
TA: 147/91 mmhg // TAM: 109 mmhg // FC: 98 lpm// FR: 18 rpm // Temp. 36. 2 °C// SO2:98 con oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLOGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, no fija la mirada, no sigue órdenes.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos

PARACLÍNICOS:
12/02/24 Hemograma: Leu:8600// N:7070// L:1210// Hto:24. 8// Hb:7. 9// VCM:94// Pqts:240000 PCR:79. 80// Acido láctico:1. 50//
Hemoglobina glicosilada:6. 69//
Gases arteriales: FIO2:24// pH:7. 49// PCO2:30// PO2:92// SO2:97. 5// HCO3:22. 9// BE:-0. 1

11/02/24 Vancomicina: 11. 39 Fibrinogeno:629

10/02/2024
Acido Lactico:1. 80 Bun:42. 8 Crea:0. 78
Urocultivo (477) LEVADURAS Spp, PENDIENTE ANTIBIOGRAMA**
Hemograma: Leu:15200 N:13060 L:1120 Hto:30. 1 Hb:9. 5 VCM:31. 6 Pqts:250000 PT:14. 7 INR:1. 28 PTT: 29. 3 Cl:103 K:4. 50 Na:136

09/02/2024
PROCALCITONINA 0. 99 PCR 251. 91
HEMOCULTIVO (549) NEGATIVO EN 72 HORAS - PENDIENTE FINAL
HEMOCULTIVO (548) Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos. HEMOCULTIVO (547) NEGATIVO EN 72 HORAS - PENDIENTE FINAL
UROCULTIVO (453) Candida tropicalis SENSIBLE

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : lo descrito.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetria de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, en manejo antibiotico empirico con Meropenem + Vancomicina FI 09/02/24 hoy dia 4, dado hit infeccioso reciente con hemocultivo de cateter PICC que evidencia pseudomonas

NOTAS MÉDICAS

aeruginosa resistente a carbapenimicos y Urocultivo con C. tropicalis sensible. Tiene pendiente valoración por infectología y cambio de cateter PICC.

Además, cursó con hematuria, sangrado por la TQT y desaturación, con AngioTAC de tórax del 11/02/24 negativo para TEP y pruebas de coagulación (incluyendo tromboelastograma) que no explican el sangrado, aunque ya hubo resolucion de este. Por ahora continua igual manejo, estaremos atentos a evolucion clínica y concepto de Infectologia.

Plan de manejo: -Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso hepariinizado
- Meropenem vial de 1 gr, 2 viales EV cada 8 horas (FI: 10/02/2024)
- Vancomicina vial de 500 mg, 3 viales EV cada 12 horas (FI: 10/02/2024)
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Paracetamol amp 10 gr, 1 amp ev cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
-Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
-Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
-Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas

SE SOLICITA:
Carb5
Valoración Infectología

EN PROCESO:
Cambio de cateter PICC
HEMOCULTIVOS (547, 548, 549)

Justificación de permanencia en el servicio: -.

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Nota aclaratoria

Fecha: 13/02/2024 14:05

EN PROCESO:
Cambio de sonda vesical

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Fecha: 13/02/2024 17:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar con soporte de oxígeno dado por mascara ventury al 24%, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo y productivo, en el sistema

NOTAS MÉDICAS

osteomuscular paciente dependiente para sus avd, fuerza muscular no evaluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 95 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades fisicas, evitar complicaciones por estancia prolongada en sala, evitar retracciones musculares

intervencion
monitoria de signos vitales, posicionamiento en semifowler en cama, movilidad pasiva de cabeza y cuello, movilidad pasiva de miembros inferiores, flexo extension, movilidad pasiva de miembros superiores, flexo extension, estiramientos generalizados, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 13/02/2024 17:50 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar con soporte de oxígeno dado por mascara ventury al 24%, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo no productivo, en el sistema osteomuscular paciente independiente para sus avd, fuerza muscular no evaluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: ostal superiro
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 69 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades aerobicas, mantener metas de saturacion, mantener permeable via aerea

NOTAS MÉDICAS

intervencion
monitoria respiratoria, posicionamiento en semifowler en cama, desobstruccion bronquial con afe rapida y lenta, estimulacion de tos efectiva y productiva movilizando secreciones, se permeabiliza con tecnica septica con sonda 14, obteniendo moderadas secreciones, se realiza limpieza de estoma y endocanula, cambio de gasas de seguridad e hiladilla, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 13/02/2024 21:39 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genro femenino de 55 años con diagnosticos anotados anteriormente en historia clinica.
Encuentro pacietne en cama en decubito supino si acompañante con soporte de oxigeno por medio de mascara ventury.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Paciente con soporte de oxigeno por medio de mascara ventury a 4 lt fio2 al 24%, llenado capilar menor a 2 segundos, expansibilidad toracica simetrica, sin signos de dificultad respiratoria, con TQT sana, funcional sin sangrado ni secreción. A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares con roncus apicales.
Signos de dificultad respiratoria: No
Patrón respiratorio: Costodiafragmatico
Expectativas con la terapia: No aplica por estado neurologico del paciente.

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 14
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Dominio cardiovascular: Patrón C: Deficiencia de la ventilación, respiración / intercambio de gases y capacidad aeróbica / resistencia asociado a disfunciones de la vía aérea.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se atendió al paciente con todos los elementos de bioseguridad establecidos por la institución.
Objetivos: Mantener higiene bronquial y permeabilidad de la vía aérea.
Prevenir complicaciones respiratorias.

Intervención: Posicionamiento adecuado del paciente.
Monitoreo hemodinámico constante.
Monitoreo respiratorio.
Aumento de flujo espiraotrio completando 2 series de 5 repeticiones.
Higiene bronquial por medio de succión de TQT con técnica esteril obteniendo moderada cantidad de secreciones mucohialinas con tacos hematicos.
Higiene de TQT: Limpieza del estoma y endocanula, cambio de gasas.
Se ajusta presión de neumotaponador.
Estiramiento dem los músculos del tórax.

Paciente tolera intervención, se deja en buenas condiciones generales, barandas arriba con cabecera a 45° aproximadamente.
Insumos: 1 Sonda de succión #14, 1 jeringa prellenada, 1 paquete de gasas, 1 par de guantes estériles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: KAREN LIZETH PINTO NARVAEZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1006009194, CC 1006009194

Fecha: 14/02/2024 05:52 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genro femenino de 55 años con diagnosticos anotados anteriormente en historia clinica.
Encuentro pacietne en cama en decubito supino si acompañante con soporte de oxigeno por medio de mascara ventury.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Paciente con soporte de oxigeno por medio de mascara ventury a 4 lt fio2 al 24%, llenado capilar menor a 2 segundos, expansibilidad toracica simetrica, sin signos de dificultad respiratoria, con TQT sana, funcional sin sangrado ni secreción. A la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares con roncus apicales.
Signos de dificultad respiratoria: No
Patrón respiratorio: Costoidafragmatico
Expectativas con la terapia: No responde

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 15
Saturación de oxígeno 93%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se atendió al paciente con todos los elementos de bioseguridad establecidos por la institución.
Objetivos: Mantener higiene bronquial y permeabilidad de la vía aérea.
Prevenir complicaciones respiratorias.

Intervención: Posicionamiento adecuado del paciente.
Monitoreo hemodinámico constante.
Monitoreo respiratorio.
Aumento de flujo espiraotrio completando 2 series de 5 repeticiones.
Higiene bronquial por medio de succión de TQT con técnica esteril obteniendo abundantes cantidad de secreciones mucohialinas con tacos hematicos.
Higiene de TQT: Limpieza del estoma y endocanula, cambio de gasas.
Se ajusta presión de neumotaponador.
Estiramiento dem los músculos del tórax.
Paciente tolera intervención, se deja en buenas condiciones generales, barandas arriba con cabecera a 45° aproximadamente.
Insumos: 1 Sonda de succión #14, 1 jeringa prellenada, 1 paquete de gasas, 1 par de guantes estériles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: KAREN LIZETH PINTO NARVAEZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1006009194, CC 1006009194

Fecha: 14/02/2024 08:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito
TCE severo
Trauma Facial
Trauma contuso ocular derecho
Hemoseno frontal y maxilar derecho
Trauma cerrado de torax.
contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
-Neumonia sobreagregada a contusion pulmonar vs Sinusitis postraumatica
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Expectativas con la terapia: Si cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 15
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones hematicas, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas e hiladilla, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles
Se comenta con medico de sala por secreciones hematicas.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 14/02/2024 08:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito
TCE severo
Trauma Facial
Trauma contuso ocular derecho
Hemoseno frontal y maxilar derecho
Trauma cerrado de torax.
contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
-Neumonia sobreagregada a contusion pulmonar vs Sinusitis postraumatica
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 15
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener rangos de movilidad articular
Mejorar fuerza muscular global y control postural
Evitar deterioro por desacondicionamiento fisico
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en sedente, realiza movilización articular cefalocaudalmente, realiza ejercicios con disociación de cinturas escapular y pélvica, realiza ejercicios pasivos de miembros superiores 3 series de 10 repeticiones, realiza ejercicios pasivos de miembros inferiores 3 series de 10 repeticiones, realiza estiramientos estaticos en 10 segundos por grupo muscular, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 14/02/2024 09:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: ***EVOLUCION MEDICO***
Objetivo: PACIENTE EN CAMA ESTABLE, PORTADORA DE TRAQUEOSTOMIA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 147/74, Presión arterial media(mmhg): 98

NOTAS MÉDICAS

Frecuencia cardíaca(Lat/min): 74 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno: 96%
Temperatura(°C): 36 Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Neurológico
Neurológico : EXAMEN NEUROLOGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, no fija la mirada, no sigue órdenes.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: GLORIA, PACIENTE YA CONOCIDA EN EL SERVICIO, EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SE EVIDENCIA TRAQUEOSTOMIA CON SALIDA DE SANGRE, SE LLAMA A FIISIOTERAPIA, SE REALIZA ASPIRADO Y PERSISTE SALIDA DE SANGRE POR LO CUAL SE INTERCONSULTA CON CIRUGIA GENERAL PARA SOLICITAR FIBROLARINGOSCOPIA. ADICIONALEMNTE SE INICIA PROCESO DE HOMECARE.

Plan de manejo: CONTINUA HOSPITALIZACION EN SALA DE NEUROCIRUGIA
SS VALORACION POR CIRUGIA GENERAL
SS TRAMITE DE HOMECARE
RESTO DE ORDENES

Justificación de permanencia en el servicio: TRAMITE DE HOMECARE.

Firmado por: SANTIAGO PATIÑO MONCADA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144109874, CC 1144109874

Firmado por: KAROL DAYANA PERLAZA BALANTA, MEDICINA GENERAL, Registro 1112486716, CC 1112486716

Fecha: 14/02/2024 09:26 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION NEUROCIRUGIA
Residente de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Daniel Yela

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años

NOTAS MÉDICAS

Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)

Objetivo: EXAMEN FÍSICO
TA: 155/84 mmhg // FC: 78 lpm// FR: 18 rpm // Temp. 36. 6 °C// SO2:97 con oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLOGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, no fija la mirada, no sigue órdenes.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos

PARACLÍNICOS:
13/02/24
Carba 5: No se detectó ningún tipo de carbapenemasa
VIM: Negativo //KPC: Negativo //OXA=48: Negativo // IMP: Negativo // NDM: Negativo //

Detección de carbapenemasa
Rapidez carba NP: Negativo

12/02/24 Hemograma: Leu:8600// N:7070// L:1210// Hto:24. 8// Hb:7. 9// VCM:94// Pqts:240000 PCR:79. 80// Acido láctico:1. 50//
Hemoglobina glicosilada:6. 69//
Gases arteriales: FIO2:24// pH:7. 49// PCO2:30// PO2:92// SO2:97. 5// HCO3:22. 9// BE:-0. 1

11/02/24 Vancomicina: 11. 39 Fibrinogeno:629

10/02/2024
Acido Lactico:1. 80 Bun:42. 8 Crea:0. 78

Urocultivo (477)SE CULTIVÓ Candida tropicalis.
Antifúngico CIM Interpretación
Caspofungina <=0. 12 Sensible
Flucitosina <=1 Sensible
Fluconazol 2 Sensible
Micafungina <=0. 06 Sensible
Voriconazol <=0. 12 Sensible

NOTAS MÉDICAS

Hemograma: Leu:15200 N:13060 L:1120 Hto:30. 1 Hb:9. 5 VCM:31. 6 Pqts:250000 PT:14. 7 INR:1. 28 PTT: 29. 3 Cl:103 K:4. 50 Na:136

09/02/2024
PROCALCITONINA 0. 99 PCR 251. 91
HEMOCULTIVO (549) NEGATIVO EN 72 HORAS - PENDIENTE FINAL.
HEMOCULTIVO (548) Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos. HEMOCULTIVO (547) NEGATIVO EN 72 HORAS - PENDIENTE FINAL.
UROCULTIVO (453) Candida tropicalis SENSIBLE.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : lo descrito.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, con SIRS modulado, y sin antibioticos dado indicacion de infectologia el dia 13/02/24, quien consideró que el resultado de hemocultivo del PICC y urocultivo del 09/02/24 obedece a contaminacion, ya con retiro de invasiones. Ha permanecido afebril, en buenas condiciones. Se indica homecare para egreso y continuar su rehabilitacion integral.

Plan de manejo: -Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso hepariinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Paracetamol amp 10 gr, 1 amp ev cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
-Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
-Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
-Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas

SE SOLICITA:
Homecare

EN PROCESO:
Cambio de cateter PICC
Cambio de sonda vesical
HEMOCULTIVOS (547, 548, 549)

Justificación de permanencia en el servicio: -.

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Nota aclaratoria

Fecha: 14/02/2024 17:14

HOMECARE
Se solicita valoración por nutrición para MIPRES de NET ambulatoria
Homecare así:
- Terapia Física 3 veces por semana, 12 sesiones al mes por homecare
- Terapia Respiratoria 5 veces por semana, 20 sesiones al mes por homecare
- Terapia Fonoaudiologia 1 veces por semana, 4 sesiones al mes por homecare
- Terapia Ocupacional 1 vez por semana, 4 sesiones al mes por homecare
- Valoración medicina general 1 vez al mes
- Valoración por nutricionista 1 vez al mes
- Traslado ambulancia desde hospitalización huv hasta domicilio paciente al egreso por homecare
- Aspirador de secreciones #1
- Kit de traqueostomia #2, cada kit con 30 sondas de succión número 14 Fr con regulador. 60 Sondas en total por mes.
- Tubo siliconado #2 al mes.
- Gasas estériles paquete por 5 # 60 al mes
- Guantes estériles #7, 60 al mes
- Gastro: jeringa 50cc para pasar nutricion en bolo #90 al mes

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Fecha: 14/02/2024 11:10 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente quien se encuentra en cama hospitalaria estable hemodinámicamente, realizando apertura ocular, paciente portadora de traqueostomia y soporte nutricional por gastrostomía. Se realiza atención bajo protocolo institucional de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid-19. Hoy en compañia de familiar.
Objetivo: sin cambios
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Durante esta sesión se da inicio posicionando a la paciente en semifowler, realiza apertura ocular, no sigue instrucciones simples, se trabaja tapping de barrido y de contacto a nivel de maseteros y orbicular de labios, paciente realiza movimiento cefálico al percibir el estímulo, se continua con estimulo de aplicador a nivel perioral se evidencian degluciones en seco como respuesta al estímulo. posteriormente se introduce aplicador en zona intraoral en mejillas y encias, se observa poca tolerancia, se evidencia apariencia de resequedad en mucosa labial, el cual se recomienda a familiar realizar constantemente la hidratación, paciente queda estable en cama hospitalaria con barandas aseguradas en compañia de familiar.

Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

NOTAS MÉDICAS

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NICOLE STEPHANI PISCAL FLOREZ, FONOAUDIOLOGO, Registro 1143848385, CC 1143848385

Fecha: 14/02/2024 14:38 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Motivo de consulta: GARANTIZAR REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES
Enfermedad actual: DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Sistema neurológico: Normal

.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: No adecuado Aporte calórico: No adecuado

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, EN SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA, CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS EN HISTORIA CLINICA. AL MOMENTO DE LA VALORACION ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, DORMIDA, CON SOPORTE OXIGENO POR MASCARA POR TRAQUEOSTOMIA, EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN ACOMPAÑANTE. PACIENTE RECIBIENDO NET POR GASTROSTOMIA A 46 CC/H, TOLERANDO ADECUADAMENTE, SIN REPORTE DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES, CONTINUAR CON EL PLAN DE MANEJO NUTRICIONAL
SE REALIZA HOMECARE
Plan de manejo: 1. NET POR GASTROSTOMIA CON GLUCERNA 1. 5 LPC 1000 ML, INFUSION CONTINUA, GOTEO META DE 46 CC/H
-IRRIGAR SONDA CON 40 ML DE AGUA CADA 4 HORAS
-CUIDADOS DE SONDA SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL

NOTAS MÉDICAS

2. VIGILAR TOLERANCIA
3. SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA

HOMECARE
TRATAMIENTO POR 30 DIAS
TOTAL 34 LPC
NUMERO DE MIPRES: 20240214123037928510.

Firmado por: NATALIA VALLARINO HERNANDEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107513625, CC 1107513625

Fecha: 14/02/2024 15:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito
TCE severo
Trauma Facial
Trauma contuso ocular derecho
Hemoseno frontal y maxilar derecho
Trauma cerrado de torax.
contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
-Neumonia sobreagregada a contusion pulmonar vs Sinusitis postraumatica
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones hematicas, se realiza succión con sonda

NOTAS MÉDICAS

No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 14/02/2024 15:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro a paciente en cama hospitalaria en posición decúbito supino con apertura ocular, portadora de traqueostomia y gastrostomia, se realiza atención bajo protocolo de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid 19. Hoy con acompañante.
Objetivo: sin cambios
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Durante esta sesión se da inicio posicionando a la paciente en semifowler, realiza apertura ocular, no sigue instrucciones simples, se trabaja activación de musculatura a nivel de orbicular de labios y maseteros, se evidencia como respuesta degluciones en seco continuas, se brinda estimulo con aplicador húmedo a nivel extra en mucosa labial, se trabaja estimulo propioceptivo a nivel lingual, se finaliza con movilización de tejidos blandos a nivel de maseteros, eliminando puntos de tensión, paciente queda estable en cama hospitalaria con barandas aseguradas en compañia de familiar.

-Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NICOLE STEPHANI PISCAL FLOREZ, FONOAUDIOLOGO, Registro 1143848385, CC 1143848385

Fecha: 14/02/2024 20:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS
Consentimiento informado: Si

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero masculino de 55 años con los siguiente diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)
portador de traqueostomia con endocanula Lisa, se encuentra sin soporte de oxigeno, orientado en tiempo, lugar y persona, en posicion decubito supino, sin compañia de familiar, es atendido con los elementos de proteccion personal establecido dentro la institucion

Objetivo: Sistema Cardiopulmonar
llenado capilar : < 3 seg
A la auscultacion murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares
torax simetrico hipo expansible
escala de borg: 1/10

Sistema Musculoesqueletico
AMA: conservado

Sistema Neuromuscular
Glasgow:10/15
Reflejo osteotendinosos : conservados
Dermatomas y miotomas : conservados
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: superficial
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 86
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 95

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: permeabilizar via aerea
Se posicona paciente en semifowler a 45°
se ejecuta movilidad de reja costal
se ejecuta aceleracion de flujo espiratorio lento
se ejecuta expectoracion de secreciones a traves de reflejo tusigeno
se deja paciente hemodinamicamente estable dentro de su cuadro clinco.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: FABIAN CARABALI TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143977793, CC 1143977793

Fecha: 14/02/2024 21:52 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - CIRUGIA GENERAL

NOTAS MÉDICAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: INTERCONSULTA NO PERTINENTE.
YA VALORADO PREVIAMENTE, SE SUGIERE REALIZAR FIBROLARINGOSCOPIA, ESTUDIO QUE PUEDE SER SOLICITADO POR SU ESPECIALIDAD TRATANTE. SE CIERRA INTERCONSULTA.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: MANEJO INTERDISCIPLINARIO.

Firmado por: CARLOS ANDRES MUÑOZ CHAVES, CIRUGIA GENERAL, Registro 76-7004, CC 1061708995

Fecha: 14/02/2024 22:09 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: Se carga fibrolaringoscopia por peristencia de sangrado por traqueostomia.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico:

NOTAS MÉDICAS

22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: KAROL DAYANA PERLAZA BALANTA, MEDICINA GENERAL, Registro 1112486716, CC 1112486716

Fecha: 15/02/2024 05:10 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero masculino de 55 años con los siguiente diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)
portador de traqueostomia con endocanula Lisa, se encuentra sin soporte de oxigeno, orientado en tiempo, lugar y persona, en posicion decubito supino, sin compañia de familiar, es atendido con los elementos de proteccion personal establecido dentro la institucion

Objetivo: Sistema Cardiopulmonar
llenado capilar : < 3 seg
A la auscultacion murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares
torax simetrico hipo expansible
escala de borg: 1/10

Sistema Musculoesqueletico
AMA: conservado

Sistema Neuromuscular
Glasgow:10/15
Reflejo osteotendinosos : conservados
Dermatomas y miotomas : conservados
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: superficial
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 86

NOTAS MÉDICAS

Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: permeabilizar via aerea
Se posicona paciente en semifowler a 45°
se ejecuta movilidad de reja costal
se ejecuta aceleracion de flujo espiratorio lento
se ejecuta expectoracion de secreciones hematicas a traves de reflejo tusigeno
se deja paciente hemodinamicamente estable dentro de su cuadro clinco.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: FABIAN CARABALI TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143977793, CC 1143977793

Fecha: 15/02/2024 07:18 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION NEUROCIRUGIA
Residente de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Daniel Yela

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacesistencia a meticilina) resueltctados gen mecA (resistencia a meo
cil Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productoreruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)

Objetivo: EXAMEN FÍSICO

NOTAS MÉDICAS

TA: 132/77 mmhg // FC: 89 lpm// FR: 16 rpm // Temp. 36. 3 °C// SO2:97 con oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomnn: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLOGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, no fija la mirada, no sigue órdenes.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos

PARACLÍNICOS:
13/02/24
Carba 5: No se detectó ningún tipo de carbapenemasa
VIM: Negativo //KPC: Negativo //OXA=48: Negativo // IMP: Negativo // NDM: Negativo //

Detección de carbapenemasa
Rapidez carba NP: Negativo

12/02/24 Hemograma: Leu:8600// N:7070// L:1210// Hto:24. 8// Hb:7. 9// VCM:94// Pqts:240000 PCR:79. 80// Acido láctico:1. 50//
Hemoglobina glicosilada:6. 69//
Gases arteriales: FIO2:24// pH:7. 49// PCO2:30// PO2:92// SO2:97. 5// HCO3:22. 9// BE:-0. 1

11/02/24 Vancomicina: 11. 39 Fibrinogeno:629

10/02/2024
Acido Lactico:1. 80 Bun:42. 8 Crea:0. 78
Urocultivo (477) Candida tropicalis sensible
Hemograma: Leu:15200 N:13060 L:1120 Hto:30. 1 Hb:9. 5 VCM:31. 6 Pqts:250000 PT:14. 7 INR:1. 28 PTT: 29. 3 Cl:103 K:4. 50 Na:136

09/02/2024
PROCALCITONINA 0. 99 PCR 251. 91
HEMOCULTIVO (549) NEGATIVO AL QUINTO DÍA DE INCUBACIÓN - REPORTE FINAL.
HEMOCULTIVO (548) Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos.
HEMOCULTIVO (547) NEGATIVO AL QUINTO DÍA DE INCUBACIÓN - REPORTE FINAL.
UROCULTIVO (453) Candida tropicalis SENSIBLE.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, con SIRS modulado, y sin antibioticos dado indicacion de infectologia el dia 13/02/24, quien consideró que el resultado de hemocultivo del PICC y urocultivo del 09/02/24 y 10/02/24 obedece a contaminacion, ya con retiro de invasiones. Ha permanecido afebril, en buenas condiciones. Se indicó

NOTAS MÉDICAS

homecare para egreso y continuar su rehabilitacion integral, estamos atentos a autorizacion.

Plan de manejo: -Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso hepariinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Paracetamol amp 10 gr, 1 amp ev cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
-Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
-Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
-Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas

EN PROCESO:
Homecare

Justificación de permanencia en el servicio: --.

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Fecha: 15/02/2024 08:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito
TCE severo
Trauma Facial
Trauma contuso ocular derecho
Hemoseno frontal y maxilar derecho
Trauma cerrado de torax.
contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
-Neumonia sobreagregada a contusion pulmonar vs Sinusitis postraumatica
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 89 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas e hiladilla, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 15/02/2024 08:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito
TCE severo
Trauma Facial
Trauma contuso ocular derecho
Hemoseno frontal y maxilar derecho
Trauma cerrado de torax.
contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir
-Neumonia sobreagregada a contusion pulmonar vs Sinusitis postraumatica
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 89 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener rangos de movilidad articular
Mejorar fuerza muscular global
Evitar deterioro por desacondicionamiento fisico
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en sedente largo, movilización de cabeza y cuello 4 series de 8 repeticiones, movilización de cintura escapular, movilización pasiva de miembros superiores 3 series de 10 repeticiones, movilización pasiva de miembros inferiores 3 series de 10 repeticiones, estiramientos estaticos een 10 segundos por grupo muscular, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 15/02/2024 09:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente quien se encuentra en cama hospitalaria estable hemodinámicamente, en estado de alerta, paciente con ventury como soporte de oxigeno por traqueostomía, con soporte nutricional por gastrostomía, hoy con acompañante. Se realiza atención bajo protocolo institucional de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid-19.
Objetivo: Sin cambios
Expectativas con la terapia: Sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se inicia con ajustes posturales en sedente largo en cama hospitalaria, brindando control postural y cefálico, como desde la interacción con la misma, logrando apertura ocular esporadica. Durante esta intervención se lleva a cabo activación de tercio medio e inferior con tapping de contacto y barrido en maseteros, orbicular de los labios y buccinadores, movilización de comisuras y masaje nasolabial, acompañado de estimulación sensorial con esponja de estimulación intraoral en estructuras peri e intraoral logrando apertura de campo sensorial para activación de musculatura y reflejo de deglución. Se brinda asistencia desde masaje circunlaringeo. Paciente finaliza estable, dejo en decubito lateral, con inmovilizaciones y barandas aseguradas, sin familiar.

Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA CEBALLOS CUBILLOS, FONOAUDIOLOGO, Registro 1107084382, CC 1107084382

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 15/02/2024 13:01 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION MEDICA.
Objetivo: PACIENTE EN CAMA, SIN ACOMPAÑANTE, GOS 2/8, USUARIO DE TQT CON SOPORTE DE OXIGENO POR VENTURY AL 24% , GASTROSTOMIA FUNCIONAL.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : --- DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacesistencia a meticilina) resueltctados gen mecA (resistencia a meo
cil Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productoreruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)
.
Cabeza
Cuero cabelludo : --- EXAMEN FISICO:
SIGNOS VITALES: TA: 120/80, FC: 89, FR: 16, T: 35. 6 °c
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomnn: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLOGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, no fija la mirada, no sigue órdenes.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos
.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Análisis: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO DEL 29/01/24, PRESENTO TCE SEVERO CON LAD GRADO II, ADEMAS CURSO CON ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR YA TRATADO CON MEJORIA EN TELEMETRIA DE CONTROL. EN LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRA PACIENTE EN ESTADO VEGETATIVO, GOS 2/8, USUARIA DE TQT CON SOPORTE DE OXIGENO POR VENTURY AL 24%, GASTROSTOMIA FUNCIONAL, A PERMANECIDO AFEBRIL, AHORA A LA ESPERA DE HOMECARE PARA SU EGRESO. SE EVIDENCIO SANGRADO A NIVEL DE TQT, EL CUAL AL DIA DE HOY ES ESCASO, SE INDICO VIGILANCIA DEL MISMO. CONTINUA MANEJO MEDICO YA ESTABLECIDO.

Plan de manejo: - HOSPITALIZACION SALA DE NEUROCIRUGIA
- PENDIENTE HOMECARE PARA EGRESO
- ENOXAPARINA DIFERIDA
- CONTROL DE SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

Justificación de permanencia en el servicio: PENDIENTE AUTORIZACION DEL HOMECARE PARA SU EGRESO.

Firmado por: HUBER ELIAS ANAYA LOPEZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1107512264, CC 1107512264

Fecha: 15/02/2024 15:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 89 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena.

NOTAS MÉDICAS

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 15/02/2024 22:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin acompañante, con diagnósticos médicos ya descritos anteriormente, paciente con soporte de oxígeno por ventury al 24%, tranquila y colaboradora, hemodinámicamente estable. No refiere sentir ahogo, ni dolor. Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal.
Paciente con alto riesgo de caidas y aparicion de ulceras por presion
Objetivo: Valoracion sistema cardiovascular pulmonar:
Formadel torax: Simetrico
Patron respiratorio: Toracoabdominal
Soporte de oxigeno por ventury al 24%
A palpacion no presenta dolor, no masas, no crepitaciones, no fracturas, no enfisema subcutaneo
Murmullo vesicular: Conservado sin ruidos sobreagregados
Lllenado capilar <2 segundos
No edema
No signos de dificultad respiratoria
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: Toracoabdominal
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervencion: Mantener permeable la via aerea manteniendo metas de oxigenacion
Se inicia con movilizacion de reja costal y caja toracica
Posterior a esto se trabaja en aumento de flujo espiratorio lento + presiones toracicas lentas favoreciendo la movilizacion de secreciones
Se trabaja tos dirigida efectiva y productiva de moderada cantidad de secreciones mucoides, no requiere succion debido a que permeabiliza via aerea con la tos
Posterior a esto se trabaja en cuidados de traqueostomia con limpieza de endocanula y estoma, se realiza cambio de gasas
Usuario tolera la intervencion, se deja sin signos de dificultad respiratoria y tranquilo, se deja estable dentro de su condicion.
Insumos: 1 paquete de gasas, 1 jeringa prellena, 1 par de guantes qx.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DAVID ALEJANDRO REYES Q., FISIOTERAPEUTA, Registro 1061815902, CC 1061815902

Fecha: 16/02/2024 04:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

NOTAS MÉDICAS

Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin acompañante, con diagnósticos médicos ya descritos anteriormente, paciente con soporte de oxígeno por ventury al 24%, tranquila y colaboradora, hemodinámicamente estable. No refiere sentir ahogo, ni dolor. Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal.
Paciente con alto riesgo de caidas y aparicion de ulceras por presion
Objetivo: Valoracion sistema cardiovascular pulmonar:
Formadel torax: Simetrico
Patron respiratorio: Toracoabdominal
Soporte de oxigeno por ventury al 24%
A palpacion no presenta dolor, no masas, no crepitaciones, no fracturas, no enfisema subcutaneo
Murmullo vesicular: Conservado sin ruidos sobreagregados
Lllenado capilar <2 segundos
No edema
No signos de dificultad respiratoria
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: Toracoabdominal
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno 97%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervencion: permeabilizar via aerea manteniendo higiene de traqueostomia favoreciendo metas de oxigenacion
Se inicia con movilizacion de reja costal y caja toracica
Posterior a esto se trabaja en aumento de flujo espiratorio lento + presiones toracicas lentas favoreciendo la movilizacion de secreciones
Se trabaja tos dirigida efectiva y productiva de moderada cantidad de secreciones muco purulentas, no requiere succion debido a que permeabiliza via aerea con la tos
Posterior a esto se trabaja en cuidados de traqueostomia con limpieza de endocanula y estoma, se realiza cambio de gasas
Usuario tolera la intervencion, se deja sin signos de dificultad respiratoria y tranquilo, se deja estable dentro de su condicion.
Insumos: 1 paquete de gasas, 1 jeringa prellena, 1 par de guantes qx.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DAVID ALEJANDRO REYES Q., FISIOTERAPEUTA, Registro 1061815902, CC 1061815902

Fecha: 16/02/2024 07:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION NEUROCIRUGIA
Residente de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Daniel Yela

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida

NOTAS MÉDICAS

EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

Objetivo: EXAMEN FÍSICO
TA: 132/77 mmhg // FC: 89 lpm// FR: 18 rpm // Temp. 35. 5 °C// SO2:94 con oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLOGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, no fija la mirada, no sigue órdenes.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos

PARACLÍNICOS:
13/02/24
Carba 5: No se detectó ningún tipo de carbapenemasa
VIM: Negativo //KPC: Negativo //OXA=48: Negativo // IMP: Negativo // NDM: Negativo //

Detección de carbapenemasa
Rapidez car7070// L:1210//

12/24/24/ Hb:7. 9// VCM:94// Pqts:240000 PCR:10//0// :24. 8// Hb:7. 9// VCM:94// Pqts:240000 PCR:79. 80// Acido láctico:1. 50// Hemoglobina glicosilada:6. 69//
Gases arteriales: FIO2:24// pH:7. 49// PCO2:30// PO2:92// SO2:97. 5// HCO3:22. 9// BE:-0. 1

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : lo descrito.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

NOTAS MÉDICAS

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, con SIRS modulado, y sin antibioticos dado indicacion de infectologia el dia 13/02/24, quien consideró que el resultado de hemocultivo del PICC y urocultivo del 09/02/24 y 10/02/24 obedece a contaminacion, ya con retiro de invasiones. Ha permanecido afebril, en buenas condiciones. Se indicó homecare para egreso y continuar su rehabilitacion integral, estamos atentos a autorizacion.

Plan de manejo: -Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso hepariinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

EN PROCESO:
Autorizacion de Homecare
CANCELADA LA FIBROBRONCOSCOPIA

Justificación de permanencia en el servicio: -.

Firmado por: OSCAR ANDRES ESCOBAR VIDARTE, NEUROCIRUJANO, Registro 94428330, CC 94428330

Fecha: 16/02/2024 08:25 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad, encuentro en cama, somnolienta, sin acompañante, sin signos de dificultad respiratoria, portadora de traqueostomia funcional #7 con balón desinflado, endocanula lisa con soporte de oxígeno dado por mascara ventury fio2 24% sao2 98% fc:80 lpm. Con diagnosticos anotados en historia clinica.

Se realiza atención haciendo uso de elementos de protección personal requeridos en la institución para prevención de covid 19.

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
Paciente somnolienta, portadora de traqueostomia funcional #7 con balón desinflado, endocanula lisa con soporte de oxígeno dado por mascara ventury fio2 24% no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal, tórax normo expansible, simétrico
A la palpacion no presenta dolor, no masas, no crepitaciones, no fracturas, no enfisema subcutaneo, no edema.
A la auscultación, murmullo pulmonar presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados, focos cardiacos sin soplos, presenta pulsos periféricos rítmicos, paciente con patrón de tos efectivo, no productivo.
Signos de dificultad respiratoria: No presenta
Patrón respiratorio: Costal superior
Expectativas con la terapia: Paciente no interactua con evaluador

NOTAS MÉDICAS

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS:
-Disminuir complicaciones respiratorias asociado con estancia hospitalaria
-Mantener metas de oxigenación
-Mantener capacidades pulmonares
-Mantener vía aérea permeable.
-Mejorar la función pulmonar
-Evacuar o reducir la obstrucción bronquial

Monitoria signos vitales
vigilancia respiratoria
posicionamiento adecuado en cama
técnicas de higiene vía aérea, compresiones
movilidad y estiramiento de reja costal
aumento de flujo espiratorio lento y rapido
limpieza estoma, endocanula secreciones blanquecinas
tos poco efectiva se realiza tecnica de succion
secreciones mucupurulentas
se verifica vía aérea permeable
Cambio de gasas y de hiladilla.

Dejo estable dentro de su condición en cama SaO2 94% FC: 80 LPM

Insumos:
1 jeringa de SS
2 paquetes de gasas
1 par guantes estériles
1 sonda de succión regulador numero 14.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: LUZ EDILIA RESTREPO MUNERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144055094, CC 1144055094

Fecha: 16/02/2024 08:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro a paciente en cama hospitalaria en posición decúbito supino, portadora de traqueostomia con soporte de oxigeno por ventury y gastrostomia, se realiza atención bajo protocolo de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid 19. Hoy con acompañante.
Objetivo: sin cambios
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

NOTAS MÉDICAS

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Durante esta sesión se da inicio posicionando a la paciente en semifowler, se observa mucosa labial con apariencia de resequedad, no sigue instrucciones simples, no realiza en el momento apertura ocular, se trabaja activación de musculatura a nivel de orbicular de labios y maseteros, se realiza masaje nasolabial, se evidencia como respuesta degluciones en seco continuas y movimientos cefálicos como respuesta a la poca tolerancia al brindar estimulo a nivel orofacial, se realiza higiene e hidratación mediante gasa húmeda y barrita labial hidratante, se promueve al estimulo a nivel intraoral, pero la paciente solo permite estimulo a nivel de encias y no a nivel de paladar y lengua, paciente queda estable en cama hospitalaria con barandas aseguradas en compañia de familiar. Se reitera a familiar la importancia de continuar realizando higiene oral e hidratación de la mucosa.

-Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

EDUCACIÓN
Plan educativo: EDUCACION FONOAUDIOLOGICA
El cuidador responde la evaluación.

Material de apoyo: verbal.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal.
Temas en los que se educó: Rehabilitación, Seguridad del paciente, Signos y síntomas de alarma, Tratamiento
Comprendió el tema: Si
Describa brevemente los temas en que educó: - No brindar nada vía oral
- Realiza higiene oral al menos tres veces al día para evitar acumulación de secresiones salivales.
- Posición no inferior a 45 grados especialmente cuando se encuentra recibiendo alimento (asi sea por via enteral)
- Hidratación de mucosa oral con gasa húmeda y barrita hidratante.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NICOLE STEPHANI PISCAL FLOREZ, FONOAUDIOLOGO, Registro 1143848385, CC 1143848385

Fecha: 16/02/2024 08:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad, encuentro en cama, somnolienta, sin acompañante, sin signos de dificultad respiratoria, portadora de traqueostomia funcional #7 con balón desinflado, endocanula lisa con soporte de oxígeno dado por mascara ventury FiO2 24% sao2 98% FC:80 lpm. Con diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito
TCE severo
Trauma Facial
Trauma contuso ocular derecho
Hemoseno frontal y maxilar derecho
Trauma cerrado de torax.
contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir

NOTAS MÉDICAS

Se realiza atención haciendo uso de elementos de protección personal requeridos en la institución para prevención de covid 19.
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
Paciente somnolienta, portadora de traqueostomia funcional #7 con balón desinflado, endocanula lisa con soporte de oxígeno dado por mascara ventury fio2 24% no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal, tórax normo expansible, simétrico
A la palpacion no presenta dolor, no masas, no crepitaciones, no fracturas, no enfisema subcutaneo, no edema.
A la auscultación, murmullo pulmonar presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados, focos cardiacos sin soplos, presenta pulsos periféricos rítmicos, paciente con patrón de tos efectivo, no productivo.
Expectativas con la terapia: Paciente no interactua con evaluador

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS:
-Mantener capacidades físicas
-Prevenir desacondicionamiento físico asociado a estancia hospitalaria
-Prevenir desmineralización ósea.
-Favorecer activación de musculatura de tronco y extremidades

Monitoría signos vitales
Posicionamiento en sedente largo o borde de la cama
alineación corporal.
Movilidad articular pasiva de segmentos corporales de miembros superiores, inferiores, cabeza y cuello
2 series de 10 repeticiones
Ejercicios pasivos de miembros superiores e inferiores
2 series de 8 repeticiones.
Movilización pasiva de cinturón escapular y pélvico
2 series de 10 repeticiones
Descargas de peso en miembros inferiores y superiores durante 10 segundos 5 repeticiones cada una.
Estiramiento pasivo de grandes grupos musculares (Cuádriceps, isquiotibiales, pectorales, flexores y extensores de muñeca) 3 repeticiones de 15 segundos cada una.

Paciente tolera la intervención, queda estable en su condición en cama, en posición semi fowler con barandas arriba, sin acompañante.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: LUZ EDILIA RESTREPO MUNERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144055094, CC 1144055094

Fecha: 16/02/2024 10:05 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - Interconsultante - PSICOLOGIA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: se realiza acercamiento a familiar e paciente quien menciona "a mi mamá la atropeyo unn carroel 19 de enero de 2024, nosotros vivimos en una vereda y no tenemos como cuidarla en casa" ademas anexa, "si a mi mamá le dan salida debemos buscar un lugar donde poder tenerla".
Objetivo: Nombre: Gloria Gil Siabato
edad: 55 años
Cédula: 29401014
Lugar de residencia: Chile
Lugar de residencia temporal: Kilmetro 41 vereda el salto vía cabal Buenaventura

NOTAS MÉDICAS

Se responde a interconsulta generada por el área clínica.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Se realiza valoracíon por psicología a paciente que se encuentra en el área de neurocirugía en compañía de la señora Angie Joana Gamboa de parentesco hija a quien se realiza intervención familiar.

Familiar de la paciente se encuentra orientada en sus tres esferas mentales, se muestra abordable, con producción ideo verbal fluida, coherente y relevante, utilizando tono de voz moderado con intervalos de respuesta adecuado, establece contacto visual constante, no presenta alteraciones sensoperceptivas ni ideas de auto/heteroagresión. Presenta estado de ánimo plano de fondo triste, fácil al llanto.

Se indaga sobre composición y dinámicas familiares encontrando que la paciente vive en compañía del señor Enrique Rincón actual pareja sentimental en el país de Chile, ademas, en la Ciudad de Buenaventura se encuentran radicadas sus dos hijas con quienes lleva relaciones sanas con vínculos cercanos y seguros, se dentifica red de apoyo estructurada ya que han generado estrategias para los cuidados dentro del hospital que le permite a la paciente compañia permanente durante su estancia hospitalaria.

Con respecto al motivo de hospitalización se evidencia que la paciente ingresa por "traumatismos multiples no especificados" que se relacionan con accidente de transito causado en el mes de enero de 2024, la señora Angie Gamboa tiene conocimiento de los procedimietos que se han realizado, sin embargo durante el discurso menciona que " nosotros vivimos en una vereda y no podemos tener a mi mamá en ese estado viviendo alla" frente a esto se identifica que familiar de la paciente tiene conciencia parcial de las secuelas causadas y de los procesos de recuperación motivo por el cual se pueden presentar cambios en la adherencia al tratamiento de la paciente.

Por otro lado se evidencia que la paciente necesita de compañía permanente para la realización de sus actividades de la vida diaria. Teniendo en cuenta que en el País de Chile asistía a tres lugares de trabajo ocasinando en la familia grandes cambios que generan sentimientos de angustia y desesperanza por incertidumbre hacia el futuro identificando etapa de duelo en negación.

Se identifica como factores de riesgo- la falta de acceso de transporte médico en la vereda donde actualmente vive la familia limitando la continuidad del tratamiento por medio del home care.

Se brinda un espacio de dialogo que favorece la expresión y verbalización de emociones, con descarga emocional contenida, manifestando sentiminetos de triseza y pensamientos de minusvalía y desesperanza para la paciente.

Plan de manejo: Se responde a interconsulta
Se realiza valoración por psicología a familiar.

Nota realizada por practicante de psicología Carolina Martínez
usb código 65218
Nota asesorada por psicóloga Valenttine Idarraga

Justificación de permanencia en el servicio: hospitalización.

Firmado por: VALENTTINE IDARRAGA MOLANO, PSICOLOGIA, Registro 1010022012, CC 1010022012

Fecha: 16/02/2024 12:50 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

NOTAS MÉDICAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION MEDICA.
Objetivo: PACIENTE EN CAMA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, GOS 2/8, USUARIO DE TQT Y GASTROSTOMIA FUNCIONAL, CON SOPROTE DE OXIGENO POR VENTURY AL 24%.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : --- DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacesistencia a meticilina) resueltctados gen mecA (resistencia a meo
cil Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productoreruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)
.
Cabeza
Cuero cabelludo : --- EXAMEN FISICO
SIGNOS VITALES: TA: 108/71, FC: 106, FR: 19, T: 36. 3 °C
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomnn: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLOGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, no fija la mirada, no sigue órdenes.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos
.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

NOTAS MÉDICAS

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: HUBER ELIAS ANAYA LOPEZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1107512264, CC 1107512264

Nota aclaratoria

Fecha: 16/02/2024 12:55

Análisis: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO DEL 29/01/24, PRESENTO TCE SEVERO CON LAD GRADO II, ADEMAS CURSO CON ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR YA TRATADO CON MEJORIA EN TELEMETRIA DE CONTROL. EN LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRA PACIENTE EN ESTADO VEGETATIVO, GOS 2/8, USUARIA DE TQT CON SOPORTE DE OXIGENO POR VENTURY AL 24%, GASTROSTOMIA FUNCIONAL, A PERMANECIDO AFEBRIL, AHORA A LA ESPERA DE HOMECARE PARA SU EGRESO. SIN REGISTRO DE NUEVOS EPISODIOS DE SANGRADO A NIVEL DE TQT POR LO CUAL SE DIFIRIO TOMA DE FIBROBRONCOSCOPIA, CONTINUA MANEJO MEDICO YA ESTABLECIDO, SE EXPLICA LA CONDUCTA A FAMILIAR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Plan de manejo:
- HOSPITALIZACION SALA DE NEUROCIRUGIA
- PENDIENTE HOMECARE PARA EGRESO
- CONTROL DE SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

Justificación de permanencia en el servicio: PENDIENTE AUTORIZACION DEL HOMECARE PARA SU EGRESO.

Firmado por: HUBER ELIAS ANAYA LOPEZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1107512264, CC 1107512264

Fecha: 16/02/2024 14:09 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Valoración nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Motivo de consulta: GARANTIZAR REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES
Enfermedad actual: DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

REVISIÓN POR SISTEMAS
Revisión por sistemas
Sistema neurológico: Normal

.

Evaluación de aportes nutricionales
Aporte proteico: No adecuado Aporte calórico: No adecuado

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de

NOTAS MÉDICAS

diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, EN SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA, CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS EN HISTORIA CLINICA. AL MOMENTO DE LA VALORACION ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, SIN RESPUESTA A LLAMADO, CON SOPORTE OXIGENO POR MASCARA POR TRAQUEOSTOMIA, EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN ACOMPAÑANTE. PACIENTE CON NET PAUSADA DEBIDO A POSIBLE FILTRACION POR GASTROSTOMIA, TOLERANDO ADECUADAMENTE, SIN REPORTE DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES, CONTINUAR CON EL PLAN DE MANEJO NUTRICIONAL
Plan de manejo: PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, EN SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA, CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS EN HISTORIA CLINICA. AL MOMENTO DE LA VALORACION ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, DORMIDA, CON SOPORTE OXIGENO POR MASCARA POR TRAQUEOSTOMIA, EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN ACOMPAÑANTE. PACIENTE RECIBIENDO NET POR GASTROSTOMIA A 46 CC/H, TOLERANDO ADECUADAMENTE, SIN REPORTE DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES, CONTINUAR CON EL PLAN DE MANEJO NUTRICIONAL
SE REALIZA HOMECARE
Plan de manejo: 1. NET POR GASTROSTOMIA CON GLUCERNA 1. 5 LPC 1000 ML, INFUSION CONTINUA, GOTEO META DE 46 CC/H
-IRRIGAR SONDA CON 40 ML DE AGUA CADA 4 HORAS
-CUIDADOS DE SONDA SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL
2. VIGILAR TOLERANCIA
3. SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA

CUENTA CON HOMECARE
TRATAMIENTO POR 30 DIAS
TOTAL 34 LPC
NUMERO DE MIPRES: 20240214123037928510.

Firmado por: NATALIA VALLARINO HERNANDEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107513625, CC 1107513625

Fecha: 16/02/2024 17:25 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad, encuentro en cama, somnolienta, sin acompañante, sin signos de dificultad respiratoria, portadora de traqueostomia funcional #7 con balón desinflado, endocanula lisa con soporte de oxígeno dado por mascara ventury FiO2 24% sao2 98% FC:80 lpm. Con diagnosticos:
1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo Iv
2. Politraumatismo por accidente de transito
TCE severo
Trauma Facial
Trauma contuso ocular derecho
Hemoseno frontal y maxilar derecho
Trauma cerrado de torax.
contusion pulmonar izquierda
3. HTA por Hc
4. DM tipo II de novo
5. Sepsis de origen a definir

Se realiza atención haciendo uso de elementos de protección personal requeridos en la institución para prevención de covid 19.

NOTAS MÉDICAS

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
Paciente somnolienta, portadora de traqueostomia funcional #7 con balón desinflado, endocanula lisa con soporte de oxígeno dado por mascara ventury fio2 24% no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal, tórax normo expansible, simétrico
A la palpacion no presenta dolor, no masas, no crepitaciones, no fracturas, no enfisema subcutaneo, no edema.
A la auscultación, murmullo pulmonar presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados, focos cardiacos sin soplos, presenta pulsos periféricos rítmicos, paciente con patrón de tos efectivo, no productivo.
Expectativas con la terapia: PACIENTE NO INTERACCIONA CON EVALUADOR

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVOS:
-Mantener capacidades físicas
-Prevenir desacondicionamiento físico asociado a estancia hospitalaria
-Prevenir desmineralización ósea.
-Favorecer activación de musculatura de tronco y extremidades

Monitoría signos vitales
Posicionamiento en sedente largo o borde de la cama
alineación corporal.
Movilidad articular pasiva de segmentos corporales de miembros superiores, inferiores, cabeza y cuello
2 series de 10 repeticiones
Ejercicios pasivos de miembros superiores e inferiores
2 series de 8 repeticiones.
Movilización pasiva de cinturón escapular y pélvico
2 series de 10 repeticiones
Descargas de peso en miembros inferiores y superiores durante 10 segundos 5 repeticiones cada una.
Estiramiento pasivo de grandes grupos musculares (Cuádriceps, isquiotibiales, pectorales, flexores y extensores de muñeca) 3 repeticiones de 15 segundos cada una.

Paciente tolera la intervención, queda estable en su condición en cama, en posición semi fowler con barandas arriba, sin acompañante.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: LUZ EDILIA RESTREPO MUNERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144055094, CC 1144055094

Fecha: 16/02/2024 17:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años de edad, encuentro en cama, somnolienta, sin acompañante, sin signos de dificultad respiratoria, portadora de traqueostomia funcional #7 con balón desinflado, endocanula lisa con soporte de oxígeno dado por mascara ventury fio2 24% sao2 98% fc:80 lpm. Con diagnosticos anotados en historia clinica.

Se realiza atención haciendo uso de elementos de protección personal requeridos en la institución para prevención de covid 19.
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
Paciente somnolienta, portadora de traqueostomia funcional #7 con balón desinflado, endocanula lisa con soporte de oxígeno dado por mascara ventury fio2 24% no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal, tórax normo expansible, simétrico

NOTAS MÉDICAS

A la palpacion no presenta dolor, no masas, no crepitaciones, no fracturas, no enfisema subcutaneo, no edema.
A la auscultación, murmullo pulmonar presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados, focos cardiacos sin soplos, presenta pulsos periféricos rítmicos, paciente con patrón de tos efectivo, no productivo.
Signos de dificultad respiratoria: No presenta
Patrón respiratorio: Costal superior
Expectativas con la terapia: Paciente no interactua con evaluador

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: cidades pulmonares
-Mantener vía aérea permeable.
-Mejorar la función pulmonar
-Evacuar o reducir la obstrucción bronquial

Monitoria signos vitales
vigilancia respiratoria
posicionamiento adecuado en cama
técnicas de higiene vía aérea, compresiones
movilidad y estiramiento de reja costal
aumento de flujo espiratorio lento y rapido
limpieza estoma, endocanula secreciones blanquecinas
tos poco efectiva se realiza tecnica de succion
secreciones mucupurulentas
se verifica vía aérea permeable
Cambio de gasas

Dejo estable dentro de su condición en cama SaO2 94% FC: 80 LPM

Insumos:
1 jeringa de SS
2 paquetes de gasas
1 par guantes estériles
1 sonda de succión regulador numero 14.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: LUZ EDILIA RESTREPO MUNERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144055094, CC 1144055094

Fecha: 16/02/2024 20:32 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

NOTAS MÉDICAS

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: SE FORMULA

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: SANTIAGO PATIÑO MONCADA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144109874, CC 1144109874

Fecha: 16/02/2024 23:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: ENCUENTRO PACIENTE DE GÉNERO FEMENINO DE 55 AÑOS DE EDAD EN CAMA, PORTADOR DE TRAQUEOSTOMIA: CON ENDOCANULA LISA, PERMEABLE CON SOPORTE DE OXÍGENO ADMINISTRADO POR VENTURY AL 24% DE FIO2, ESTADO ALERTA, CON RIESGO DE CAÍDA Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, CON DIAGNOSTICOS YA ANOTADOS EN HISTORIA CLINICA. , SE REALIZA ATENCION BAJO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD CONTRA EL COVID-19, TAMBIEN SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS
Objetivo: PACIENTE ALERTA, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN COSTAL SUPERIOR, TÓRAX NORMO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO, EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRÓN DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: NO PRESENTA
Patrón respiratorio: COSTAL SUPERIOR
Expectativas con la terapia: SIN CAMBIOS

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVO: MANTENER VIA AEREA PERMEABLE
MONITOREO DE SIGNOS VITALES
POSICIONAMIENTO ADECUADO
MOVILIDAD DE LA REJA COSTAL
TECNICA DE HIGIENE BRONQUIAL AFE LENTA Y RAPIDA + TOS DIRIGIDA MOVILIZANDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECIONES
HIGIENE DE TQT: LIMPIEZA DE ENDOCANULA, ESTOMA, CAMBIO DE GASAS
INSUMOS: 1 PAQUETE DE GASAS, 1 JERINGA PRELLENA DE SS

NOTAS MÉDICAS

TOLERA INTERVENCION QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CLINICA.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JOAN SEBASTIAN VILLOTA VALDES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144185390, CC 1144185390

Fecha: 17/02/2024 04:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: ENCUENTRO PACIENTE DE GÉNERO FEMENINO DE 55 AÑOS DE EDAD EN CAMA, PORTADOR DE TRAQUEOSTOMIA: CON ENDOCANULA LISA, PERMEABLE CON SOPORTE DE OXÍGENO ADMINISTRADO POR VENTURY AL 24% DE FIO2, ESTADO ALERTA, CON RIESGO DE CAÍDA Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, CON DIAGNOSTICOS YA ANOTADOS EN HISTORIA CLINICA. , SE REALIZA ATENCION BAJO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD CONTRA EL COVID-19, TAMBIEN SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS
Objetivo: PACIENTE ALERTA, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN COSTAL SUPERIOR, TÓRAX NORMO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO, EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRÓN DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: NO PRESENTA
Patrón respiratorio: COSTAL SUPERIOR
Expectativas con la terapia: SIN CAMBIOS

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVO: MANTENER VIA AEREA PERMEABLE
MONITOREO DE SIGNOS VITALES
POSICIONAMIENTO ADECUADO
MOVILIDAD DE LA REJA COSTAL
TECNICA DE HIGIENE BRONQUIAL AFE LENTA Y RAPIDA + TOS DIRIGIDA MOVILIZANDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECIONES
HIGIENE DE TQT: LIMPIEZA DE ENDOCANULA, ESTOMA, CAMBIO DE GASAS
INSUMOS: 1 PAQUETE DE GASAS, 1 JERINGA PRELLENA DE SS
TOLERA INTERVENCION QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CLINICA.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JOAN SEBASTIAN VILLOTA VALDES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144185390, CC 1144185390

Fecha: 17/02/2024 09:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 96 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas e hiladilla, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 17/02/2024 09:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.

NOTAS MÉDICAS

Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 96 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener rangos de movilidad articular
Mejorar fuerza muscular global y control postural
Evitar deterioro por desacondicionamiento fisico
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en sedente, realiza movilización articular cefalocaudalmente, realiza ejercicios con disociación de cinturas escapular y pélvica, realiza ejercicios pasivos de miembros superiores 3 series de 10 repeticiones, realiza ejercicios pasivos de miembros inferiores 3 series de 10 repeticiones, realiza estiramientos estaticos en 10 segundos por grupo muscular, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 17/02/2024 12:13 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Ocupacional Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Usuaria que se encuentra en supino sobre cama, con soporte de oxigeno por mascara ventury a la traqueostomia, somnoliento, sin compañia de familiar. ***Se interviene haciendo uso de elementos de protección personal como prevención de covid-19***
Objetivo: no aplica
Expectativas con la terapia: sin cambio

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se realiza intervención por terapia ocupacional mediante actividad con proposito con el fin de prevenir deformidades y retracciones, incrementar niveles de alerta; se inicia con ubicación y alineación de segmentos corporales en cama, se posiciona en semifowler, se realiza llamado propio al cual no responde con ningun tipo de gesto; se ubica musica en ambos laterales de la cabeza, sin embargo, no se evidencia intención de busqueda auditiva; se brinda presión profunda de distal a proximal en miembros superiores, aplicando crema para disminuir edema, se posiciona antiedema en cama, ubicando miembros sobre almohadas o cuñas y elevando a un aproximado de 45°. Se deja estable en cama y con baradnas de seguridad elevadas.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELA DAMARIS SANSON SOSCUE, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1085326022, CC 1085326022

Fecha: 17/02/2024 13:11 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE

NOTAS MÉDICAS

Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: ***Evolución medica***

Subjetivo: personal refiere pasa noche tranquila, tolera net por gastrostomia, afebril, diuresis espontanea.
Objetivo: Encuentro pacinete en cama, sin familiar, alertable, apertura oculare spontanea, soporte de oxigeno con ventury al 24%, estable.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : GOS 2/8
Alertable al llamado, no fija la mirada, no sigue órdenes.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años con TCE severo con LAD grado II, del 29/01/24, quien currso durante estancia con estatus epileptico no motor, ya resuelto. Paciente usuaria de traqueostomia con soporte de oxigeno con mascara ventury al 24%, sin signos de dificultad respiratoria, sin nuevos estigmas de sangrado por trauqueostomia por lo que se encuentra diferido la fibrolaringoscopia, gastrostomia funcional, afebril, con apertura ocular espontanea, estable hemodinamicamente, a la espera de homecare para egreso. Se ajusta dosis de insulina glargina a 12 ui cada 24 horas y glargina 4 UI preprandial, toma de glucometrias.

Plan de manejo: Hospitalizacion sala neurocirugia
Insulina glargina 12 UI cada 24 horas
Insulina glulisina 4 UI preprandial.
Resto de manejo sin cambios
Control de signos vitales
Avisar cambios

Justificación de permanencia en el servicio: Homecare.

Firmado por: KAROL DAYANA PERLAZA BALANTA, MEDICINA GENERAL, Registro 1112486716, CC 1112486716

Fecha: 17/02/2024 15:02 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 1er año Francisco Rojas
Estudiante de 5to año Katherine Angulo

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
cc: 29401014
Edad: 55 años
Ocupacion: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUv: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNOSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de transito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumatica hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- contusion pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonia asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FISICO:
TA: 121/77 mmhg // Fc: 96 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 36. 6 °c// SO2:98 con oxigeno Fraccion inspirada de oxigeno(%): 24
cabeza y cuello: Normocefalo, cuello movil, traqueostomia sin secreciones.
Torax: Ruidos cardiacos ritmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomia funcional.
Extremidades: simetricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, no fija la mirada, no sigue ordenes. Estado vegetativo.
Pares craneales: pupilas anisocoricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos

PARACLÍNICOS
13/02/24
Carba 5: No se detecto ningun tipo de carbapenemasa
VIM: Negativo //KPc: Negativo //OXA =48: Negativo // IMP: Negativo // NDM: Negativo //

Deteccion de carbapenemasa
Rapidez carba NP: Negativo

Objetivo: ANALISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de transito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo con lesion axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Ademas, curso con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado medicamente con mejoria en telemetria de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomia y gastrostomia, con SIRS modulado, y sin antibioticos dado indicacion de infectologia el dia 13/02/24, quien considero que el resultado de hemocultivo del PICC y urocultivo del 09/02/24 y 10/02/24 obedece a contaminacion, ya con retiro de invasiones. Ha permanecido afebril, clinicamente estable. Se indico homecare para egreso y continuar su rehabilitacion integral, estamos atentos a autorizacion.

NOTAS MÉDICAS

PLAN:
-Hospitalizar en sala de neurocirugia.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp Ev cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios fisicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

EN PROCESO:
Autorizacion de Homecare

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: A la espera de autorización de Homecare.

Firmado por: WILLIAM RICARDO VARGAS ESCAMILLA, NEUROCIRUJANO, Registro 95702-07, CC 74374376

Fecha: 17/02/2024 16:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria

NOTAS MÉDICAS

Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 96 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 17/02/2024 18:57 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: **SE ABRE FOLIO PARA FORMULACION DE ORDEN MEDICA* *
Objetivo: * *

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: * *

NOTAS MÉDICAS

Plan de manejo: *

Justificación de permanencia en el servicio: *

Firmado por: MARIA ELENA CANDIA GARZON, MEDICINA GENERAL, Registro 1144093455, CC 1144093455

Fecha: 17/02/2024 21:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en cama, portadora de traqueostomia funcional y permeable No. 7, endocanula lisa, balon insuflado, con soporte de oxigeno dado por mascara ventury al 24%, responde estimulos dolorosos, no apertura ocular, en regulaes condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico.
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: ya mencionados

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervención: Mejorar las capacidades y volúmenes pulmonares favoreciendo su reexpansión pulmonar y manteniendo metas de oxigenación
Se realiza intervencion fisioterapeutica, con todos los elementos de proteccion personal:
-monitorizacion de signos vitales
-posicionamiento adecuado en cama
-ciclo activo de la respiracion
-movilidad de torax, 10 repeticiones
-patron de tos efectivo, productivo de escasas secreciones mucoamarillas
-higiene de estoma y endocanula
-cambio de gasas
-se rotula agua esteril de humidificador
-oxigenoterapia por medio de mascara ventury al 24%
-verifico permeabilidad de la via aerea
Insumos:
1 jeringa prellenada
1 par de guantes esteriles
1 paquete de gasas
Paciente tolera intervencion, se deja en condiciones estables.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA PAZ PATIÑO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144205221, CC 1144205221

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 18/02/2024 05:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en cama, portadora de traqueostomia funcional y permeable No. 7, endocanula lisa, balon insuflado, con soporte de oxigeno dado por mascara ventury al 24%, responde estimulos dolorosos, no apertura ocular, en regulaes condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico.
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: ya mencionados

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervención: Mejorar las capacidades y volúmenes pulmonares favoreciendo su reexpansión pulmonar y manteniendo metas de oxigenación
Se realiza intervencion fisioterapeutica, con todos los elementos de proteccion personal:
-monitorizacion de signos vitales
-posicionamiento adecuado en cama
-ciclo activo de la respiracion
-compresiones toracicas
-patron de tos efectivo, productivo de escasas secreciones mucoamarillas
-higiene de estoma y endocanula
-cambio de gasas
-oxigenoterapia por medio de mascara ventury al 24%
-verifico permeabilidad de la via aerea
Insumos:
1 jeringa prellenada
1 par de guantes esteriles
1 paquete de gasas
Paciente tolera intervencion, se deja en condiciones estables.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA PAZ PATIÑO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144205221, CC 1144205221

Fecha: 18/02/2024 07:38 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

NOTAS MÉDICAS

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: **SE ABRE FOLIO PARA REFORMULACION DE ORDEN MEDICA* *
Objetivo: * *

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: * *

Plan de manejo: *

Justificación de permanencia en el servicio: *

Firmado por: WILLIAM RICARDO VARGAS ESCAMILLA, NEUROCIRUJANO, Registro 95702-07, CC 74374376

Fecha: 18/02/2024 08:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 83 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno: 98%

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

NOTAS MÉDICAS

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas e hiladilla, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 18/02/2024 08:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 83 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener rangos de movilidad articular
Mejorar fuerza muscular global
Evitar deterioro por desacondicionamiento fisico
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización articular cefalocaudalmente, realiza ejercicios con disociación de cinturas escapular y pélvica, realiza ejercicios pasivos de miembros superiores 3 series de 10 repeticiones, realiza ejercicios pasivos de miembros inferiores 3 series de 10 repeticiones, realiza estiramientos estaticos en 10 segundos por grupo muscular, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.

NOTAS MÉDICAS

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 18/02/2024 10:11 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 3er año Maria Jose Uparela
Estudiante de 5to año Katherine Angulo

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
cc: 29401014
Edad: 55 años
Ocupacion: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 29/01/24
Fecha / hora de trauma: 29/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNOSTICOS:
1. TCE severo secundario a accidente de transito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumatica hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- contusion pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonia asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FISICO:
TA: 104/66 mmhg // Fc: 78 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 36. 8 °c// SO2:98%
cabeza y cuello: Normocefalo, cuello movil, traqueostomia sin secreciones.
Torax: Ruidos cardiacos ritmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomia funcional.
Extremidades: simetricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO:
GOS 2/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue ordenes sencillas. Estado de minima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocoricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos

Objetivo: ANALISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de transito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo con lesion axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Ademas, curso con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado medicamente con mejoria en telemetria de control.

NOTAS MÉDICAS

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomia y gastrostomia, con SIRS modulado, y sin antibioticos dado indicacion de infectologia el dia 13/02/24, quien considero que el resultado de hemocultivo del PIcc y urocultivo del 09/02/24 y 10/02/24 obedece a contaminacion, ya con retiro de invasiones.

Habia presentado escasa hemorragia a nivel de TOT, hoy sin eventos agudos de sangrado por ostomia. Ha permanecido afebril, clinicamente estable. Se indico homecare para egreso y continuar su rehabilitacion integral, estamos atentos a autorizacion.

PLAN:
-Hospitalizar en sala de neurocirugia.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp Ev cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios fisicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

EN PROCESO:
Autorizacion de Homecare
ECO abdomen por secrecion en sitio de gastrostomia

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: Autorización de Homecare.

Firmado por: WILLIAM RICARDO VARGAS ESCAMILLA, NEUROCIRUJANO, Registro 95702-07, CC 74374376

Fecha: 18/02/2024 11:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: ***Evolucion medica****

NOTAS MÉDICAS

Objetivo: Paciente en cama, en aceptables condiciones generales, estable.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : GOS 2/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue ordenes sencillas. Estado de minima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocoricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 53 años con antedente de TCE severo con lesion axonal difusa grado II confirmada por RMN cerebral, paciente en estado vegetativo, con SIRS modulado, sin manejo antibiotico por indicacion de infectologia, sin nuevos sangrados por traqueostomia, sin embargo presento secrecion cafecina por gastrostomia, sin cambios inflamatorios, por lo que se realizo eco de abdomen que reporta moderada esteatosis hepatica grado II. Actuamente paciente estable hemodinamicamente, afebril. continua a la espera de autorizacion de homecare.

Plan de manejo: Hospitalizacion sala neurocirugia
Continua igual manejo
Control signos vitales
Avisar cambios

Pendiente autorizacion homecare

Justificación de permanencia en el servicio: Autorizacin homecare.

Firmado por: KAROL DAYANA PERLAZA BALANTA, MEDICINA GENERAL, Registro 1112486716, CC 1112486716

Fecha: 18/02/2024 15:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente con soporte de oxígeno por sistema ventury al 24%, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.

NOTAS MÉDICAS

Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 83 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 18/02/2024 21:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar con soporte de oxígeno dado por mascara ventury al 24%, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo no productivo, en el sistema osteomuscular paciente independiente para sus avd, fuerza muscular no evaluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: costal supeorio
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 94 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

NOTAS MÉDICAS

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades aerobicas, mantener metas de saturacion, mantener permeable via aerea

intervencion
monitoria respiratoria, posicionamiento en semifowler en cama, desobstruccion bronquial con afe rapida y lenta, estimulacion de tos efectiva y productiva movilizando secreciones, se permeabiliza con tecnica septica con sonda 14, obteniendo moderadas secreciones, se realiza limpieza de estoma y endocanula, cambio de gasas de seguridad, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 19/02/2024 05:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar con soporte de oxígeno dado por mascara ventury al 24%, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo no productivo, en el sistema osteomuscular paciente independiente para sus avd, fuerza muscular no evaluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: costal superiro
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 89 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades aerobicas, mantener metas de saturacion, mantener permeable via aerea

intervencion
monitoria respiratoria, posicionamiento en semifowler en cama, desobstruccion bronquial con afe rapida y lenta, estimulacion de tos efectiva y productiva movilizando secreciones, se permeabiliza con tecnica septica con sonda 14, obteniendo moderadas secreciones, se realiza limpieza de estoma y endocanula, cambio de gasas de seguridad, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 19/02/2024 08:09 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Tipo de evolución: Evolución adicional
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION NEUROCIRUGIA
Residente de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Silvana Burbano

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 29/01/24
Fecha / hora de trauma: 29/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FÍSICO
TA: 134/75 mmhg // FC: 71 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 35. 4 °C// SO2:98%
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLOGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meningeos

IMAGENES:
18/2/24 ECO ABDOMEN TOTAL: El hígado normal, de bordes lisos. La ecogenicidad parenquimatosa está aumentada de manera difusa en correlación hepática grado II, sin lesiones focales sólidas ni quísticas. Lóbulo hepático derecho mide 14. 3 cm. La vía biliar intra y extrahepática son de calibre normal. La vesícula biliar se encuentra distendida, de pared delgada, sin imágenes de cálculos, pólipos ni barro biliar en su interior. No hay líquido perivesicular. El páncreas es de tamaño y ecogenicidad normal, sin aparentes lesiones focales ni dilatación del conducto pancreático principal. El bazo es de tamaño normal y parénquima homogéneo, sin lesiones focales. Mide 11cm. Ambos riñones tienen tamaño, posición y situación usual. La ecogenicidad parenquimatosa y el grosor cortical están conservados bilateralmente, sin lesiones focales ni hidronefrosis. La vejiga urinaria estaba vacía al momento del estudio. No hay líquido libre en la cavidad abdominal.

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo con lesión

NOTAS MÉDICAS

axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, con SIRS modulado, y sin antibioticos dado indicacion de infectologia el dia 13/02/24, quien consideró que el resultado de hemocultivo del PICC y urocultivo del 09/02/24 y 10/02/24 obedece a contaminacion, ya con retiro de invasiones. Por secrecion en gastrostomia se indicó ECO abdominal, la cual no tiene hallazgos patologicos.

Habia presentado escasa hemorragia a nivel de TOT, hoy sin eventos agudos de sangrado por ostomia. Ha permanecido afebril, clínicamente estable. Se indicó homecare para egreso y continuar su rehabilitación integral, estamos atentos a autorización.
Objetivo: PLAN:
-Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 22 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 8 - 8 - 8 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

EN PROCESO:
Autorizacion de Homecare

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: Aurotizaciòn de homecare.

Firmado por: WILLIAM RICARDO VARGAS ESCAMILLA, NEUROCIRUJANO, Registro 95702-07, CC 74374376

Fecha: 19/02/2024 10:28 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, con soporte suplementario de oxigeno dado por mascara ventury al 24% saturacion de oxigeno 95%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula lisa, balon desinsuflado.

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo
mantener capacidades fisicas
se realiza
posicionamiento adecuado en cama
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades superiores
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades inferiores
descargas de peso tobillos cintura escapular y pelvica
2 series 10 repeticiones
alineacion corporal
estiramientos pasivos a tolerancia
tolera intervencion dejo estable dentro de su codicion encama
se realiza terapia a tolerancia de paciente.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 19/02/2024 10:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, con soporte suplementario de oxigeno dado por mascara ventury al 24% saturacion de oxigeno 95%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula lisa, balon desinsuflado.

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal
Expectativas con la terapia: sin cambios

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo
mantener via aerea permeable
posicionamiento adecuado en cama
monitoria de signos vitales y vigilancia respiratoria
aumento de flujo espiratorio lento
Tos dirigida efectiva productiva movilizando moderada cantidad mucohematico por traqueostomia
succion por trauqueostomia moderadas con trazos hematicos
Cuidados de traqueostomia, higiene de endocanula, estoma y cambio de de gasas
movilidad y estiramiento de reja costal
higiene de mascara
cambio de hiladilla
Paciente tolera intervencion, termina estable, dejo con barandas de seguridad arriba en el momento saturacion adecuada 96%
INSUMOS:
1 jeringa prellena con solucion salina
2 paquete de gasas x 5.
1 par guantes esteriles.
1 sonda de succion regulador numero 14.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 19/02/2024 17:38 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, con acompañante, con soporte suplementario de oxigeno dado por mascara ventury al 24% saturacion de oxigeno 95%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula lisa, balon desinsuflado.

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal
Expectativas con la terapia: sinj ncmabios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo
mantener via aerea permeable

NOTAS MÉDICAS

posicionamiento adecuado en cama
monitoria de signos vitales y vigilancia respiratoria
aumento de flujo espiratorio lento
Tos dirigida efectiva productiva movilizando moderada cantidad mucohematico por traqueostomia
succion por trauqueostomia moderadas con trazos hematicos
Cuidados de traqueostomia, higiene de endocanula, estoma y cambio de de gasas
movilidad y estiramiento de reja costal
higiene de mascara
Paciente tolera intervencion, termina estable, dejo con barandas de seguridad arriba en el momento saturacion adecuada 96%
INSUMOS:
1 jeringa prellena con solucion salina
2 paquete de gasas x 5.
1 par guantes esteriles.
1 sonda de succion regulador numero 14.
se realiza destete de soporte de oxigeno manteniendo adecuada saturacion se comenta personal a cargo saturacion de oxigeno 98%.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 19/02/2024 17:38 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, con acompañante, con soporte suplementario de oxigeno dado por mascara ventury al 24% saturacion de oxigeno 98%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula lisa, balon desinsuflado.

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo
mantener capacidades fisicas
se realiza
posicionamiento adecuado en cama
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades superiores
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades inferiores
descargas de peso tobillos cintura escapular y pelvica
2 series 10 repeticiones
alineacion corporal
transicion a sedente borde de cama con asistencia pobre control de tronco en ocasiones realiza activos de miembros inferiores
estiramientos pasivos a tolerancia

NOTAS MÉDICAS

tolera intervencion dejo estable dentro de su codicion encama
se realiza terapia a tolerancia de paciente.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 19/02/2024 18:46 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: *****EVOLUCION MEDICO********

SUBJETIVO: PERSONAL DE ENFERMERIA INFORMA PACIENTE PASA TRANQUILA, SIN EPISODIOS EMETICOS, TOLERA NET POR GASTROSTOMIA, SIN PICOS FEBRILES
Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, ALERTA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS, CON TQT Y GASTROSTOMIA

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Neurológico
Neurológico : ALERTABLE AL LLAMADO, FIJA LA MIRADA, SIGUE ÓRDENES SENCILLAS. ESTADO DE MÍNIMA CONSCIENCIA PLUS. PARES CRANEALES: PUPILAS ANISOCÓRICAS, PUPILA DERECHA 3 MM HIPORREACTIVA E IZQUIERDA EN 2 MM REACTIVA IMPRESIONA FUERZA CONSERVADA
NO SIGNOS MENINGEOS.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTE POLITRAUMATISMO POR ACCIDNETE DE TRANSITO, CON TCE SEVERO CON LESION AXONAL DIFUSA GRADO II. CURSO CON ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR QUE FUE MANEJADO CON MEDICAMENTOS. ACTUALMENTE ALERTA, USUARIA TQT Y GASTROSTOMIA. PACIENTE QUE DURANTE HOSPITALIZACION SE EVIDENCIO SECRECION POR GASTROSTOMIA CON ECO DE ABDOMEN QUE NO EVDIENCIA HALALZGO DE COLECCIONES. SE ENCUNETRA EN TRAMITE DE HOMECARE PARA CONTINUAR REHABILITACION INTEGRAL

Plan de manejo: HOSPITALIZAR SALA NEUROCIRUGIA
NET POR GASTROSTOMIA
INSULINA GLULISINA 6-6-6 UI**AJUSTE
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO
CONTROL SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

PENDIENTE
HOMECARE

NOTAS MÉDICAS

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 19/02/2024 21:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en cama, portadora de traqueostomia funcional y permeable No. 7, endocanula lisa, balon insuflado, sin soporte de orxigeno y respirando al aire ambiente, responde estimulos dolorosos, no apertura ocular, en regulaes condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico.
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: ya mencionados

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervención: Mejorar las capacidades y volúmenes pulmonares favoreciendo su reexpansión pulmonar y manteniendo metas de oxigenación
Se realiza intervencion fisioterapeutica, con todos los elementos de proteccion personal:
-monitorizacion de signos vitales
-posicionamiento adecuado en cama
-ciclo activo de la respiracion
-reeducacion de patron diafragmatico
-patron de tos efectivo, productivo de escasas secreciones mucoamarillas
-higiene de estoma y endocanula
-cambio de gasas
-verifico permeabilidad de la via aerea
Insumos:
1 jeringa prellenada
1 paquete de gasas
Paciente tolera intervencion, se deja en condiciones estables.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA PAZ PATIÑO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144205221, CC 1144205221

Fecha: 20/02/2024 01:44 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

NOTAS MÉDICAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: Se abre folio para reformular
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 20/02/2024 05:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en cama, portadora de traqueostomia funcional y permeable No. 7, endocanula lisa, balon insuflado, sin soporte de orxigeno y respirando al aire ambiente, responde estimulos dolorosos, no apertura ocular, en regulaes condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico.
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: ya mencionados

EXAMEN FÍSICO

NOTAS MÉDICAS

Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervención: Mejorar las capacidades y volúmenes pulmonares favoreciendo su reexpansión pulmonar y manteniendo metas de oxigenación
Se realiza intervencion fisioterapeutica, con todos los elementos de proteccion personal:
-monitorizacion de signos vitales
-posicionamiento adecuado en cama
-ciclo activo de la respiracion
-patron de tos efectivo, productivo de escasas secreciones mucoamarillas
-higiene de estoma y endocanula
-cambio de gasas
-verifico permeabilidad de la via aerea
Insumos:
1 jeringa prellenada
1 paquete de gasas
Paciente tolera intervencion, se deja en condiciones estables.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA PAZ PATIÑO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144205221, CC 1144205221

Fecha: 20/02/2024 07:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Tipo de evolución: Evolución adicional
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGIA
Residente de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Silvana Burbano

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 29/01/24
Fecha / hora de trauma: 29/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA

NOTAS MÉDICAS

5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FÍSICO
TA: 146/78 mmhg // FC: 79 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 36. 1 °C// SO2:97%
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, con SIRS modulado, y sin antibióticos dado indicación de infectología el dia 13/02/24, quien consideró que el resultado de hemocultivo del PICC y urocultivo del 09/02/24 y 10/02/24 obedece a contaminación, ya con retiro de invasiones. Por secreción en gastrostomia se indicó ECO abdominal, la cual no tiene hallazgos patológicos.

Ha permanecido afebril, clínicamente estable. Se indicó homecare para egreso y continuar su rehabilitación integral, estamos atentos a autorización y nuevo domicilio.

PLAN:
-Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 12 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 6 - 6 - 6 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

EN PROCESO:
Seguimiento por trabajo social para nuevo domicilio de Homecare
Autorización de Homecare
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de

NOTAS MÉDICAS

diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: Autorización de homcare.

Firmado por: WILLIAM RICARDO VARGAS ESCAMILLA, NEUROCIRUJANO, Registro 95702-07, CC 74374376

Fecha: 20/02/2024 09:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente quien se encuentra en cama hospitalaria estable hemodinámicamente, en estado de alerta, paciente con traqueostomía al aire ambiente, con soporte nutricional por gastrostomía, hoy con acompañante. Se realiza atención bajo protocolo institucional de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid-19.
Objetivo: Sin cambios
Expectativas con la terapia: Sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se procede con ajustes posturales en sedente en borde de cama y desde interacción con la misma, logrando contacto visual de forma esprodica. Durante esta intervención se centra en esferas mentales, se anticipa a paciente y se realiza activación de órganos fonoarticuladores mediante el uso de estimulo frío de forma directa y con movimientos ascendentes, realizando apertura de campo sensorial para activación y descencadenar deglución. Se realiza hidratación de cavidad oral con mini chips de hielo y se finaliza con ice chips protocol, sin lograr tecnica, sin embargo paciente realiza ingesta del mismo con masticacion bilateral y degluciones con frecuencia sin presentar signos o sintomas de alarma. Paciente quien finaliza en iguales condiciones de salud, dejo con hija, con barandas aseguradas e inmovilizaciones fijadas.

Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA CEBALLOS CUBILLOS, FONOAUDIOLOGO, Registro 1107084382, CC 1107084382

Fecha: 20/02/2024 09:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

NOTAS MÉDICAS

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas e hiladilla, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 20/02/2024 09:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

NOTAS MÉDICAS

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener rangos de movilidad articular
Mejorar fuerza muscular global
Evitar deterioro por desacondicionamiento fisico
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización articular cefalocaudalmente, realiza ejercicios con disociación de cinturas escapular y pélvica, realiza ejercicios pasivos de miembros superiores 3 series de 10 repeticiones, realiza ejercicios pasivos de miembros inferiores 3 series de 10 repeticiones, se entrena transiciones de supina a sedente, realiza descargas de peso laterales, realiza estiramientos estaticos en 10 segundos por grupo muscular, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 20/02/2024 12:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION MEDICA.
Objetivo: PACIENTE EN CAMA, SIN ACOMPAÑANTE, USUARIO DE TQT SIN REQUERIMIENTO DE SOPORTE DE OXIGENO, GASTROSTOMIA FUNCIONAL. AFEBRIL.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : --- DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacesistencia a meticilina) resueltctados

NOTAS MÉDICAS

gen mecA (resistencia a meo
cil Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productoreruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)
.
Cabeza
Cuero cabelludo : --- EXAMEN FISICO
SIGNOS VITALES: TA: 138/84, FC: 85, FR: 18, T: 36. 1 °C
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos
.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO DEL 28/01/24, PRESENTO TCE SEVERO CON LAD GRADO II. EN LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRA PACIENTE EN ESTADO VEGETATIVO, GOS 2/8, USUARIA DE TQT SIN REQUERIMIENTO DE SOPORTE DE OXIGENO, GASTROSTOMIA FUNCIONAL SIN SECRECIONES, AHORA A LA ESPERA DE AUTORIZACION DE HOMECARE PARA SU EGRESO. CONTINUA MANEJO MEDICO YA ESTABLECIDO.

Plan de manejo: - HOSPITALIZACION SALA DE NEUROCIRUGIA
- PENDIENTE HOMECARE PARA SU EGRESO.
- CONTROL DE SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

Justificación de permanencia en el servicio: PENDIENTE AUTORIZACION DE HOMECARE PARA SU EGRESO.

Firmado por: HUBER ELIAS ANAYA LOPEZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1107512264, CC 1107512264

Fecha: 20/02/2024 15:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente quien se encuentra en cama hospitalaria estable hemodinámicamente, en estado de alerta, paciente con traqueostomía al aire ambiente, con soporte nutricional por gastrostomía, hoy con acompañante. Se realiza atención bajo protocolo institucional de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid-19.
Objetivo: Sin cambios
Expectativas con la terapia: Sin cambios

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se procede con ajustes posturales en sedente largo en cama hospitalaria y desde interacción con la misma, logrando mayor contacto visual con terapeuta. Se anticipa a paciente y durante intervención se realiza cambio de endocanula de lisa a fenestrada y prueba de oclusión digital, paciente quien tolera por lapsos de 5 minutos, logrando aducción de cuerdas vocales. Se finaliza con estimulación olfativa, respondiendo ante estimulo a través de gestos. Paciente quien no logra fonación. Finaliza en iguales condiciones de salud, dejo con acompañante, con barandas aseguradas e inmovilizaciones fijadas.

Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA CEBALLOS CUBILLOS, FONOAUDIOLOGO, Registro 1107084382, CC 1107084382

Fecha: 20/02/2024 15:50 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: DIAGNOSTICOS
- TCE SEVERO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO
- ESTATUS EPILPTICO NO MOTOR
- HTA
- DM2

Objetivo: GARANTIZAR REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, EN SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA, CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS EN HISTORIA CLINICA. AL MOMENTO DE LA VALORACION ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, ALERTA, TOLERANDO AIRE AMBIENTE POR TRAQUEOSTOMIA, EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES, CON ACOMPAÑANTE. PACIENTE RECIBIENDO NET EN METAS, TOLERANDO ADECUADAMENTE, SIN REPORTE DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES, CONTINUAR CON EL PLAN DE MANEJO NUTRICIONAL
Plan de manejo: 1. NET POR GASTROSTOMIA CON GLUCERNA 1. 5 LPC 1000 ML, INFUSION CONTINUA, GOTEO META DE 46 CC/H

NOTAS MÉDICAS

- IRRIGAR SONDA CON 40 ML DE AGUA CADA 4 HORAS
- CUIDADOS DE SONDA SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL
2. VIGILAR TOLERANCIA
3. SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA

HOMECARE
NUMERO DE MIPRES 20240214123037928510.

Firmado por: NATALIA VALLARINO HERNANDEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107513625, CC 1107513625

Fecha: 20/02/2024 16:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 20/02/2024 23:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

NOTAS MÉDICAS

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, con 55 años de edad sin acompañante, inmovilizada de miembros superiores, sin signos de dolor, sin soporte de oxigeno, con traqueostomia fen num 7 funcional, neumotaponador desinsuflado, endocanula lisa, con excursion toracica simetrica, normocardica, eupneica, afebril, sin soporte de oxigeno, con gatrostomia, sonda vesical, venopuncion de miembros superior izquierdo.
Diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Sospecha de bacteremia por bacilos gram negativos (pendiente de tipificar)
--- ITU por Levaduras Spp (pendiente de tipificar)
Nota: se atiende con todos los elementos de proteccion personal segun protocolo institucional
Objetivo: glasgow 10/11 ao 4 rv 1 rm 5
auscultacion con murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados
arcos de movilidad articular funcionales
sin signos de edema periferico
fuerza muscular no evaluable
llenado capilar -2seg
Signos de dificultad respiratoria: sin dificultad
Patrón respiratorio: costodiafragmatico de predominio abdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 88 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21
Escala del dolor: No aplica Estado de conciencia: Glasgow 11/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos:mantener adecuada oxigenacion y ventilacion pulmonar, mantener permeable la via aerea
se posiciona en cama y se realiza fisioterapia de torax mediante compresiones toracicas: 10 repeticiones, higiene de endocanula y estoma + cambio de gasas de traqueostomia, tolera intervencion, se deja en cama posicionada, con via aerea permeable.
se utiliza
1 jeringa prellena de solucion salina
1 paquete de gasas.
1 par de guantes esteriles 7. 5.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIEGO FELIPE BONILLA VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 16843801, CC 16843801

Fecha: 21/02/2024 04:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, con 55 años de edad sin acompañante, inmovilizada de miembros superiores, no conserva posicion en cama, sin signos de dolor, sin soporte de oxigeno, con traqueostomia fen num 7 funcional, neumotaponador desinsuflado, endocanula lisa, con excursion toracica simetrica, normocardica, eupneica, afebril, sin soporte de oxigeno, con gatrostomia, sonda vesical, venopuncion de miembros superior izquierdo.
Diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Sospecha de bacteremia por bacilos gram negativos (pendiente de tipificar)
--- ITU por Levaduras Spp (pendiente de tipificar)
Nota: se atiende con todos los elementos de proteccion personal segun protocolo institucional
Objetivo: glasgow 10/11 ao 4 rv 1 rm 5
auscultacion con murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados
arcos de movilidad articular funcionales
sin signos de edema periferico
fuerza muscular no evaluable
llenado capilar -2seg
Signos de dificultad respiratoria: sin dificultad
Patrón respiratorio: costodiafragmatico de predominio abdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 80 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21
Escala del dolor: No aplica Estado de conciencia: Glasgow 10/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos:mantener adecuada oxigenacion y ventilacion pulmonar, mantener permeable la via aerea
se posiciona en cama y se realiza fisioterapia de torax mediante compresiones toracicas: 10 repeticiones, no moviliza secreciones, se continua con higiene de endocanula y estoma, cambio de gasas de traqueostomia, tolera intervencion, se deja en cama posicionada, con via aerea permeable.
se utiliza
1 jeringa prellena de solucion salina
1 paquete de gasas.
1 par de guantes esteriles 7. 5.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIEGO FELIPE BONILLA VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 16843801, CC 16843801

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 21/02/2024 07:02 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGIA
Residente de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Silvana Burbano

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 29/01/24
Fecha / hora de trauma: 29/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FÍSICO
TA: 134/82 mmhg // FC: 85 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 36. 1 °C// SO2:96%
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, con SIRS modulado, y sin antibióticos dado indicación de infectología el dia 13/02/24, quien consideró que el resultado de hemocultivo del PICC y urocultivo del 09/02/24 y 10/02/24 obedece a contaminación, ya con retiro de invasiones. Por secreción en gastrostomia se indicó ECO abdominal, la cual no tiene hallazgos patológicos.

NOTAS MÉDICAS

Ha permanecido afebril, clínicamente estable. Se indicó homecare para egreso y continuar su rehabilitación integral, estamos atentos a autorización y nuevo domicilio.

PLAN:
-Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 12 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 6 - 6 - 6 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

EN PROCESO:
Seguimiento por trabajo social para nuevo domicilio de Homecare
Autorización de Homecare

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: Autorizacion de homecare.

Firmado por: WILLIAM RICARDO VARGAS ESCAMILLA, NEUROCIRUJANO, Registro 95702-07, CC 74374376

Fecha: 21/02/2024 08:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

NOTAS MÉDICAS

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 95 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza de moderada a escasa cantidad de secreciones, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas e hiladilla, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 21/02/2024 08:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 95 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener rangos de movilidad articular
Mejorar fuerza muscular global
Evitar deterioro por desacondicionamiento fisico
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en sedente, realiza movilización articular cefalocaudalmente, realiza ejercicios de cinesiterapia activos asistidos en 3 series de 10 repeticiones, realiza ejercicios de facilitación neuromuscular propioceptiva con tecnicas de iniciación ritmica, contraer, sostener, relajar en 2 series de 10 repeticiones, realiza estiramientos estaticos y dinamicos por grupo muscular, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 21/02/2024 12:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION CLINICA**
PERSONAL REFIERE NOCHE SIN EVENTOS ADVERSOS
Objetivo: PACIENTE EN CAMA, USUARIA DE TRAQUESOTOMIA FUNCIONAL, SIN OXIGENO, ALERTA, NO SE COMUNICA CON EL MEDIO NI OBEDECE ORDENES. NO DIFICULTAD RESPIRATORIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 125/85, Presión arterial media(mmhg): 98
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 95
Temperatura(°C): 36. 1 Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : "DIAGNÓSTICOS
1. TCE SEVERO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRÁNSITO 29/01/24
-- LESION AXONAL DIFUSA GRADO II
-- HSA TRAUMÁTICA HACIA LA CONVEXIDAD
-- HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMELAR TENTORIAL DERECHO
2. ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR (VIDEOTELEMETRIA DEL 29/01/24) RESUELTO
3. TRAUMA CERRADO DE TORAX
--- CONTUSIÓN PULMONAR IZQUIERDA
4. HTA
5. DM TIPO II DE NOVO
6. SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR RESUELTA
--- NEUMONÍA ASOCIADA A LOS CUIDADOS DE LA SALUD SERRATIA MARCENSCENS, S. AUREUS, COMPLEJO ACINETOBACTER CALCOACETIUS BAUMANNII, DETECTADOS GEN MECA (RESISTENCIA A METICILINA) RESUELTA"
Neurológico
Neurológico : ALERTA, NO OBEDECE ORDNES, NO SE COMUNICA CON EL MEDIO

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Sin resultados nuevos.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 -

NOTAS MÉDICAS

PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE DE LARGA ESTANCIA HOSPITALARIA, DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO PENDIENTE TRAMITE DE HOMECARE, PACIENTE ESTABLE, ALERTA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TRAQUEOSTOMIA SIN REQUERIMIENTO DE OXIGENO. CONTINUA REHABILITQCION INTRAHOSPITAALRIA INTEGRAL, IGUAL MANEJO.

Plan de manejo: HOSPITALIZACION NEUROCIRUGIA
MANEJO IGUAL
PEND HOMECARE
CSV AC

Justificación de permanencia en el servicio: HOMECARE.

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 21/02/2024 16:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 89 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio

NOTAS MÉDICAS

Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza de moderada a escasa cantidad de secreciones, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
2 paquetes de gasas.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 21/02/2024 21:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: ENCUENTRO PACIENTE DE GÉNERO FEMENINO DE 55 AÑOS DE EDAD EN CAMA, PORTADOR DE TRAQUEOSTOMIA: CON ENDOCANULA LISA, PERMEABLE CON SOPORTE DE OXÍGENO ADMINISTRADO POR VENTURY AL 24% DE FIO2, ESTADO ALERTA, CON RIESGO DE CAÍDA Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, CON DIAGNOSTICOS YA ANOTADOS EN HISTORIA CLINICA. , SE REALIZA ATENCION BAJO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD CONTRA EL COVID-19, TAMBIEN SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS
Objetivo: PACIENTE ALERTA, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN COSTAL SUPERIOR, TÓRAX NORMO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO, EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRÓN DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: NO PRESENTA
Patrón respiratorio: COSTAL SUPERIOR
Expectativas con la terapia: SIN CAMBIOS

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVO: MANTENER VIA AEREA PERMEABLE
MONITOREO DE SIGNOS VITALES
POSICIONAMIENTO ADECUADO
MOVILIDAD DE LA REJA COSTAL
TECNICA DE HIGIENE BRONQUIAL AFE LENTA Y RAPIDA + TOS DIRIGIDA MOVILIZANDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECIONES
HIGIENE DE TQT: LIMPIEZA DE ENDOCANULA, ESTOMA, CAMBIO DE GASAS
INSUMOS: 1 PAQUETE DE GASAS, 1 JERINGA PRELLENA DE SS
TOLERA INTERVENCION QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CLINICA.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JOAN SEBASTIAN VILLOTA VALDES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144185390, CC 1144185390

Fecha: 22/02/2024 04:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

NOTAS MÉDICAS

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: Si
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: ENCUENTRO PACIENTE DE GÉNERO FEMENINO DE 55 AÑOS DE EDAD EN CAMA, PORTADOR DE TRAQUEOSTOMIA: CON ENDOCANULA LISA, PERMEABLE SIN SOPORTE DE OXÍGENO RESPIRANDO AIRE AMBIENTE, ESTADO ALERTA, CON RIESGO DE CAÍDA Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, CON DIAGNOSTICOS YA ANOTADOS EN HISTORIA CLINICA. , SE REALIZA ATENCION BAJO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD CONTRA EL COVID-19, TAMBIEN SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS
Objetivo: PACIENTE ALERTA, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN COSTAL SUPERIOR, TÓRAX NORMO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO, EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRÓN DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: NO PRESENTA
Patrón respiratorio: COSTAL SUPERIOR
Expectativas con la terapia: SIN CAMBIOS

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 93%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVO: MANTENER VIA AEREA PERMEABLE
MONITOREO DE SIGNOS VITALES
POSICIONAMIENTO ADECUADO
MOVILIDAD DE LA REJA COSTAL
TECNICA DE HIGIENE BRONQUIAL AFE LENTA Y RAPIDA + TOS DIRIGIDA MOVILIZANDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECIONES
HIGIENE DE TQT: LIMPIEZA DE ENDOCANULA, ESTOMA, CAMBIO DE GASAS
INSUMOS: 1 PAQUETE DE GASAS, 1 JERINGA PRELLENA DE SS
TOLERA INTERVENCION QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CLINICA.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JOAN SEBASTIAN VILLOTA VALDES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144185390, CC 1144185390

Fecha: 22/02/2024 07:27 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Silvana Burbano

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: hija
FI 29/01/24
Fecha y hora del trauma: 29/01/24 a las 16+30

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectadoXAgen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FÍSICO
TA: 136/80 mmhg // FC: 81 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 36. 1 °C// SO2:97%
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 29/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, con SIRS modulado, y sin antibióticos dado indicación de infectología el dia 13/02/24, quien consideró que el resultado de hemocultivo del PICC y urocultivo del 09/02/24 y 10/02/24 obedece a contaminación, ya con retiro de invasiones. Por secreción en gastrostomia se indicó ECO abdominal, la cual no tiene hallazgos patológicos.

Ha permanecido afebril, clínicamente estable. Se indicó homecare para egreso y continuar su rehabilitación integral, estamos atentos a autorización y nuevo domicilio.

PLAN:
- Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 12 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 6 - 6 - 6 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

NOTAS MÉDICAS

EN PROCESO:
Seguimiento por trabajo social para nuevo domicilio de Homecare
Autorización de Homecare

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: Autorizacion de homecare.

Firmado por: WILLIAM RICARDO VARGAS ESCAMILLA, NEUROCIRUJANO, Registro 95702-07, CC 74374376

Fecha: 22/02/2024 10:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

NOTAS MÉDICAS

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 22/02/2024 10:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, con 55 años de edad en compañia de su hija, inmovilizada de cuatro extremidades, no conserva posicion en cama, sin signos de dolor, sin soporte de oxigeno, con traqueostomia fen num 7 funcional, neumotaponador desinsuflado, endocanula lisa, con excursion toracica simetrica, normocardica, eupneica, afebril, sin soporte de oxigeno, con gatrostomia, sonda vesical, venopuncion de miembros superior izquierdo.
Diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Sospecha de bacteremia por bacilos gram negativos (pendiente de tipificar)
--- ITU por Levaduras Spp (pendiente de tipificar)
Nota: se atiende con todos los elementos de proteccion personal segun protocolo institucional
Objetivo: glasgow 11/11 ao 4 rv 1 rm 6
auscultacion con murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados
arcos de movilidad articular funcionales
sin signos de edema periferico
fuerza muscular no evaluable
llenado capilar -2seg
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21
Escala del dolor: No aplica Estado de conciencia: Glasgow 11/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos:evitar complicaciones asociadas al reposo prolongado
se posiciona en cama y se realizan ejercicios activos asistidos en cuatro extremidades, control de tronco en sedente al borde de la cama, transiciones de sedente a bipedo, ejercicios de bombeo circulatorio, estiramientos generales, tolera intervencion, se deja en cama posicionada, con via aerea permeable.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIEGO FELIPE BONILLA VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 16843801, CC 16843801

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 22/02/2024 10:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, con 55 años de edad en compañia de su hija, inmovilizada de cuatrro extremidades, no conserva posicion en cama, sin signos de dolor, sin soporte de oxigeno, con traqueostomia fen num 7 funcional, neumotaponador desinsuflado, endocanula lisa, con excursion toracica simetrica, normocardica, eupneica, afebril, sin soporte de oxigeno, con gatrostomia, sonda vesical, venopuncion de miembros superior izquierdo.
Diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Sospecha de bacteremia por bacilos gram negativos (pendiente de tipificar)
--- ITU por Levaduras Spp (pendiente de tipificar)
Nota: se atiende con todos los elementos de proteccion personal segun protocolo institucional
Objetivo: glasgow 11/11 ao 4 rv 1 rm 6
auscultacion con murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados
arcos de movilidad articular funcionales
sin signos de edema periferico
fuerza muscular no evaluable
llenado capilar -2seg
Signos de dificultad respiratoria: sin signos de dificultad
Patrón respiratorio: costodfiafragmatico de predominio abdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21
Escala del dolor: No aplica Estado de conciencia: Glasgow 11/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos:mantener adecuada oxigenacion y ventilacion pulmonar, mantener permeable la via aerea
se posiciona en cama y se realiza fisioterapia de torax mediante compresiones toracicas: 10 repeticiones, no moviliza secreciones, se continua con higiene de endocanula y estoma, cambio de hiladilla y gasas de traqueostomia, tolera intervencion, se deja en cama posicionada, con via aerea permeable.
se utiliza
1 jeringa prellena de solucion salina
1 paquete de gasas.
1 par de guantes esteriles 7. 5.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: DIEGO FELIPE BONILLA VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 16843801, CC 16843801

Fecha: 22/02/2024 11:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente quien se encuentra en cama hospitalaria estable hemodinámicamente, en estado de alerta, paciente con traqueostomía al aire ambiente, con soporte nutricional por gastrostomía, hoy con acompañante. Se realiza atención bajo protocolo institucional de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid-19.
Objetivo: Sin cambios
Expectativas con la terapia: Sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se procede con ajustes posturales en sedente largo en cama hospitalaria y desde interacción con la paciente, logrando apertura ocular durante esta intervención y con contacto visual de forma esporadica. Se lleva a cabo activación de musculatura orofacial, masaje nasolabial, tapping de barrido y de contacto. Se finaliza con higiene oral, haciendo uso de cepillo, crema de dental y gasas húmedas, es necesario realizar apoyos externos para apertura de cavidad oral, logrando eliminar residuos salivales. Es de resaltar que se logra activar movilidad lingual mediante estímulo propioceptivo y respuestas ante estimulo, descencadenando deglución en seco de forma completa. Paciente finaliza en iguales condiciones de salud, dejo en compañía de la hija, con barandas aseguradas e inmovilizaciones fijadas.

Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA CEBALLOS CUBILLOS, FONOAUDIOLOGO, Registro 1107084382, CC 1107084382

Fecha: 22/02/2024 12:32 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCION CLINICA**
PERSONAL REFIERE NOCHE SIN EVENTOS ADVERSOS
Objetivo: PACIENTE EN CAMA, ALERTA, NO SE COMUNICA CON EL MEDIO, NO EBEDECE ORDENES, USUARIA DE TRAQUESTOMIA Y GASTROSTOMIA FUNCIONALES.

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 132/85, Presión arterial media(mmhg): 100

NOTAS MÉDICAS

Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78
Temperatura(°C): 36. 6 Escala del dolor: No evaluable

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : 1. TCE SEVERO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRÁNSITO 29/01/24
-- LESION AXONAL DIFUSA GRADO II
-- HSA TRAUMÁTICA HACIA LA CONVEXIDAD
-- HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMELAR TENTORIAL DERECHO
2. ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR (VIDEOTELEMETRIA DEL 29/01/24) RESUELTO
3. TRAUMA CERRADO DE TORAX
--- CONTUSIÓN PULMONAR IZQUIERDA
4. HTA
5. DM TIPO II DE NOVO
6. SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR RESUELTA
--- NEUMONÍA ASOCIADA A LOS CUIDADOS DE LA SALUD SERRATIA MARCENSCENS, S. AUREUS, COMPLEJO ACINETOBACTER CALCOACETIUS BAUMANNII, DETECTADOS GEN MECA (RESISTENCIA A METICILINA) RESUELTA
Neurológico
Neurológico : ALERTA, NO OBEDECE ORDENES NO SE COMUNICA CON EL MEDIO

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Sin resultados nuevos.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE DE LARGA ESTANCIA HOSPITALARIA, CON DIAGNSOTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO EN REHABILITACION INTEGRAL INTRAHOSPITALARIA, SIN INFECCIONES ACTIVAS, EN PROCESO DE AUTORIZACION Y TRAMITE DE HOMECARE. ESTA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, NO SIRS, CONTINUA IGUAL MANEJO.

Plan de manejo: HOSPITALIZACION NEUROCIRUGIA
DIETA POR GASTROSTOMIA
CUIDADOS DE TRAQUESTOMIA
MANEJO IGUAL
PENDIENTE HOMECARE
CSV AC

Justificación de permanencia en el servicio: HOMECARE.

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 22/02/2024 15:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, con 55 años de edad sin acompañante, inmovilizada de cuatrro extremidades, no conserva posicion en cama, sin signos de dolor, sin soporte de oxigeno, con traqueostomia fen num 7 funcional, neumotaponador desinsuflado, endocanula lisa, con

NOTAS MÉDICAS

excursion toracica simetrica, normocardica, eupneica, afebril, sin soporte de oxigeno, con gatrostomia, sonda vesical, venopuncion de miembros superior izquierdo.
Diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Sospecha de bacteremia por bacilos gram negativos (pendiente de tipificar)
--- ITU por Levaduras Spp (pendiente de tipificar)
Nota: se atiende con todos los elementos de proteccion personal segun protocolo
Objetivo: glasgow 11/11 ao 4 rv 1 rm 6
auscultacion con murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados
arcos de movilidad articular funcionales
sin signos de edema periferico
fuerza muscular no evaluable
llenado capilar -2seg
Signos de dificultad respiratoria: sin signos de dificultad
Patrón respiratorio: costodiafragmatico de predominio abdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21
Escala del dolor: No aplica Estado de conciencia: Glasgow 11/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: 15o40bjetivos:mantener adecuada oxigenacion y ventilacion pulmonar, mantener permeable la via aerea
se posiciona en cama y se realiza fisioterapia de torax mediante compresiones toracicas: 10 repeticiones, presenta tos sin movilizacion de secreciones, se continua con higiene de endocanula y estoma, cambio de gasas de traqueostomia, tolera intervencion, se deja en cama posicionada, con via aerea permeable.
se utiliza
1 jeringa prellena de solucion salina
1 paquete de gasas.
1 par de guantes esteriles 7. 5.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIEGO FELIPE BONILLA VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 16843801, CC 16843801

Fecha: 22/02/2024 15:58 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: DIAGNOSTICOS
- TCE SEVERO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO
- ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR
- TRAUMA CERRADO DE TORAX
- HTA
- DM TIPO 2 DE NOVO

Objetivo: GARANTIZAR REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, EN SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA, CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS EN HISTORIA CLINICA. AL MOMENTO DE LA VALORACION ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, ALERTA, TOLERANDO AIRE AMBIENTE POR TRAQUEOSTOMIA, EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES, CON ACOMPAÑANTE. PACIENTE CON NET POR GASTROSTOMIA, NET EN METAS, TOLERANDO ADECUADAMENTE, SIN REPORTE DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES, CONTINUAR CON EL PLAN DE MANEJO
Plan de manejo: 1. NET POR GASTROSTOMIA CON GLUCERNA 1. 5 LPC 1000 ML, INFUSION CONTINUA, GOTEO META DE 46 CC/H
- IRRIGAR SONDA CON 40 ML DE AGUA CADA 4 HORAS
- CUIDADOS DE SONDA SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL
2. VIGILAR TOLERANCIA
3. SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA

HOMECARE
NUMERO DE MIPRES 20240214123037928510.

Firmado por: NATALIA VALLARINO HERNANDEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107513625, CC 1107513625

Fecha: 22/02/2024 23:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino en cama de 55 años de edad, con acompañante, alerta, sin signos de dificultad respiratoria, portadora de traqueostomía funcional y permeable con endocanula lisa, sin soporte de oxígeno, tolerando aire ambiente. Se realiza intervención con todos los elementos de protección personal y medidas de bioseguridad según lineamiento del plan institucional.

Objetivo: Sistema cardiovascular/pulmonar: a la auscultacion murmullo pulmonar conservado en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados sin presencia de disnea, patron de tos efectivo, torax simetrico-normoexpansible, pulsos perifericos ritmicos y simetricos, llenado capilar menor a 3 segundos.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: toracico superior
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO

NOTAS MÉDICAS

Frecuencia cardíaca(Lat/min): 106
Saturación de oxígeno 93%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo:mantener via aerea permeable, prevenir posibles complicaciones respiratorias asociadas al reposo prolongado en cama
Intervencion:
- monitoria de signos vitales y vigilancia respiratoria
- posicionamiento adecuado en cama
-aumento de flujo espiratorio lento y rapido y tos espontanea efectiva productiva movilizando moderada cantidad de aspecto mucoverdoso
- higiene de endocanula, estoma, mascara de traqueostomia y cambio de gasas
Paciente tolera intervencion, termina estable, dejo con barandas de seguridad arriba.
INSUMOS:
-1 jeringa prellena con solucion salina
-1 paquete de gasas x 5.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NATHALIA PEÑA FLOREZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1113688736, CC 1113688736

Fecha: 23/02/2024 04:24 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino en cama de 55 años de edad, sin acompañante, alerta, sin signos de dificultad respiratoria, portadora de traqueostomía funcional y permeable con endocanula lisa, sin soporte de oxígeno, tolerando aire ambiente. Se realiza intervención con todos los elementos de protección personal y medidas de bioseguridad según lineamiento del plan institucional.
Objetivo: Sistema cardiovascular/pulmonar: a la auscultacion murmullo pulmonar conservado en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados sin presencia de disnea, patron de tos efectivo, torax simetrico-normoexpansible, pulsos perifericos ritmicos y simetricos, llenado capilar menor a 3 segundos.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: toracco superior
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 119
Saturación de oxígeno 97%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo:mantener via aerea permeable, prevenir posibles complicaciones respiratorias asociadas al reposo prolongado en cama
Intervencion:
- monitoria de signos vitales y vigilancia respiratoria
- posicionamiento adecuado en cama
-aumento de flujo espiratorio lento y rapido y tos espontanea efectiva productiva movilizando moderada cantidad de aspecto mucoverdoso
- higiene de endocanula, estoma, mascara de traqueostomia y cambio de gasas

NOTAS MÉDICAS

Paciente tolera intervencion, termina estable, dejo con barandas de seguridad arriba.
INSUMOS:
-1 jeringa prellena con solucion salina
-1 paquete de gasas x 5.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: NATHALIA PEÑA FLOREZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1113688736, CC 1113688736

Fecha: 23/02/2024 06:05 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: SE ABRE FOLIO PARA REFORMULACION DE MEDICAMENTOS.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: HUBER ELIAS ANAYA LOPEZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1107512264, CC 1107512264

Fecha: 23/02/2024 07:31 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Residente de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Silvana Burbano

DATOS GENERALES

NOTAS MÉDICAS

Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesión axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de tórax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FÍSICO
TA: 126/69 mmhg // FC: 76 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 36. 1 °C// SO2:97% FiO2: 21%
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 19/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, con SIRS modulado, y sin antibióticos dado indicación de infectología el dia 13/02/24, quien consideró que el resultado de hemocultivo del PICC y urocultivo del 09/02/24 y 10/02/24 obedece a contaminación, ya con retiro de invasiones. Por secreción en gastrostomia se indicó ECO abdominal, la cual no tiene hallazgos patológicos.

Ha permanecido afebril, clínicamente estable. Se indicó homecare para egreso y continuar su rehabilitación integral, estamos atentos a autorización y nuevo domicilio.

PLAN:
-Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 12 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 6 - 6 - 6 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas

NOTAS MÉDICAS

- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

EN PROCESO:
Seguimiento por trabajo social para nuevo domicilio de Homecare
Autorización de Homecare

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: Autorizacion de homecare.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 23/02/2024 09:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambis

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 100 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

NOTAS MÉDICAS

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas e hiladilla, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 23/02/2024 09:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 100 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener rangos de movilidad articular
Mejorar fuerza muscular global y control postural
Evitar deterioro por desacondicionamiento fisico
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en sedente, realiza movilización articular cefalocaudalmente, realiza ejercicios con disociación de cinturas escapular y pélvica, realiza ejercicios activos asistidos de miembros superiores 3 series de 10 repeticiones, realiza ejercicios activos asistidos de miembros inferiores 3 series de 10 repeticiones, se entrena transiciones de supina a sedente, realiza descargas de peso laterales, realiza estiramientos estaticos en 10 segundos por grupo muscular, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.

NOTAS MÉDICAS

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 23/02/2024 12:57 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: ***Evolcion medica***
Objetivo: Paciente estable hemodinamicamente, alertable, sin signos de dificultad respiratoria.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : GOS 2/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años con diagnosticos anotados, actualmente en estado vegetativo, alertable, sin signos de inestabilidad o SIRS, afebril, sin signos de dificultad respiratoria, sin manejo antibiotico, a la espera de homecare para egreso y asi continuar rehabilitacion integral.

Plan de manejo: Hospitalziacion sala neurocirugia
Conitnua igual manejo medico
Control de signos vitales
Avisar cambios

Tramite de homecare

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: KAROL DAYANA PERLAZA BALANTA, MEDICINA GENERAL, Registro 1112486716, CC 1112486716

Fecha: 23/02/2024 15:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control

NOTAS MÉDICAS

Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos de:
Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 120 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 23/02/2024 21:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: ENCUENTRO PACIENTE DE GÉNERO FEMENINO DE 55 AÑOS DE EDAD EN CAMA, PORTADOR DE TRAQUEOSTOMIA: CON ENDOCANULA LISA, PERMEABLE SIN SOPORTE DE OXÍGENO RESPIRANDO AIRE AMBIENTE, ESTADO ALERTA, CON RIESGO DE CAÍDA Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, CON DIAGNOSTICOS YA ANOTADOS EN HISTORIA CLINICA. , SE REALIZA ATENCION BAJO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD CONTRA EL COVID-19, TAMBIEN SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS
Objetivo: PACIENTE ALERTA, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN COSTAL SUPERIOR, TÓRAX NORMO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO, EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRÓN DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO

NOTAS MÉDICAS

Signos de dificultad respiratoria: NO PRESENTA
Patrón respiratorio: COSTAL SUPERIOR
Expectativas con la terapia: SIN CAMBIOS

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 93%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVO: MANTENER VIA AEREA PERMEABLE
MONITOREO DE SIGNOS VITALES
POSICIONAMIENTO ADECUADO
MOVILIDAD DE LA REJA COSTAL
TECNICA DE HIGIENE BRONQUIAL AFE LENTA Y RAPIDA + TOS DIRIGIDA MOVILIZANDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECIONES
HIGIENE DE TQT: LIMPIEZA DE ENDOCANULA, ESTOMA, CAMBIO DE GASAS
INSUMOS: 1 PAQUETE DE GASAS, 1 JERINGA PRELLENA DE SS
TOLERA INTERVENCION QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CLINICA.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JOAN SEBASTIAN VILLOTA VALDES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144185390, CC 1144185390

Fecha: 24/02/2024 00:01 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: |
Objetivo: |

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: |

Plan de manejo: |

Justificación de permanencia en el servicio: |

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 24/02/2024 05:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: ENCUENTRO PACIENTE DE GÉNERO FEMENINO DE 55 AÑOS DE EDAD EN CAMA, PORTADOR DE TRAQUEOSTOMIA: CON ENDOCANULA LISA, PERMEABLE SIN SOPORTE DE OXÍGENO RESPIRANDO AIRE AMBIENTE, ESTADO ALERTA, CON RIESGO DE CAÍDA Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, CON DIAGNOSTICOS YA ANOTADOS EN HISTORIA CLINICA. , SE REALIZA ATENCION BAJO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD CONTRA EL COVID-19, TAMBIEN SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS
Objetivo: PACIENTE ALERTA, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN COSTAL SUPERIOR, TÓRAX NORMO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO, EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRÓN DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: NO PRESENTA
Patrón respiratorio: COSTAL SUPERIOR
Expectativas con la terapia: SIN CAMBIOS

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: OBJETIVO: MANTENER VIA AEREA PERMEABLE
MONITOREO DE SIGNOS VITALES
POSICIONAMIENTO ADECUADO
MOVILIDAD DE LA REJA COSTAL
TECNICA DE HIGIENE BRONQUIAL AFE LENTA Y RAPIDA + TOS DIRIGIDA MOVILIZANDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECIONES
HIGIENE DE TQT: LIMPIEZA DE ENDOCANULA, ESTOMA, CAMBIO DE GASAS
INSUMOS: 1 PAQUETE DE GASAS, 1 JERINGA PRELLENA DE SS
TOLERA INTERVENCION QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CLINICA.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: JOAN SEBASTIAN VILLOTA VALDES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144185390, CC 1144185390

Fecha: 24/02/2024 07:38 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

NOTAS MÉDICAS

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: se formula

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 24/02/2024 09:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos anotados en historia. Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 110 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones

NOTAS MÉDICAS

toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza succión con sonda No 14, se realiza higiene de endocanula y estoma, se cambian gasas e hiladilla, se pasa a endocanula fenestrada y se ocluye al 100%, saturando al 96 %, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 sonda con regulador
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena
1 par de guantes esteriles
Se informa a enfermeria y medico de sala.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 24/02/2024 09:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos anotados en historia. Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 110 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener rangos de movilidad articular
Mejorar fuerza muscular global
Evitar deterioro por desacondicionamiento fisico
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en sedente, realiza movilización articular cefalocaudalmente, realiza ejercicios de cinesiterapia pasiva en series de 10 repeticiones, realiza ejercicios de facilitación neuromuscular propioceptiva con tecnicas de iniciación ritmica, contraer, relajar en 2 series de 10 repeticiones, realiza estiramientos estaticos por grupo muscular, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 24/02/2024 10:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

NOTAS MÉDICAS

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente quien se encuentra en cama hospitalaria estable hemodinámicamente, en estado de alerta, paciente con traqueostomía al aire ambiente, con soporte nutricional por gastrostomía, hoy sin acompañante. Se realiza atención bajo protocolo institucional de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid-19.
Objetivo: Sin cambios
Expectativas con la terapia: Sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se procede con ajustes posturales en sedente largo en cama hospitalaria y desde interacción con la misma, logrando continua participación tanto fisica como a nivel verbal. Durante esta intervención y en compañía de terapeuta respiratorio se realiza prueba de oclusión, evidenciando buen patrón respiratorio, tolerando prueba, con saturación por encima de 94 y empañamiento bilateral en espejo de glatzel. Es de resaltar que paciente no logra evocación durante intervención, sin embargo se evidencia interaccion esporadica con terapeuta, realizando contacto visual espontaneo. Paciente finaliza en iguales condiciones de salud, dejo sin familiar, en semifowler, con barandas aseguradas e inmovilizaciones fijadas.

NOTA: Se comenta con personal de la sala sobre prueba realizada, queda bajo observación.

Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA CEBALLOS CUBILLOS, FONOAUDIOLOGO, Registro 1107084382, CC 1107084382

Fecha: 24/02/2024 11:50 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: ******EVOLUCION MEDICO********

Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, ALERTA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TQT Y GASTROSTOMIA

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Neurológico
Neurológico : ALERTABLE AL LLAMADO, FIJA LA MIRADA, SIGUE ÓRDENES SENCILLAS. ESTADO DE MÍNIMA CONSCIENCIA PLUS. PARES CRANEALES: PUPILAS ANISOCÓRICAS, PUPILA DERECHA 3 MM HIPORREACTIVA E IZQUIERDA EN 2 MM REACTIVA

NOTAS MÉDICAS

IMPRESIONA FUERZA CONSERVADA
NO SIGNOS MENÍNGEOS.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTE POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO, PRESENTANDO TCE SEVERO CON LESION AXONAL DIFUSA. ADEMAS CURSO CON ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR. SE ENCUENTRA EN ESTADO MINIMA CONSCIENCIA, SUAURIA TQT Y GASTROSTOMIA, EN TRAMITE DE HOMECARE, SE SOLICITA PARACLINICOS CONTROL

Plan de manejo: HOSPITALIZAR SALA NEUROCIRUGIA
TAPON VENOSO
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO
CONTROL SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

PENDIENTE
TRAMITE HOMECARE
PARACLINICOS

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 24/02/2024 12:24 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

HEMOGRAMA V

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
2001	SERIE BLANCA	Normal	.	--	--
2002	LEUCOCITOS	Normal	9.26	x 10\S\3/uL	3,98-10,04
2003	NEUTROFILOS %	Alto	73.6	%	34-71,1
2004	LINFOCITOS %	Normal	19.3	%	19,3-51,7
2005	MONOCITOS %	Normal	5.2	%	4,7-12,5
2006	EOSINOFILOS %	Normal	0.7	%	0,7-5,8
2007	BASOFILOS %	Normal	0.20	%	0,1-1,2
2009	NORMOBLASTOS %	Normal	0.0	--	0-0,2
2010	GRANULOCITOS INMADUROS %	Normal	1.00	--	--
2011	NEUTROFILOS #	Alto	6.82	10\S\3/uL	1,56-6,13

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

2012	LINFOCITOS #	Normal	1.79	10\S\3/uL	1,18-3,74
2013	MONOCITOS #	Alto	0.48	10\S\3/uL	0,24-0,36
2014	EOSINOFILOS #	Normal	0.06	10\S\3/uL	0,04-0,36
2015	BASOFILOS #	Normal	0.02	10\S\3/uL	0,01-0,08
2018	GRANULICITOS INMADUROS #	Normal	0.09	--	0-0,09
2019	SERIE ROJA	Normal	.	--	--
2020	GLOBULOS ROJOS	Normal	4.00	x10\S\6/uL	3,93-5,22
902211	HEMATOCRITO	Normal	38.8	%	34,1-44,9
902213	HEMOGLOBINA	Normal	12.0	g/dL	11,2-15,7
2023	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	Alto	97.1	fL	79,4-94,8
2024	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Normal	29.90	pg	25,6-32,3
2025	CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Bajo	30.9	g/dL	32,2-35,5
2026	ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	Normal	13.90	%	11,7-14,4
2027	SERIE PLAQUETARIA	Normal	.	--	--
2028	PLAQUETAS	Normal	334	x10\S\3/uL	182-369
2029	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	Normal	11.30	fL	9,4-12,3
2030	ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIA	Normal	16	--	--
2031	OBSERVACIONES HEMOGRAMA	Normal	.	--	--
2032	DIFERENCIAL MANUAL	Normal	.	--	--
2033	DISPERSOGRAMA	Normal	.	--	--

Firmado por: ALEJANDRA SANDOVAL VILLAREAL, BACTERIOLOGO, Registro 1144204894, CC 1144204894

Fecha: 25/02/2024 09:08 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal
Observaciones: SIN LEUCOCITOSIS, SIN ANEMIA, NEUTROFILOS LIGERAMENTE ELEVADOS, PLAQUETAS NORMALES

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 24/02/2024 12:33 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Alto	113.70	mmol/L	98-107

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 25/02/2024 09:08 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal
Observaciones: ELEVADO

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 24/02/2024 12:33 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

NITROGENO UREICO(BUN)

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	Alto	62.5	mg/dL	7-17

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 25/02/2024 09:08 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal
Observaciones: ELEVADO

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 24/02/2024 12:33 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.77	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 25/02/2024 09:08 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE

NOTAS MÉDICAS

Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 24/02/2024 12:33 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Alto	149.30	mmol/L	137-145

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 25/02/2024 09:08 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal
Observaciones: ELEVADO

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 24/02/2024 12:33 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CREATININA SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903895	CREATININA SUERO	Alto	1.07	mg/dL	0,52-1,04

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 25/02/2024 09:08 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 24/02/2024 12:33 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia

NOTAS MÉDICAS

906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Alto	22.14	mg/L	0-9,99

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 25/02/2024 09:08 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal
Observaciones: LIGERAMENTE ELEVADO

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 24/02/2024 12:41 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

PROCALCITONINA

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
906841	PROCALCITONINA	Normal	0.38	ng/ml	Personas Sanos Normales: 0.077 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es poco probable: <0.500 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es posible: >=0.500 - <=2.0 ng/mL\X000d\ Infeccion Sistemica (sepsis) es probable, a menos que haya otras causas conocidas: >2.00 - <10.0 ng/mL\X000d\ Respuesta inflamatoria sistemica importante, casi exclusivamente debido a sepsis bacteriana severa o shock septico: >=10 ng/mL\X000d\

Firmado por: MANUEL ANDRES SARRIA CORDOBA, BACTERIOLOGO, Registro 1107515204, CC 1107515204

Fecha: 25/02/2024 09:08 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Normal

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 24/02/2024 15:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos anotados en historia. Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 98 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza higiene estoma, se cambian gasas, continua tolerando oclusión al 100%, saturando 94%, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 24/02/2024 17:24 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Ingreso a hospitalización - NEUROCIRUJANO
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 36 día(s) en hospitalización

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Motivo de consulta: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Dr. Villareal Neurocirujano

NOTAS MÉDICAS

Residente de neurocirugía Cesar Quintero
Estudiante de quinto año Juan Felipe Rubio

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida 29401014
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesión axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de tórax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FÍSICO
TA: 96/59 mmhg // FC: 100 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 35. 8 °C// SO2:97% FiO2: 21%
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos

PARACLÍNICOS:
24/04/2024
Cloro 113. BUN 62, 5 Creatinina 1, 07. Sodio 149 Potasio 4, 77
Leu 9260 Neu 6820 Linf 1790 Hb 12 Hcto 38, 8 Plq 334. 000

13/02/24
Carba 5: No se detectó ningún tipo de carbapenemasa
VIM: Negativo //KPC: Negativo //OXA=48: Negativo // IMP: Negativo // NDM: Negativo //

Detección de carbapenemasa
Rapidez carba NP: Negativo

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 19/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, con SIRS modulado, y sin antibióticos dado indicación de infectología el dia 13/02/24, quien consideró que el resultado de hemocultivo del PICC y urocultivo del 09/02/24 y 10/02/24 obedece a contaminación, ya con retiro de invasiones. Por secreción en gastrostomia se indicó ECO abdominal, y no se

NOTAS MÉDICAS

evidenció coleccion activa

Ha permanecido afebril, clínicamente estable en control paraclinico con función renal normal, hipernatremia leve. Se indicó homecare para egreso y continuar su rehabilitación integral, estamos atentos a autorización y nuevo domicilio.

PLAN:
-Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 12 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 6 - 6 - 6 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

SE SOLICITA
Hemograma, BUN, creatinina, PCR, VSG

EN PROCESO:
Seguimiento por trabajo social para nuevo domicilio de Homecare
Autorización de Homecare

Enfermedad actual:.

REVISIÓN POR SISTEMAS
Sistema neurológico: Normal

.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 24/02/2024 23:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin acompañante, con diagnósticos médicos ya descritos anteriormente, paciente sin soporte de oxigeno, actualmente con oclusion de traqueostomia al 100% con tapon, tranquila y colaboradora, hemodinámicamente estable. No refiere sentir ahogo, ni dolor. Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal. Paciente con alto riesgo de caidas y aparicion de ulceras por presion
Objetivo: Valoracion sistema cardiovascular pulmonar:
Formadel torax: Simetrico

NOTAS MÉDICAS

Patron respiratorio: Toracoabdominal
Sin Soporte de oxigeno por
A palpacion no presenta dolor, no masas, no crepitaciones, no fracturas, no enfisema subcutaneo
Murmullo vesicular: Conservado sin ruidos sobreagregados
Lllenado capilar <2 segundos
No edema
No signos de dificultad respiratoria
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: Toracoabdominal
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervencion: Mantener via aerea limpia y permeable favoreciendo metas de oxigenacion
Se inicia con monitorizacion de signos vitales y respiratorias dentro de la normalidad, continua tolerando oclusion con optimas metas de oxigenacion
Se inicia con aumento de flujo espiratorio lento + presiones toracicas por 5 repeticiones
Tos espontanea efectiva no productiva
Continua tolerando procesos de ocluscion
Se deja estable dentro de su condicion, tolera la intervencion, se deja sin compañia.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DAVID ALEJANDRO REYES Q., FISIOTERAPEUTA, Registro 1061815902, CC 1061815902

Fecha: 25/02/2024 04:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin acompañante, con diagnósticos médicos ya descritos anteriormente, paciente sin soporte de oxigeno, actualmente con oclusion de traqueostomia al 100% con tapon, tranquila y colaboradora, hemodinámicamente estable. No refiere sentir ahogo, ni dolor. Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal. Paciente con alto riesgo de caidas y aparicion de ulceras por presion
Objetivo: Valoracion sistema cardiovascular pulmonar:
Formadel torax: Simetrico
Patron respiratorio: Toracoabdominal
Sin Soporte de oxigeno por
A palpacion no presenta dolor, no masas, no crepitaciones, no fracturas, no enfisema subcutaneo
Murmullo vesicular: Conservado sin ruidos sobreagregados
Lllenado capilar <2 segundos
No edema
No signos de dificultad respiratoria
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: Toracoabdominal
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno

NOTAS MÉDICAS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervencion: Mantener metas de oxigenacion
Se inicia con monitorizacion de signos vitales y respiratorias dentro de la normalidad, continua tolerando oclusion al 100% con optimas metas de oxigenacion
Se inicia con aumento de flujo espiratorio lento + presiones toracicas por 5 repeticiones
Tos espontanea efectiva no productiva
Se realiza movilidad y estiramiento de reja costal por 5 repeticiones de 15 segundos sostenidos
Se deja estable dentro de su condicion, tolera la intervencion, se deja sin compañia.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DAVID ALEJANDRO REYES Q., FISIOTERAPEUTA, Registro 1061815902, CC 1061815902

Fecha: 25/02/2024 08:18 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: se formula

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 25/02/2024 08:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

NOTAS MÉDICAS

Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos anotados en historia. Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 125 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza higiene estoma, se cambian gasas e hiladilla, continua tolerando oclusión al 100%, saturando 95%, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
2 paquetes de gasas
1 jeringa prellena.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 25/02/2024 08:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos anotados en historia. Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.

NOTAS MÉDICAS

Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 125 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos
Mantener rangos de movilidad articular
Mejorar fuerza muscular global
Evitar deterioro por desacondicionamiento fisico
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en sedente, realiza movilización articular cefalocaudalmente, realiza ejercicios de cinesiterapia activa libre en 3 series de 10 repeticiones, realiza ejercicios de facilitación neuromuscular propioceptiva en 2 series de 10 repeticiones, realiza estiramientos estaticos por grupo muscular, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 25/02/2024 09:08 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: *****EVOLUCION MEDICO******

SUBJETIVO: PERSONAL INFORMA PACIENTE NO LOGRA CONCILIAR EL SUEÑO, SE TORNA INQUIETA, TOLERA NET POR GASTROSTOMIA, SIN ALZAS TERMICAS, SIN EPISODIOS EMETICOS, OCLUSION DE TQT
Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, ALERTA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Neurológico
Neurológico : ALERTA, SIN VALORAR VIA ORAL POR TQT, EN OCASIONES SIGUE ÓRDENES SENCILLAS. ESTADO DE MÍNIMA CONSCIENCIA PLUS.
PARES CRANEALES: PUPILAS 3 MM HIPORREACTIVA
IMPRESIONA FUERZA CONSERVADA
NO SIGNOS MENÍNGEOS.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024,

NOTAS MÉDICAS

Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE CON ANTECEDENTE POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO, PRESENTO TCE SEVERO CON LESION AXONAL DIFUSA. ADEMAS CURSO CON ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR. SE ENCUENTRA EN ESTADO MINIMA CONSCIENCIA, USUARIA TQT Y GASTROSTOMIA, EN TRAMITE DE HOMECARE. TIENE PARACLINICOS CONTROL CON HIPERNATREMIA LEVE

Plan de manejo: HOSPITALIZAR SALA NEUROCIRUGIA
AGUA ESTERIL POR GASTROSTOMIA 20CC/HORA
CONTROL SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

PENDIENTE
TRAMITE HOMECARE

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Nota aclaratoria

Fecha: 25/02/2024 09:35

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA INQUIETA, AGITADA, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, SE FORMULA TRAZODONA EN LA NOCHE Y HALOPERIDOL EN CASO DE AGITACION

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 25/02/2024 10:50 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Dr. Villareal Neurocirujano
Residente de neurocirugía Francisco Rojas
Estudiante de quinto año Juan Felipe Rubio

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida 29401014
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesión axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de tórax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FÍSICO
TA: 96/59 mmhg // FC: 100 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 35. 8 °C// SO2:97% FiO2: 21%
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO
GOS 2/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos

PARACLÍNICOS:
24/04/2024
Cloro 113. BUN 62, 5 Creatinina 1, 07. Sodio 149 Potasio 4, 77
Leu 9260 Neu 6820 Linf 1790 Hb 12 Hcto 38, 8 Plq 334. 000

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 19/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado vegetativo, GOS 2/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, con SIRS modulado, y sin antibióticos dado indicación de infectología el dia 13/02/24, quien consideró que el resultado de hemocultivo del PICC y urocultivo del 09/02/24 y 10/02/24 obedece a contaminación, ya con retiro de invasiones. Por secreción en gastrostomia se indicó ECO abdominal, y no se evidenció coleccion activa

Ha permanecido afebril, clínicamente estable en control paraclinico con función renal normal, hipernatremia leve. Se indicó homecare para egreso y continuar su rehabilitación integral, estamos atentos a autorización y nuevo domicilio.

PLAN:
-Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Dipirona amp 2 gr, 1 amp EV cada 8 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 12 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 6 - 6 - 6 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

SE SOLICITA
Hemograma, BUN, creatinina, PCR, VSG

EN PROCESO:
Seguimiento por trabajo social para nuevo domicilio de Homecare

NOTAS MÉDICAS

Autorización de Homecare

Objetivo: -

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: -

Plan de manejo: -

Justificación de permanencia en el servicio: -

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 25/02/2024 14:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Ingreso a la habitación del paciente con previo lavado de manos y uso de elementos de protección personal, encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en posición supina, sin compañía de familiar, con diagnósticos médicos anotados en historia. Paciente sin soporte de oxígeno, no responde a comandos simples, tolerando mas de 24 horas ocluida, con riesgo a caida y ulceras por presion, hemodinámicamente estable.

Objetivo: Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presentes en ápices y bases pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico conservado, sin presencia de edema.
Signos de dificultad respiratoria: Sin signos de dificultad respiratoria
Patrón respiratorio: toracoabdominal
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 113 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivos

NOTAS MÉDICAS

Mantener via aerea permeable
Evitar atelectasias
Mantener volumenes y capacidades pulmonares
Mejorar patron respiratorio
Se realiza monitoria de signos vitales, se posiciona en semifowler, realiza movilización de reja costal y miembros superiores, compresiones toracicas para higiene bronquial, tos provocada efectiva, moviliza moderada cantidad de secreciones, se realiza higiene estoma, se cambian gasas e hiladilla, continua tolerando oclusión al 100%, saturando 95%, paciente tolera actividades y queda estable en su condición.
Insumos utilizados
1 paquete de gasas
1 jeringa prellena.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 25/02/2024 22:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en cama, portadora de traqueostomia funcional y permeable No. 7, endocanula lisa, balon insuflado, sin soporte de oxigeno y respirando al aire ambiente, responde estimulos dolorosos, no apertura ocular, en regulaes condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad normal, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico.
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: ya mencionados

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 95%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervención: Mejorar las capacidades y volúmenes pulmonares favoreciendo su reexpansión pulmonar y manteniendo metas de oxigenación
Se realiza intervencion fisioterapeutica, con todos los elementos de proteccion personal:
-monitorizacion de signos vitales
-posicionamiento adecuado en cama
-ciclo activo de la respiracion
-movilidad de torax, 10 repeticiones
-patron de tos efectivo, moviliza moderadas secreciones
-continua en proceso de oclusion 100%, tolerando en el momento, SatO2:94-95%
-cambio de gasas
-verifico permeabilidad de la via aerea
Insumos:
1 paquete de gasas

NOTAS MÉDICAS

Paciente tolera intervencion, se deja en condiciones estables.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA PAZ PATIÑO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144205221, CC 1144205221

Fecha: 26/02/2024 03:52 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: **SE ABRE FOLIO PARA REFORMULACION DE MEDICAMENTOS*
Objetivo: * *

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: *

Plan de manejo: *

Justificación de permanencia en el servicio: *

Firmado por: MARIA ELENA CANDIA GARZON, MEDICINA GENERAL, Registro 1144093455, CC 1144093455

Fecha: 26/02/2024 05:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenino de 55 años de edad, en cama, portadora de traqueostomia funcional y permeable No. 7, endocanula lisa, balon insuflado, sin soporte de oxigeno y respirando al aire ambiente, responde estimulos dolorosos, no apertura ocular, en regulaes condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
Sistema cardiovascular pulmonar: Se observa patrón respiratorio toracoabdominal, simétrico y rítmico, tórax simétrico, con expansibilidad

NOTAS MÉDICAS

normal, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Ritmo cardiaco regular sin soplos, pulso periférico.
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: ya mencionados

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo de intervención: Mejorar las capacidades y volúmenes pulmonares favoreciendo su reexpansión pulmonar y manteniendo metas de oxigenación
Se realiza intervencion fisioterapeutica, con todos los elementos de proteccion personal:
-monitorizacion de signos vitales
-posicionamiento adecuado en cama
-ciclo activo de la respiracion
-movilidad de torax, 8 repeticiones
-patron de tos efectivo, moviliza moderadas secreciones
-continua en proceso de oclusion 100%
-cambio de gasas
-verifico permeabilidad de la via aerea
Insumos:
1 paquete de gasas
Paciente tolera intervencion, se deja en condiciones estables.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA PAZ PATIÑO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144205221, CC 1144205221

Fecha: 26/02/2024 07:33 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Alto	151.80	mmol/L	137-145

Firmado por: YARLEDIS CASTRO RAMOS, BACTERIOLOGO, Registro 1143368152, CC 1143368152

Fecha: 26/02/2024 18:07 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Interpretación de Resultado - MEDICINA GENERAL

Clasificación del examen: Anormal
Observaciones: ELEVADO - HIPERNATREMIA

Firmado por: SANTIAGO PATIÑO MONCADA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144109874, CC 1144109874

Fecha: 26/02/2024 08:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

NOTAS MÉDICAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Dr. Villareal Neurocirujano
Residente de neurocirugía de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Silvana Burbano

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesión axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de tórax
--- Contusión pulmonar izquierda resuelta
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FÍSICO
TA: 118/68 mmhg // FC: 93 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 36 °C// SO2:97% FiO2: 21%
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO
GOS 3/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 19/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado de minima consciencia, GOS 3/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, clínicamente estable en control paraclínico del 24/02/24 en rangos adecuados. Se indicó homecare para egreso y continuar su rehabilitación integral, estamos atentos a autorización.

PLAN:
-Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso heparinizado

NOTAS MÉDICAS

- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Levetiracetam 1 gr (10 cc) sog cada 12 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 12 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 6 - 6 - 6 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Trazodona 1 tab cada 24 horas
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

EN PROCESO:
Seguimiento por trabajo social
Autorización de Homecare

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: Autorizacion de homecare.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Nota aclaratoria

Fecha: 26/02/2024 09:53

PLAN CORREGIDO
-Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- SUSPENDER LEVETIRACETAM ***
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 12 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 6 - 6 - 6 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Trazodona 1 tab cada 24 horas
- risperidona 1 mg cada 24 h
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 26/02/2024 09:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, sin soporte, saturacion de oxigeno 98%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula fenestrada, balon desinsuflado.

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo
mantener capacidades fisicas
se realiza
posicionamiento adecuado en cama
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades superiores
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades inferiores
descargas de peso tobillos cintura escapular y pelvica
2 series 10 repeticiones
alineacion corporal
transicion a sedente borde de cama con asistencia pobre control de tronco en ocasiones realiza activos de miembros inferiores
estiramientos pasivos a tolerancia
tolera intervencion dejo estable dentro de su codicion encama
se realiza terapia a tolerancia de paciente.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 26/02/2024 09:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales,

NOTAS MÉDICAS

sin signos de dificultad respiratoria, con acompañante, sin soporte suplementario de oxigeno, saturacion de oxigeno 95%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula fenestrada, balon desinsuflado. ocluida 100%

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: atiendo llamado paciente con tos persistente, mantiene adecuada saturacion, se verfica permeabilidad de via aerea se retira oclusion moviliza secreciones por traqueostomia, se comenta personal medico de turno
Objetivo
mantener via aerea permeable
posicionamiento adecuado en cama
monitoria de signos vitales y vigilancia respiratoria
aumento de flujo espiratorio lento
Tos dirigida efectiva productiva movilizando moderada cantidad mucoverdosa por traqueostomia
Cuidados de traqueostomia, higiene de endocanula, estoma y cambio de de gasas
movilidad y estiramiento de reja costal
higiene de mascara
cambio de hiladilla
Paciente tolera intervencion, termina estable, dejo con barandas de seguridad arriba en el momento saturacion adecuada 96%
INSUMOS:
1 jeringa prellena con solucion salina
2 paquete de gasas x 5.
1 par guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 26/02/2024 10:07 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: ***EVOLUCION MEDICO***
Objetivo: PACIENTE EN CAMA ESTABLE, TOLERANDO NET, TOLERO OCLUSION DE TRAQUEOSTOMIA POR 48H.

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 110/70, Presión arterial media(mmhg): 83
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 74 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno: 98%
Temperatura(°C): 36 Escala del dolor: 0

NOTAS MÉDICAS

Examen Físico:
Neurológico
Neurológico : ALERTA, SIN VALORAR VIA ORAL POR TQT, EN OCASIONES SIGUE ÓRDENES SENCILLAS. ESTADO DE MÍNIMA CONSCIENCIA PLUS.
PARES CRANEALES: PUPILAS 3 MM HIPORREACTIVA
IMPRESIONA FUERZA CONSERVADA
NO SIGNOS MENÍNGEOS.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: GLORIA, PACIENTE YA CONOCIDA EN EL SERVICIO, EN EL MOENTO EN ESTADO DE MINIMA CONCIENCIA PLUS, A LA ESPERA DE TRAMITE DE HOMECARE. POR LO CUAL SE REALIZAN AJUSTES DE MANEJO MEDICO Y SE CONTINUA CO HOSPITALIZACION

Plan de manejo: CONTINUA HOSPITALIZAINO EN SALA DE NEUROCIRUGIA
AGUA LIBRE 50CC/HORA
SUSPENDER LEVETIRACETAM + HALOPERIDOL
RISPERIDONA 1 MG CADA 24 HORAS ***NUEVO***
PDTE HOMECARE
RESTO DE ORDENES IGUALES

Justificación de permanencia en el servicio: TRAMITE DE HOMECARE.

Firmado por: SANTIAGO PATIÑO MONCADA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144109874, CC 1144109874

Fecha: 26/02/2024 11:03 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Ocupacional Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Usuaria que se encuentra en supino sobre cama, respirando aire ambiente con traqueostomia ocluida, alerta, sin compañia de familiar. ***Se interviene haciendo uso de elementos de protección personal como prevención de covid-19***
Objetivo: no aplica
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se realiza intervención por terapia ocupacional mediante actividad con proposito con el fin de incrementar habilidades de interacción social, incrementar funciones de la atención, reentrenar en transiciones en cama; usuaria que participa parcialmente de lo propuesto, se anticipa al retiro y uso de las medidas de sujeción, usuario que logra ocasionalmente establecer contacto visual mientras se brindan contexto de tiempo y lugar, ademas de estado de salud actual; se orienta a ejecutar transiciones bajas y ante el minimo apoyo de contacto, logra ejecutar; se orienta a la sedestación en borde de cama, requiere de apoyo de contacto y se logra ejecutar prush up de

NOTAS MÉDICAS

miembros superiores, elevando tronco y logrando sedestación, logra control cefalico con apoyo verbal constante; durante algunos segundos logra control postural, aunque ocasionalmente intentante caer en cama o posicionarse en bipedo, requieriendo de suepervisión constante. USuaria que no logra responder a preguntas cerradas o simples. Se deja estable en cama, con medidas de sujeción y con barandas de seguridad elevadas.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELA DAMARIS SANSON SOSCUE, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1085326022, CC 1085326022

Fecha: 26/02/2024 14:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente quien se encuentra en cama hospitalaria estable hemodinámicamente, en estado de alerta, paciente con traqueostomía al aire ambiente, con soporte nutricional por gastrostomía, hoy con acompañante. Se realiza atención bajo protocolo institucional de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid-19.
Objetivo: Sin cambios
Expectativas con la terapia: Sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se procede con ajustes posturales en sedente largo en cama hospitalaria y desde interacción con la misma, logrando participación esporadica, es de resaltar control cefalico y contacto visual con terapeuta por lapsos determinados. Durante intervención se realiza oclusión digital en traqueostomía, tolerando de 1 a 10, sin embargo, presentando cambio en el patrón respiratorio y generando tos. Continuo a ello se solicitan ejercicios de elevación laringea (falsete en agudo, abertura en contra resistencia manual y maniobra de mendelsohn) sin lograr ejecutarlos, se apoya desde masaje circunlaringeo y estimulo en base de lengua, logrando descencadenar degluciones esporadicas, de forma completa. Paciente quien finaliza en iguales condiciones de salud, dejo con familiar, con barandas aseguradas y en semifowler.

Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA CEBALLOS CUBILLOS, FONOAUDIOLOGO, Registro 1107084382, CC 1107084382

Fecha: 26/02/2024 17:28 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

NOTAS MÉDICAS

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, sin soporte, saturacion de oxigeno 98%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula fenestrada, balon desinsuflado.

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo
mantener capacidades fisicas
se realiza
posicionamiento adecuado en cama
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades superiores
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades inferiores
descargas de peso tobillos cintura escapular y pelvica
2 series 10 repeticiones
alineacion corporal
en ocasiones realiza activos de miembros inferiores
estiramientos pasivos a tolerancia
tolera intervencion dejo estable dentro de su codicion encama
se realiza terapia a tolerancia de paciente.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 26/02/2024 17:32 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, con acompañante, sin soporte suplementario de oxigeno, saturacion de oxigeno 95%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula fenestrada, balon desinsuflado.

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: no

NOTAS MÉDICAS

Patrón respiratorio: costal
Expectativas con la terapia: sin cAMBIOS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo
mantener via aerea permeable
posicionamiento adecuado en cama
monitoria de signos vitales y vigilancia respiratoria
aumento de flujo espiratorio lento
Tos dirigida efectiva productiva movilizando moderada cantidad mucoverdosa por traqueostomia
Cuidados de traqueostomia, higiene de endocanula, estoma y cambio de de gasas
movilidad y estiramiento de reja costal
higiene de mascara
Paciente tolera intervencion, termina estable, dejo con barandas de seguridad arriba en el momento saturacion adecuada 96%
INSUMOS:
1 jeringa prellena con solucion salina
2 paquete de gasas x 5.
1 par guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 26/02/2024 21:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar sin soporte de oxígeno dado tolerando aire ambiente, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo no productivo, en el sistema osteomuscular paciente independiente para sus avd, fuerza muscular no evaluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: costal superiro
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 90 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO

NOTAS MÉDICAS

Intervención: objetivos
mantener capacidades aerobicas, mantener metas de saturacion, mantener permeable via aerea

intervencion
monitoria respiratoria, posicionamiento en semifowler en cama, desobstruccion bronquial con afe rapida y lenta, estimulacion de tos efectiva y productiva movilizando secreciones logrando expulsarlas, no se permeabiliza via aerea, se realiza limpieza de estoma y endocanula, cambio de gasas de seguridad, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 26/02/2024 22:04 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: SE FORMULA

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

Fecha: 27/02/2024 05:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente de género femenina de 55 años de edad, en cama, sin compañia de familiar, no respuesta neurologica sin conexion con el medio, no responde a estimulos ni ubica el dolor, con riesgo de caída y úlceras por presión, con los diagnósticos

NOTAS MÉDICAS

mencionados anteriormente, se realiza intervención con todos los protocolos de bioseguridad y siguiendo los lineamientos institucionales.
Objetivo: a la revision por sistemas, neurologicamente sin respuesta, estacionario, no responde al llamado ni ubica dolor, sistema cardio-pulmonar sin soporte de oxígeno dado tolerando aire ambiente, portador de via aerea artificial dada por TQT tracoe, permeable y funcional, no presenta signos de dificultad respiratoria, ventilación costal-superior, tórax normo expansible, simétrico, en la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos subagregados, con patrón de tos efectivo no productivo, en el sistema osteomuscular paciente independiente para sus avd, fuerza muscular no evaluable por estado neurologico, trofismo conservado, integumentario con acceso venoso en dorso mano.
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: costal superior
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 89 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos
mantener capacidades aerobicas, mantener metas de saturacion, mantener permeable via aerea

intervencion
monitoria respiratoria, posicionamiento en semifowler en cama, desobstruccion bronquial con afe rapida y lenta, estimulacion de tos efectiva y productiva movilizando secreciones logrando expulsarlas, no se permeabiliza via aerea, se realiza limpieza de estoma y endocanula, cambio de gasas de seguridad, paciente tolera intervencion y queda estable dentro de su condicion clinica.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 27/02/2024 07:43 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Dr. Villareal Neurocirujano
Residente de neurocirugía de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Silvana Burbano

DATOS GENERALES
Nombre: Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16+30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesión axonal difusa grado II

NOTAS MÉDICAS

-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del C9/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de tórax
--- Contusión pulmonar izquierda resuelta
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FÍSICO
TA: 112/54 mmhg // FC: 104 lpm// FR: 16 rpm // Temp. 36. 2 °C// SO2:97% FiO2: 21%
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secresiones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO
GOS 3/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos

PARACLÍNICOS:
26/02/24 Na 151

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 19/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado de minima consciencia, GOS 3/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, clínicamente estable en control paraclínico del 24/02/24 en rangos adecuados. Se indicó homecare para egreso y continuar su rehabilitación integral, estamos atentos a autorización.

PLAN:
-Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 12 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 6 - 6 - 6 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Trazodona 1 tab cada 24 horas
- Risperidona 1 mg cada 24 h
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

EN PROCESO:
Seguimiento por trabajo social
Autorización de Homecare

Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

NOTAS MÉDICAS

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: Autorizacion de homecare.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 27/02/2024 08:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero masculino de 55 años con los siguiente diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)
portador de traqueostomia con endocanula Lisa, se encuentra sin soporte de oxigeno, orientado en tiempo, lugar y persona, en posicion decubito supino, sin compañia de familiar, es atendido con los elementos de proteccion personal establecido dentro la institucion

Objetivo: Sistema Cardiopulmonar
llenado capilar : < 3 seg
A la auscultacion murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares
torax simetrico hipo expansible
escala de borg: 1/10

Sistema Musculoesqueletico
AMA: conservado

Sistema Neuromuscular
Glasgow:10/15

NOTAS MÉDICAS

Reflejo osteotendinosos : conservados
Dermatomas y miotomas : conservados
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: superficial
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 86
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se posicona paciente en semifowler a 45°
se ejecuta movilidad de miemebros inferiores 3 series de 8 repticiones
se ejecuta cienciterapia activa en miembros superiroes 3 series de 8 repticiones
se ejecuta cadena cinetica abierta ne miemebros superiores 3 series de 8 repeticiones
se ejecuta posiiconamiento en sedente a borde de cama
se ejcuta trabajo de coordinacion de miemebros superiores e inferiores
se deja paciente hemodinamicamente estable dentro de su cuadro clinco.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: FABIAN CARABALI TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143977793, CC 1143977793

Fecha: 27/02/2024 08:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero masculino de 55 años con los siguiente diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)
portador de traqueostomia con endocanula Lisa, se encuentra sin soporte de oxigeno, orientado en tiempo, lugar y persona, en posicion decubito supino, sin compañia de familiar, es atendido con los elementos de proteccion personal establecido dentro la institucion

Objetivo: Sistema Cardiopulmonar
llenado capilar : < 3 seg
A la auscultacion murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares
torax simetrico hipo expansible

NOTAS MÉDICAS

escala de borg: 1/10

Sistema Musculoesqueletico
AMA: conservado

Sistema Neuromuscular
Glasgow:10/15
Reflejo osteotendinosos : conservados
Dermatomas y miotomas : conservados
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: superficial
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 86
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se posicona paciente en semifowler a 45°
se ejecuta movilidad de reja costal
se ejecuta aceleracion de flujo espiratorio lento
se ejecuta expectoracion de secreciones hematicas a traves de reflejo tusigeno
se realzia higiene de endocanula fenestrada
se realzia oclusion completa
se ejcuta aptorn diafrgamtico 3 series de 8 r epticiones
se ejcuta espiracion con labios fruncidos 3 series de 8 repeticiones
se deja paciente hemodinamicamente estable dentro de su cuadro clinco.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: FABIAN CARABALI TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143977793, CC 1143977793

Fecha: 27/02/2024 10:04 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: ***Evolucion medica***
Objetivo: Paciente en cama, alertable, sin compañia de familiar, sin signos de inestabilidad.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : GOS 3/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos.

NOTAS MÉDICAS

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años hopsitalizada en contexto de TCE severo dado por antecedente de politraumatismo secundario a accidente de transito el 19/01/24, ademas presento lesion axonal difusa grado II y estatus epileptico no motor para lo cual recibio manejo medico con evidnete mejoria. Actualmente paciente alertable, sin embargo en estado de minima conciencia, estable hemodinamicamente. Pendiente homecare.

Plan de manejo: Hopsitalizacion sala neurocirugia
ontinua igual manejo
Control de signos vitales
Avisar cambios.

Justificación de permanencia en el servicio: Tramite homecare.

Firmado por: KAROL DAYANA PERLAZA BALANTA, MEDICINA GENERAL, Registro 1112486716, CC 1112486716

Fecha: 27/02/2024 15:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero masculino de 55 años con los siguiente diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)
portador de traqueostomia con endocanula Lisa, se encuentra sin soporte de oxigeno, orientado en tiempo, lugar y persona, en posicion decubito supino, sin compañia de familiar, es atendido con los elementos de proteccion personal establecido dentro la institucion

Objetivo: Sistema Cardiopulmonar
llenado capilar : < 3 seg
A la auscultacion murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares
torax simetrico hipo expansible
escala de borg: 1/10

NOTAS MÉDICAS

Sistema Musculoesqueletico
AMA: conservado

Sistema Neuromuscular
Glasgow:10/15
Reflejo osteotendinosos : conservados
Dermatomas y miotomas : conservados
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: superficial
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 86
Saturación de oxígeno 95%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se posicona paciente en semifowler a 45°
se ejecuta movilidad de miemebros inferiores 3 series de 8 repticiones
se ejecuta cienciterapia activa en miembros superiroes 3 series de 8 repticiones
se ejecuta cadena cinetica abierta ne miemebros superiores 3 series de 8 repeticiones
se ejecuta posiiconamiento en sedente a borde de cama
se ejcuta trabajo de coordinacion de miemebros superiores e inferiores
se deja paciente hemodinamicamente estable dentro de su cuadro clinco.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: FABIAN CARABALI TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143977793, CC 1143977793

Fecha: 27/02/2024 15:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero masculino de 55 años con los siguiente diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)

NOTAS MÉDICAS

portador de traqueostomia con endocanula fenestrada ocluida, se encuentra sin soporte de oxigeno, orientado en tiempo, lugar y persona, en posicion decubito supino, sin compañia de familiar, es atendido con los elementos de proteccion personal establecido dentro la institucion

Objetivo: Sistema Cardiopulmonar
llenado capilar : < 3 seg
A la auscultacion murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares
torax simetrico hipo expansible
escala de borg: 1/10

Sistema Musculoesqueletico
AMA: conservado

Sistema Neuromuscular
Glasgow:10/15
Reflejo osteotendinosos : conservados
Dermatomas y miotomas : conservados
Signos de dificultad respiratoria: sin signo
Patrón respiratorio: superficial
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 86
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se posicona paciente en semifowler a 45°
se ejecuta movilidad de reja costal
se ejecuta aceleracion de flujo espiratorio lento
se ejecuta expectoracion de secreciones hematicas a traves de reflejo tusigeno
se realzia higiene de endocanula fenestrada
se ejcuta aptorn diafrgamtico 3 series de 8 r epticiones
se ejcuta espiracion con labios fruncidos 3 series de 8 repeticiones
se deja paciente hemodinamicamente estable dentro de su cuadro clinco.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: FABIAN CARABALI TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143977793, CC 1143977793

Fecha: 27/02/2024 15:27 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: DIAGNOSTICOS
- TCE SEVERO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO
- ESTATUS EPILEPTICP NO MOTOR
- TRAUMA CERRADO DE TORAX
- HTA
- DM 2 DE NOVO

Objetivo: GARANTIZAR REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

NOTAS MÉDICAS

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, EN SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA, CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS EN HISTORIA CLINICA. AL MOMENTO DE LA VALORACION ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, ALERTA, TOLERANDO AIRE AMBIENTE POR TRAQUEOSTOMIA, EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES, CON ACOMPAÑANTE. PACIENTE PORTADORA DE GASTROSTOMIA, CON NET EN METAS, TOLERANDO ADECUADAMENTE, SIN REPORTE DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES, CONTINUAR CON EL PLAN DE MANEJO
Plan de manejo: 1. NET POR GASTROSTOMIA CON GLUCERNA 1. 5 LPC 1000 ML, INFUSION CONTINUA, GOTEO META DE 46 CC/H
- IRRIGAR SONDA CON 40 ML DE AGUA CADA 4 HORAS
- CUIDADOS DE SONDA SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL
2. VIGILAR TOLERANCIA
3. SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA

HOMECARE
NUMERO DE MIPRES 20240214123037928510.

Firmado por: NATALIA VALLARINO HERNANDEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107513625, CC 1107513625

Fecha: 27/02/2024 20:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - MED.FI.TERAP.FISICA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente cama, con diagnosticos descritos en historia clinica, hemodinamicamente estable, sin requerimiento de soporte vasoactivo, portadora de TQT TRACOE #7. 0, Endocanula fenestrada, neumotaponador desinsuflado, sin requerimiento de soporte de oxigeno FIO2 21%, en ciclo de oclusion terapeutica al 100%, Obteniendo saturaciones en rangos normales, sin signos de dificultad respiratoria.
Se realiza intervencion portando todos los EPP segun protocolo Institucional.
Objetivo: Glasgow 10/15, presenta murmullo vesicular presente en ambas bases pulmonares, roncus biapicales, Torax simetrico superficial, Normoexpansible, conservado en frecuencia y profundidad, llenado capilar <3seg, pulsos perifericos presentes, AMAS conservados, Fuerza muscular no valorale, inmovilizada de miembros superiores, Patron de tos efectivo, Objetivos: Evitar y tratar complicaciones respiratorias y asociadas a estancia hospitalaria prolongada, promover adecuada oxigenacion, Mantener via aerea permeable.
Signos de dificultad respiratoria: No presenta
Patrón respiratorio: Toraco abdominal
Expectativas con la terapia: Sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 88 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 14
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Sin cambios

NOTAS MÉDICAS

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se inicia intervencion con correcto posicionamiento en sedente largo en camilla, monitoria respiratoria
-Reeducacion del patron diafragmatico,
-Fisioterapia de torax, Aumento de flujo espiratorio lento y rapido
-Tos dirigida sin movilizacion de secreciones
-Se realiza barrido digital por comisura labial obteniendo abundante escasa cantidad de secreciones muco-hialinas
-Se continua ciclo de oclusion terapeutica al 100%
Continua aire ambiente
Tolera intervencion, queda estable.
Insumos:
1 guantes esteriles 7. 5
1 gasas x 5.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HECTOR SEBASTIAN CALDERON ERAZO, MED.FI.TERAP.FISICA, Registro 1085322566, CC 1085322566

Fecha: 28/02/2024 00:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - MED.FI.TERAP.FISICA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Encuentro paciente cama, con diagnosticos descritos en historia clinica, hemodinamicamente estable, sin requerimiento de soporte vasoactivo, portadora de TQT TRACOE #7. 0, Endocanula fenestrada, neumotaponador desinsuflado, sin requerimiento de soporte de oxigeno FIO2 21%, en ciclo de oclusion terapeutica al 100%, Obteniendo saturaciones en rangos normales, sin signos de dificultad respiratoria.
Se realiza intervencion portando todos los EPP segun protocolo Institucional.
Objetivo: Glasgow 10/15, presenta murmullo vesicular presente en ambas bases pulmonares, roncus biapicales, Torax simetrico superficial, Normoexpansible, conservado en frecuencia y profundidad, llenado capilar <3seg, pulsos perifericos presentes, AMAS conservados, Fuerza muscular no valorale, inmovilizada de miembros superiores, Patron de tos efectivo, Objetivos: Evitar y tratar complicaciones respiratorias y asociadas a estancia hospitalaria prolongada, promover adecuada oxigenacion, Mantener via aerea permeable.
Signos de dificultad respiratoria: No presenta
Patrón respiratorio: Toraco abdominal
Expectativas con la terapia: SIn cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 91 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 14
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :Sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se inicia intervencion con correcto posicionamiento en semifowler en camilla, monitoria respiratoria
-Reeducacion del patron diafragmatico,
-Fisioterapia de torax, Aumento de flujo espiratorio lento y rapido
-Tos dirigida sin movilizacion de secreciones
-Se realiza barrido digital por comisura labial obteniendo escasa cantidad de secreciones muco-hialinas
-Se continua ciclo de oclusion terapeutica al 100%
Continua aire ambiente, En el momento sin requerimiento de soporte de oxigeno
Tolera intervencion, queda estable.
Insumos:
1 guantes esteriles 7. 5
1 gasas x 5.

NOTAS MÉDICAS

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: HECTOR SEBASTIAN CALDERON ERAZO, MED.FI.TERAP.FISICA, Registro 1085322566, CC 1085322566

Fecha: 28/02/2024 07:04 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA
Dr. Villareal Neurocirujano
Residente de neurocirugía de 3er año María José Uparela
Estudiante de 5to año Silvana Burbano

DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesión axonal difusa grado II
-- HSA traumáoica hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de tórax
--- Contusión pulmonar izquierda resuelta
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FÍSICO
TA: 112/74 mmhg // FC: 95 lpm// FR: 16 rpm // Temp. 36. °C// SO2:97% FiO2: 21%
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO
GOS 3/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos

PARACLÍNICOS:
26/02/24 Na 151

24/04/2024 Cloro 113 BUN 62, 5 Creatinina 1, 07 Sodio 149 Potasio 4, 77 Leu 9260 Neu 6820 Linf 1790 Hb 12 Hcto 38, 8 Plq 334. 000 PCR

NOTAS MÉDICAS

22 Procalcitonina 0. 38

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 19/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado de mínima consciencia, GOS 3/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, clínicamente estable en control paraclínico del 24/02/24 en rangos adecuados. Se indicó homecare para egreso y continuar su rehabilitación integral, estamos atentos a autorización.

PLAN:
-Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 12 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 6 - 6 - 6 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Trazodona 1 tab cada 24 horas
- Risperidona 1 mg cada 24 h
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

EN PROCESO:
Seguimiento por trabajo social
Autorización de Homecare
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio: Autorizacion de homecare.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

Fecha: 28/02/2024 08:36 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

NOTAS MÉDICAS

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: ***Evolucion medica***
Objetivo: Paciente en cama sin acommpañante, alertable, sin fascies de dolor, sin signos de inestabilidad.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : GOS 3/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva
Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 55 años con antecedente de TCE severo secundario a accidente de transito el 19/01/4, que ocasiono lesion axonal difusa grado II, ademas presento estatus epilpetico no motor, con evidente mejoria en telemetria de control. En el momento paciente en estado de minima conciencia, estable hemodinamicamente, sin signos de SIRS, paraclinicos en parametros de normalidad, pendiente autorizacion de homecare para continua proceso de rehabilitacion.

Plan de manejo: Hospitalizacion sala neurocirugia
Continua igual manejo
Control signos vitales
Avisar cambios

Justificación de permanencia en el servicio: Autorizacion homecare.

Firmado por: KAROL DAYANA PERLAZA BALANTA, MEDICINA GENERAL, Registro 1112486716, CC 1112486716

Fecha: 28/02/2024 10:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente quien se encuentra en cama hospitalaria estable hemodinámicamente, en estado de alerta, paciente con traqueostomía al aire ambiente, con soporte nutricional por gastrostomía, hoy con acompañante. Se realiza atención bajo protocolo institucional de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid-19.
Objetivo: Sin cambios
Expectativas con la terapia: Sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

NOTAS MÉDICAS

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se procede con ajustes posturales en sedente largo en cama hospitalaria y desde interaccion con la misma, sin lograr respuestas. Durante intervencion se brindan estimulos diversos, promoviendo la participacion del paciente con el entorno, logrando de forma esporadica contacto visual y saludo esporadico, sin embargo, sin seguimiento de comandos. Se centra a paciente en esferas mentales y se finaliza con estimulos auditivos (canciones de agrado del paciente). Dejo en iguales condiciones de salud, con familiar, con barandas aseguradas e inmovilizaciones fijadas.

Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA CEBALLOS CUBILLOS, FONOAUDIOLOGO, Registro 1107084382, CC 1107084382

Fecha: 28/02/2024 10:18 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, con acompañante, sin soporte, saturacion de oxigeno 98%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula fenestrada, balon desinsuflado. ocluida 100%

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo
mantener capacidades fisicas
se realiza
posicionamiento adecuado en cama
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades superiores
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades inferiores
descargas de peso tobillos cintura escapular y pelvica
2 series 10 repeticiones
alineacion corporal

NOTAS MÉDICAS

transicion a sedente borde de cama, pobre control de tron y cabeza con asistencia
en ocasiones realiza activos de miembros inferiores
estiramientos pasivos a tolerancia
tolera intervencion dejo estable dentro de su codicion encama
se realiza terapia a tolerancia de paciente.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 28/02/2024 10:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, con acompañante, sin soporte suplementario de oxigeno, saturacion de oxigeno 95%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula fenestrada, balon desinsuflado. ocluida 100%

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo
mantener via aerea permeable
posicionamiento adecuado en cama
monitoria de signos vitales y vigilancia respiratoria
aumento de flujo espiratorio lento
Tos dirigida efectiva no productiva movilizando escasa cantidad por orofaringe
Cuidados de traqueostomia, higiene de endocanula, estoma y cambio de de gasas
movilidad y estiramiento de reja costal
higiene de mascara
cambio de hiladilla
Paciente tolera intervencion, termina estable, dejo con barandas de seguridad arriba en el momento saturacion adecuada 94% continua oclusion 100%
INSUMOS:
1 jeringa prellena con solucion salina
2 paquete de gasas x 5.
1 par guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

NOTAS MÉDICAS

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 28/02/2024 17:36 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, con acompañante, sin soporte, saturacion de oxigeno 98%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula fenestrada, balon desinsuflado. ocluida 100%

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo
mantener capacidades fisicas
se realiza
posicionamiento adecuado en cama, no conserva posicionamiento adecuado en cama
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades superiores
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades inferiores
descargas de peso tobillos cintura escapular y pelvica
2 series 10 repeticiones
alineacion corporal
en ocasiones realiza activos de miembros inferiores
estiramientos pasivos a tolerancia
tolera intervencion dejo estable dentro de su codicion encama
se realiza terapia a tolerancia de paciente.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 28/02/2024 17:39 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS

NOTAS MÉDICAS

Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, con acompañante, sin soporte suplementario de oxigeno, saturacion de oxigeno 95%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula fenestrada, balon desinsuflado. ocluida 100%

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo
mantener via aerea permeable
posicionamiento adecuado en cama
monitoria de signos vitales y vigilancia respiratoria
aumento de flujo espiratorio lento
Tos dirigida efectiva no productiva movilizando escasa cantidad por orofaringe
Cuidados de traqueostomia, higiene de endocanula, estoma y cambio de de gasas
movilidad y estiramiento de reja costal
higiene de mascara
Paciente tolera intervencion, termina estable, dejo con barandas de seguridad arriba en el momento saturacion adecuada 94% continua oclusion 100%
INSUMOS:
1 jeringa prellena con solucion salina
2 paquete de gasas x 5.
1 par guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 28/02/2024 20:50 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, con 55 años de edad sin acompañante, inmovilizada de cuatro extremidades, no conserva posicion en cama, sin signos de dolor, sin soporte de oxigeno, con traqueostomia fen num 7 funcional, ocluida al 100%, neumotaponador desinsuflado, endocanula fenestrrda, con excursion toracica simetrica, normocardica, eupneica, afebril, sin soporte de oxigeno, con gatrostomia, sonda vesical, venopuncion de miembros superior izquierdo.
Diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax

NOTAS MÉDICAS

--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Sospecha de bacteremia por bacilos gram negativos (pendiente de tipificar)
--- ITU por Levaduras Spp (pendiente de tipificar)
Nota: se atiende con todos los elementos de proteccion personal segun protocolo
Objetivo: glasgow 11/11 ao 4 rv 1 rm 5
auscultacion con murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados
arcos de movilidad articular funcionales
sin signos de edema periferico
fuerza muscular no evaluable
llenado capilar -2seg
Signos de dificultad respiratoria: sin dificultad
Patrón respiratorio: costodiafrgmatico de predominio abdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 80 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 10/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: 0bjetivos:mantener adecuada oxigenacion y ventilacion pulmonar, mantener permeable la via aerea
se posiciona en cama y se realiza fisioterapia de torax mediante compresiones toracicas: 10 repeticiones, presenta tos sin movilizacion de secreciones, se continua con higiene de endocanula y estoma, cambio de gasas de traqueostomia, tolera intervencion, se deja en cama posicionada, traqueostomia ocluida al 100%, con via aerea permeable, saturacion de 95% fr:16rpm.
se utiliza
1 jeringa prellena de solucion salina
1 paquete de gasas.
1 par de guantes esteriles 7. 5.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIEGO FELIPE BONILLA VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 16843801, CC 16843801

Fecha: 28/02/2024 23:23 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: *
Objetivo: *

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 -

NOTAS MÉDICAS

PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: *

Plan de manejo: *

Justificación de permanencia en el servicio: *

Firmado por: STEVEN PAVA MENDOZA, MEDICINA GENERAL, Registro 1144105503, CC 1144105503

Fecha: 29/02/2024 04:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente en cama, con 55 años de edad en compañia de su cuidadora, inmovilizada de cuatro extremidades, no conserva posicion en cama, sin signos de dolor, sin soporte de oxigeno, con traqueostomia fen num 7 funcional, ocluida al 100%, neumotaponador desinsuflado, endocanula fenestrrda, con excursion toracica simetrica, normocardica, eupneica, afebril, sin soporte de oxigeno, con gatrostomia, sonda vesical, venopuncion de miembros superior izquierdo.
Diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Sospecha de bacteremia por bacilos gram negativos (pendiente de tipificar)
--- ITU por Levaduras Spp (pendiente de tipificar)
Nota: se atiende con todos los elementos de proteccion personal segun protocolo
Objetivo: glasgow 11/11 ao 4 rv 1 rm 5
auscultacion con murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados
arcos de movilidad articular funcionales
sin signos de edema periferico
fuerza muscular no evaluable
llenado capilar -2seg
Signos de dificultad respiratoria: sin dificultad
Patrón respiratorio: costodiafragmatico de predominio abdominal
Expectativas con la terapia: no aplica

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 80 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16

NOTAS MÉDICAS

Saturación de oxígeno 95%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21
Escala del dolor: No aplica Estado de conciencia: Glasgow 11/15

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Análisis Terapéutico :sin cambios

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivos:mantener adecuada oxigenacion y ventilacion pulmonar, mantener permeable la via aerea
se posiciona en cama y se realiza fisioterapia de torax mediante compresiones toracicas: 10 repeticiones, presenta tos sin movilizacion de secreciones, se continua con higiene de endocanula y estoma, cambio de gasas de traqueostomia, tolera intervencion, se deja en cama posicionada, traqueostomia ocluida al 100%, con via aerea permeable, saturacion de 96% fr:16rpm.
se utiliza
1 jeringa prellena de solucion salina
1 paquete de gasas.
1 par de guantes esteriles 7. 5.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIEGO FELIPE BONILLA VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 16843801, CC 16843801

Fecha: 29/02/2024 08:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente quien se encuentra en cama hospitalaria estable hemodinámicamente, en estado de alerta, paciente con traqueostomía ocluida al 100%, con soporte nutricional por gastrostomía, hoy sin acompañante. Se realiza atención bajo protocolo institucional de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid-19.
Objetivo: Sin cambios
Expectativas con la terapia: Sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se procede con alineación postural en sedente en borde de cama y desde interacción con la misma, centrandola en esferas mentales. Durante esta intervención se realizan ejercicios en pro de favorecer la participación con el entorno, logrando movimientos evocaciones esporadicas, con voz soplada e intensidad disminuida. Es de resaltar control cefalico, sin embargo inquietud motora y no seguimiento de comandos. Se finaliza con hidratación de la mucosa oral con gasas húmedas. Paciente quien finaliza en iguales condiciones de salud, dejo sin familiar, en cama hospitalaria, con barandas aseguradas, en semifowler e inmovilizaciones fijadas.

Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Educacion al personal de la sala
El cuidador responde la evaluación.

NOTAS MÉDICAS

Material de apoyo: verbal.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal.
Temas en los que se educó: Signos y síntomas de alarma, Seguridad del paciente, Rehabilitación
Comprendió el tema: Si
Describa brevemente los temas en que educó: Se brinda educación al personal de la sala, teniendo en cuenta:
- Realizar higiene oral estricta
- Hidratar mucosa oral externa e interna con gasas húmedas
- Permanecer en posición antireflujo
- Centrar en esferas mentales
- Promover participacion con el entorno.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA CEBALLOS CUBILLOS, FONOAUDIOLOGO, Registro 1107084382, CC 1107084382

Fecha: 29/02/2024 08:03 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: DATOS GENERALES
Nombre:Gloria Siabato Gil
CC: 29401014
Edad: 55 años
Ocupación: desconocida
EPS: SOAT (SURA)
Acompañante: Hija
Fecha de ingreso HUV: 19/01/24
Fecha / hora de trauma: 19/01/24 a las 16:30 pm

DIAGNÓSTICOS
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesión axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de tórax
--- Contusión pulmonar izquierda resuelta
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta

EXAMEN FÍSICO
TA: 125/89 mmhg // FC: 103 lpm// FR: 19 rpm // Temp. 36. 5°C// SO2:97% FiO2: 21%
Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil, traqueostomía sin secreciones.
Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin soplos. Murmullo vesicular normal.
Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, gastrostomía funcional.
Extremidades: simétricas, sin edemas con pulsos distales presentes, llenado capilar.

EXAMEN NEUROLÓGICO
GOS 3/8
Alertable al llamado, fija la mirada, sigue órdenes sencillas. Estado de mínima consciencia plus.
Pares craneales: pupilas anisocóricas, pupila derecha 3 mm hiporreactiva e izquierda en 2 mm reactiva

NOTAS MÉDICAS

Impresiona fuerza conservada
No signos meníngeos

PARACLÍNICOS:
26/02/24 Na 151

24/04/2024 Cloro 113 BUN 62, 5 Creatinina 1, 07 Sodio 149 Potasio 4, 77 Leu 9260 Neus con antecedna 0. 38

ANÁLISIS:
Paciente de 55 años con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito ocurrido el 19/01/24, presentando TCE severo con lesión axonal difusa grado II confirmada con RNM cerebral por sangrados en sustancia blanca de los centros semiovales de predominio derecho a nivel de la convexidad y en el esplenio del cuerpo calloso. Además, cursó con estatus epileptico no motor, el cual fue manejado médicamente con mejoría en telemetría de control.

Actualmente se encuentra en un estado de mínima consciencia, GOS 3/8, usuaria de traqueostomía y gastrostomía, clínicamente estable en control paraclínico del 24/02/24 en rangos adecuados. Se indicó homecare para egreso y continuar su rehabilitación integral, estamos atentos a autorización.

PLAN:
-Hospitalizar en sala de neurocirugía.
-Tapon venoso heparinizado
- Omeprazol 20 mg cda 24 horas por sog
- Enoxaparina 40 mg cada 24 horas
- Lacosamida 100 mg sog cada 12 horas
- Insulina Glargina 12 UI sc cada dia
- Insulina glulisina 6 - 6 - 6 (6AM -11AM -5PM)
- Sulfato de magnesio para medios físicos, cada 8 horas
- Losartan 50 mg 1 tab sog cada 12 horas
- Nifedipino 30 mg 2 tab sog cada 8 horas
- Trazodona 1 tab cada 24 horas
- Risperidona 1 mg cada 24 h
- Acetaminofen 500 mg tab sog cada 8 horas

EN PROCESO:
Seguimiento por trabajo social
Autorización de Homecare

Objetivo: --

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: -

Plan de manejo: -

Justificación de permanencia en el servicio: -

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 29/02/2024 10:07 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: *****EVOLUCION MEDICO******

SUBJETIVO: PACIENTE NO CONCILIA SUEÑO EN LA NOCHE, SE HA OBSERVADA INQUIETA, CON INMOVILIZACION PREVENTIVA, ELIMINA EPSONTANEO EN PAÑAL, DEPOSICION PRESENTE, SIN PICOS FEBRILES, TOLERA NET POR GASTROSTOMAI
Objetivo: ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, ALERTA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TQT OCLUSION 100% Y GASTROSTOMIA

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Neurológico
Neurológico : ALERTA, FIJA LA MIRADA, SIGUE ÓRDENES SENCILLAS.
ESTADO DE MÍNIMA CONSCIENCIA PLUS.
PARES CRANEALES: PUPILAS ANISOCÓRICAS, PUPILA DERECHA 3 MM HIPORREACTIVA E IZQUIERDA EN 2 MM REACTIVA
IMPRESIONA FUERZA CONSERVADA
NO SIGNOS MENÍNGEOS.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE CON ANTECEDNETE POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO, PRESENTANDO TCE SEVERO CON LESION AXONAL DIFUSA GRADO II CONFIRMADA CONR MN CEREBRAL. ADICIONALMENTE CURSO CON STATUS EPILEPTIVO NO MOTOR, MANEJADO MEDICAMENTE. PACIENTE SE ENCUENTAR EN ESTADO MINIMA CONSCIENCIA, SUUARIA TQT Y GASTROSTOMIA, EN PLAN DE TRAMITE HOMECARE, CON REHABILITACION INTEGRAL.

Plan de manejo: HOSPITALIZAR SALA NEUROCIRUGIA
CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO
AGUA LIBRE 20 CC/HORA POR GASTROSTOMIA
RISPERIDONA 1 MG CADA 12 HORAS**AJUSTE
CONTROL SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

SE SOLICITA
SODIO, CLORO, POTASIO CONTROL

PENDIENTE
TRAMITE DE HOMECARE

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: PAOLA ANDREA ANGEL RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1144096375, CC 1144096375

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 29/02/2024 10:28 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, sin soporte suplementario de oxigeno, saturacion de oxigeno 95%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula fenestrada, balon desinsuflado. ocluida 100%

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19
Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo
mantener capacidades fisicas
se realiza
posicionamiento adecuado en cama
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades superiores
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades inferiores
descargas de peso tobillos cintura escapular y pelvica
2 series 10 repeticiones
alineacion corporal
transicion a sedente borde de cama, pobre control de tronco y cabeza con asistencia
en ocasiones realiza activos de miembros inferiores
estiramientos pasivos a tolerancia
tolera intervencion dejo estable dentro de su codicion encama
se realiza terapia a tolerancia de paciente.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 29/02/2024 10:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, sin soporte suplementario de oxigeno, saturacion de oxigeno 95%, portadora de

NOTAS MÉDICAS

traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula fenestrada, balon desinsuflado. ocluida 100%

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo
mantener via aerea permeable
posicionamiento adecuado en cama
monitoria de signos vitales y vigilancia respiratoria
aumento de flujo espiratorio lento
Tos dirigida efectiva no productiva movilizando escasa cantidad por orofaringe
Cuidados de traqueostomia, higiene de endocanula, estoma y cambio de de gasas
movilidad y estiramiento de reja costal
higiene de mascara
cambi de hiladilla
Paciente tolera intervencion, termina estable, dejo con barandas de seguridad arriba en el momento saturacion adecuada 94% continua oclusion 100%
INSUMOS:
1 jeringa prellena con solucion salina
2 paquete de gasas x 5.
1 par guantes esteriles.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 29/02/2024 11:27 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Ocupacional Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO
Termina terapias: No

ANAMNESIS
Subjetivo: Usuaria que se encuentra en supino sobre cama, respirando aire ambiente con traqueostomia ocluida, alerta, sin compañia de familiar. ***Se interviene haciendo uso de elementos de protección personal como prevención de covid-19***
Objetivo: no aplica
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO

NOTAS MÉDICAS

Intervención: Se realiza intervención por terapia ocupacional mediante actividad con proposito con el fin de reentrenar en transiciones bajas y medias, incrementar funciones de la atención; usuaria que participa parcialmente de lo propuesto, se inicia con anticipación al retiro y uso de las medidas de sujeción, se ubican y alinean segmentos corporales en cama; se orienta a ejecutar transiciones bajas con apoyo verbal y de contacto constante; se evidencia intención de ejecutar transicions media y se permite con igual apoyo, logra control postural, sin embargo, inicia con intención de tirarse de la cama, no comprende los redireccionamientos, es necesari sostenerla; no responde a las preguntas cerradas o abiertas, niejecuta contacto visual ante el llamado. Se deja estable en cama, con medidas de sujeción y con barndas de seguridad elevadas.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: ANGELA DAMARIS SANSON SOSCUE, TERAPEUTA OCUPACIONAL, Registro 1085326022, CC 1085326022

Fecha: 29/02/2024 14:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FONOAUDIOLOGO

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Fonoaudiologia
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente quien se encuentra en cama hospitalaria estable hemodinámicamente, en estado de alerta, paciente con traqueostomía ocluida al 100%, con soporte nutricional por gastrostomía, hoy con acompañante. Se realiza atención bajo protocolo institucional de bioseguridad para prevenir riesgo de contagio de covid-19.
Objetivo: Sin cambios
Expectativas con la terapia: Sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se realiza intervención por Fonoaudiología, iniciando con ajustes posturales en sedente largo en cama hospitalaria y desde interacción con la misma, logrando contacto visual esporadico. Durante intervención se realiza movilización en báscula laríngea, acompañado de ejercicios de ascenso y descenso laríngeo con degluciones en seco (saliva), promoviendo control deglutorio. Se finaliza con prueba de blue dye test en seco, que en el momento no arroja resultado, queda bajo observación durante 24 horas para corroborar resultado. Es de resaltar que durante prueba, permite la estimulación intraoral con aplicador, con mayor precisión en velo del paladar, promoviendo arcada y generando deglución completa. Paciente quien finaliza en iguales condiciones de salud, dejo en compañía de la hija, con barandas aseguradas e inmovilizaciones fijadas.

Conducta a seguir:
- Seguimiento por Fonoaudiología
- Nada vía oral
- Continuar con soporte nutricional por gastrostomia
- Higiene oral diaria
- Hidratación continua en mucosa oral
- Permanecer con postura antireflujo
- Seguimiento por nutrición.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: CLAUDIA LORENA CEBALLOS CUBILLOS, FONOAUDIOLOGO, Registro 1107084382, CC 1107084382

Fecha: 29/02/2024 14:32 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

CLORO EN SUERO

NOTAS MÉDICAS

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903813	CLORO EN SUERO	Alto	115.50	mmol/L	98-107

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 29/02/2024 14:32 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

POTASIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903859	POTASIO EN SUERO	Normal	4.72	mmol/L	3,5-5,1

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 29/02/2024 14:32 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Resultado de Laboratorio - BACTERIOLOGO

SODIO EN SUERO

Código	Examen		Resultado	Unidad	Valor de referencia
903864	SODIO EN SUERO	Alto	150.70	mmol/L	137-145

Firmado por: ANDRES FELIPE FLOREZ ANDRADE, BACTERIOLOGO, Registro 1010200658, CC 1010200658

Fecha: 29/02/2024 15:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución nutricional - Apoyo - NUTRICIONISTA CLINICA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Subjetivo: DIAGNOSTICOS
- TCE SEVERO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO
- ESTATUS EPILEPTICO NO MOTOR
- TRAUMA CERRADO DE TORAX
- HTA
- DM 2 DE NOVO

Objetivo: GARANTIZAR REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024,

NOTAS MÉDICAS

Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, EN SEGUIMIENTO POR NUTRICION CLINICA, CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS EN HISTORIA CLINICA. AL MOMENTO DE LA VALORACION ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, ALERTA, TOLERANDO AIRE AMBIENTE POR TRAQUEOSTOMIA, EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN ACOMPAÑANTE. PACIENTE PORTADORA DE GASTROSTOMIA CON NET PAUSADA, SIN REPORTE DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES, CONTINUAR CON EL PLAN DE MANEJO
Plan de manejo: 1. NET POR GASTROSTOMIA CON GLUCERNA 1. 5 LPC 1000 ML, INFUSION CONTINUA, GOTEO META DE 46 CC/H
- IRRIGAR SONDA CON 40 ML DE AGUA CADA 4 HORAS
- CUIDADOS DE SONDA SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL
2. VIGILAR TOLERANCIA
3. SEGUIMIENTO OR NUTRICION CLINICA

HOMECARE
NUMERO DE MIPRES 20240214123037928510.

Firmado por: NATALIA VALLARINO HERNANDEZ, NUTRICIONISTA CLINICA, Registro 1107513625, CC 1107513625

Fecha: 29/02/2024 17:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Física Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, sin soporte suplementario de oxigeno, saturacion de oxigeno 95%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula fenestrada, balon desinsuflado. ocluida 100%

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Expectativas con la terapia: SIN CAMBIOS

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: objetivo
mantener capacidades fisicas
se realiza
posicionamiento adecuado en cama
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades superiores
ejercicios de movilidad pasiva de extremidades inferiores
descargas de peso tobillos cintura escapular y pelvica
2 series 10 repeticiones
alineacion corporal
en ocasiones realiza activos de miembros inferiores
estiramientos pasivos a tolerancia

NOTAS MÉDICAS

tolera intervencion dejo estable dentro de su codicion encama
se realiza terapia a tolerancia de paciente.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 29/02/2024 17:16 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Control
Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS
Termina terapias: No
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de 55 años edad, encuentro en cama, responde estimulos dolorosos, apertura ocular, en estables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, sin acompañante, sin soporte suplementario de oxigeno, saturacion de oxigeno 95%, portadora de traqueostomia funcional y permeable #7, endocanula fenestrada, balon desinsuflado. ocluida 100%

Se realiza atencion haciendo uso de elementos de proteccion personal requeridos en la institucion para prevencion de COVID19

Objetivo: TEST Y MEDIDAS:
-Paciente realiza apertura ocular, NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, VENTILACIÓN costal, TÓRAX HIPO EXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
EN LA AUSCULTACIÓN MURMULLO PULMONAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, FOCOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PRESENTA PULSOS PERIFÉRICOS RÍTMICOS. PACIENTE CON PATRON DE TOS EFECTIVO, NO PRODUCTIVO
Signos de dificultad respiratoria: no
Patrón respiratorio: costal
Expectativas con la terapia: sin cambios

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Objetivo
mantener via aerea permeable
posicionamiento adecuado en cama
monitoria de signos vitales y vigilancia respiratoria
aumento de flujo espiratorio lento
Tos dirigida efectiva no productiva movilizando escasa cantidad por orofaringe
Cuidados de traqueostomia, higiene de endocanula, estoma y cambio de de gasas
movilidad y estiramiento de reja costal
higiene de mascara
Paciente tolera intervencion, termina estable, dejo con barandas de seguridad arriba en el momento saturacion adecuada 94% continua oclusion 100%
INSUMOS:
1 jeringa prellena con solucion salina
2 paquete de gasas x 5.
1 par guantes esteriles.
NO SE OBSERVA TINCION AZUL.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 29/02/2024 21:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero masculino de 55 años con los siguiente diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24
-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)
portador de traqueostomia con endocanula fenestrada ocluida, se encuentra sin soporte de oxigeno, orientado en tiempo, lugar y persona, en posicion decubito supino, sin compañia de familiar, es atendido con los elementos de proteccion personal establecido dentro la institucion

Objetivo: Sistema Cardiopulmonar
llenado capilar : < 3 seg
A la auscultacion murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares
torax simetrico hipo expansible
escala de borg: 1/10

Sistema Musculoesqueletico
AMA: conservado

Sistema Neuromuscular
Glasgow:10/15
Reflejo osteotendinosos : conservados
Dermatomas y miotomas : conservados
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: superficial
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 86
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se posicona paciente en semifowler a 45°
se ejecuta movilidad de reja costal
se ejecuta aceleracion de flujo espiratorio lento
se ejecuta expectoracion de secreciones hematicas a traves de reflejo tusigeno
se realzia higiene de endocanula fenestrada
se ejcuta patron diafrgamtico 3 series de 8 r epticiones

NOTAS MÉDICAS

se ejcuta espiracion con labios fruncidos 3 series de 8 repeticiones
se deja paciente hemodinamicamente estable dentro de su cuadro clinco.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: FABIAN CARABALI TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143977793, CC 1143977793

Fecha: 01/03/2024 01:47 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo: Se abre folio para reformular
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis:.

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: KAROL DAYANA PERLAZA BALANTA, MEDICINA GENERAL, Registro 1112486716, CC 1112486716

Fecha: 01/03/2024 05:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Terapias - FISIOTERAPEUTA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Tipos de Terapia: Terapia Respiratoria Tipo de consulta: Tratamiento
Diagnóstico: OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS
Consentimiento informado: Si

ANAMNESIS
Subjetivo: Paciente de genero masculino de 55 años con los siguiente diagnosticos:
1. TCE severo secundario a accidente de tránsito 29/01/24

NOTAS MÉDICAS

-- Lesion axonal difusa grado II
-- HSA traumática hacia la convexidad
-- Hematoma subdural agudo lamelar tentorial derecho
2. Estatus epileptico no motor (Videotelemetria del 29/01/24) resuelto
3. Trauma cerrado de torax
--- Contusión pulmonar izquierda
4. HTA
5. DM tipo II de novo
6. Sepsis de origen pulmonar resuelta
--- Neumonía asociada a los cuidados de la salud Serratia marcenscens, S. aureus, complejo Acinetobacter calcoacetius baumannii, detectados gen mecA (resistencia a meticilina) resuelta
7. Sepsis de foco no establecido
--- Bacteremia por Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenimicos no productora de carbapenemasas (Hemocultivo 09/02/24)
--- ITU por C. tropicalis sensible (Urocultivo 09/02/24)
portador de traqueostomia con endocanula fenestrada ocluida, se encuentra sin soporte de oxigeno, orientado en tiempo, lugar y persona, en posicion decubito supino, sin compañia de familiar, es atendido con los elementos de proteccion personal establecido dentro la institucion

Objetivo: Sistema Cardiopulmonar
llenado capilar : < 3 seg
A la auscultacion murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares
torax simetrico hipo expansible
escala de borg: 1/10

Sistema Musculoesqueletico
AMA: conservado

Sistema Neuromuscular
Glasgow:10/15
Reflejo osteotendinosos : conservados
Dermatomas y miotomas : conservados
Signos de dificultad respiratoria: sin signos
Patrón respiratorio: superficial
Expectativas con la terapia: sin cambios

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 86
Saturación de oxígeno 95%, sin oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 21

RESULTADOS PARACLÍNICOS.

Sin resultados nuevos.

PLAN DE TRATAMIENTO
Intervención: Se posicona paciente en semifowler a 45°
se ejecuta movilidad de reja costal
se ejecuta aceleracion de flujo espiratorio lento
se ejecuta expectoracion de secreciones hematicas a traves de reflejo tusigeno
se realzia higiene de endocanula fenestrada
se ejcuta patron diafrgamtico 3 series de 8 r epticiones
se ejcuta espiracion con labios fruncidos 3 series de 8 repeticiones
se deja paciente hemodinamicamente estable dentro de su cuadro clinco.

Recomendaciones para el paciente y la familia: No

Firmado por: FABIAN CARABALI TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143977793, CC 1143977793

Fecha: 01/03/2024 09:24 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Evolución médica - NEUROCIRUJANO

NOTAS MÉDICAS

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Subjetivo:.
Objetivo:.

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS, V031 - PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA: ACCIDENTE DE TRANSITO, Fecha de diagnóstico: 19/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA ESPECIFICADOS, R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S010 - HERIDA DEL CUERO CABELLUDO, Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 20/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, Y845 - INSERCION DE SONDA GASTRICA O DUODENAL, Fecha de diagnóstico: 22/01/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, T905 - SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL, Fecha de diagnóstico: 01/02/2024, Edad al diagnóstico: 55 Años, G409 - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO .

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: se formula

Plan de manejo:.

Justificación de permanencia en el servicio:.

Firmado por: JAVIER OROZCO MERA, NEUROCIRUJANO, Registro 760010, CC 94063408

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 19/01/2024 21:40 - Ubicación: 1 PISO URGENCIAS SOAT
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 0 día(s) en hospitalización

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 99/65, Presión arterial media(mmhg): 76, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 90 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 17
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventilador Fracción inspirada de oxígeno(%): 50
Temperatura(°C): 35. 2 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No aplica Estado de conciencia: Sedado.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 3, Coma Profundo -Posible Donante

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 6, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 6, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: Ingresa paciente en el servicio de Trauma y reanimacion urgencias, en camilla con barandas de seguridad elevada, con entubacion orotraqueal, bajo efectos de sedacion de periferia, ingresa en contexto por trauma craneoencefalico mientras deambulaba por la calle refiere familiar sufre accidente, ingresa bajo efectos de sedacion de periferia, se aborda paciente con medidas de bioseguridad segun protocolo establecido por el hospital (gorro, careta, tapabocas, guantes, bata), se realiza toma de signos vitales y se registra en el sistema, se canaliza en miembro superior izquierdo con yelco # 18 sin signos de flebitis, miembro superior derecho, y miembro superior derecho con yelco # 20 sin signso de flebitis, por orden medica queda con midazolam 12 ampollas + 60cc ssn 0, 9% titulable, fentanyl 2 ampollas + 80cc ssn 0, 9% titulable, hipertonica 6% bolo de 250cc, ssn 0, 9% x500mg para medicamentos, se realiza toma de laboratorios de control por orden medica, por orden medica jefe de turno realiza paso de sonda vesical conectada al cystoflo, con manilla y pie de cama correctamente semaforizado

se envia a imagenes diagnosticas, tac constrastado, de columna, de vasos, por orden medica se traslada a sala consultorios criticos, se

NOTAS DE ENFERMERÍA

entrega kardex, pie de cama historia clinica.

Firmado por: CRISTIAN GERMAN ICO RUIZ, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234189825, CC 1234189825

Nota aclaratoria

Fecha: 19/01/2024 22:01

paciente con laccercion y hematoma en miembro inferior izquierdo y rodilla**

Firmado por: CRISTIAN GERMAN ICO RUIZ, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234189825, CC 1234189825

Fecha: 19/01/2024 22:20 - Ubicación: 1 PISO URGENCIAS SOAT
Procedimientos de enfermería - ENFERMERIA

Procedimientos después de la nota: C579401 - 579401 Insercion De Dispositivo Urinario (Vesical).

Nota: paciente quien se observa en muy regulares condiciones generales intubada por orden medica y con epp y tecnica aseptica se realiza limpieza de genitales se lubrica con xilocayna jalea y se pasa sonda vesical foley no 16 se infla balon con 10 cc agua esteril retornando orina amarillo ambar queda conectada a cistoflo y q2ueda fijada a nivel de muslo derecho procedimiento sin complcaciones
insumos : gasas 2 guantes 2 jeringas x 10 cc 2 sonda foley no 16 no 1 cistoflo 1 fijador 1 agua esteril 1

Complicaciones: No.

Firmado por: MARTHA ISABEL MONTENEGRO YEPE, ENFERMERIA, Registro 27124057, CC 27124057

Fecha: 19/01/2024 22:53 - Ubicación: 1 PISO URGENCIAS SOAT
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 0 día(s) en hospitalización

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 186/90, Presión arterial media(mmhg): 122
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 98
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno
Escala del dolor: No evaluable

Saturación de oxígeno(%): 98, Con o sin oxígeno: Si, Método de administración: Ventilacion mecanica Invasiva, Glicemia por micrométodo (mg/dl): 181

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 3, Coma Profundo -Posible Donante

Nota de enfermería: ingresa paciente de 55 años de sala de trauma reanimacio a sala de consultorio critico en camilla con barandas arriba por seguridad, con manilla de identificacion y pie de cama, paciente en reculares condiciones de salud, con dx escrito en historia clinica, con entubacion orotraqueal conectado a ventilador mecanico invasivo, con sedacion por periferica, paciente con acceso venoso en miembro superior izquierdo con cateter #18 permeble, mas dos acceo venosos en miembro superior derecgos con cateter #20, paciente que se le esta pasando goteo de sedacion 12 ampolla de midazolan en 60cc/solucin salina y fentany 2 ampollas en 80cc de solucion salina por bomba de infucion titulable, paciente con sonda vesical, se atiende paciente con epp

Firmado por: ANYI LICETH BECERRA VASQUEZ, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 100714741, CC 1007147141

Fecha: 20/01/2024 01:51 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 0 día(s) en hospitalización, 0 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

NOTAS DE ENFERMERÍA

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: NOTA DE ENFERMERIA DE INGRESO A UCI

Paciente que ingresa del servicio de urgencias, ingresa en camilla con monitoria no invasiva en compañia de medico y personal de enfermeria, paciente que ingresa con ventilacion mecanica invasiva, con pupilas anisocoricas pupila izquierda en 1 reactiva y derecha en 3 reactiva, ingresa con herida en region occipital suturada, ingresa con multiples abrasiones asociadas al trauma demarcada en mimebro inferior izquierdo con zonas de hematoma, ingresa con sonda vesical foley, tres venas perifericas dos en mimebros superior izquierdo y una en mimebro superior derecho, pasando sedoanalgesia midazolam y fentanilo, y pasando liquidos de base a 50cc/h, paciente que ingresa sin familiar, en espera de ordenes medicas.

Firmado por: LAURA PATRICIA GALLO VELASQUEZ, ENFERMERIA, Registro 1062320632, CC 1062320632

Fecha: 20/01/2024 02:40 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 0 día(s) en hospitalización, 0 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: Ingresa paciente proveniente de urgencias en comapñia de personal medico, la pacente es ubicada en el cubiculo 4 con todas las medidas de confort, se observa pupilas derechaen 3 reactivas e izquierda en 1 reactiva, soporte de oxigeno por tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica ocntinua, cuello de philadelfia con sangrando activo, torax simetrico, abdomen depresible a la palpacion, monitorizacion cardiaca continua no invasiva por brazalete, cateter periferico en miembro superior derecho e izquierdo para paso de goteos mas medicamentos registrados en sabana de enfermeria, por orden medica se suspendio midazolam y se inicio precedex, liquidos en solucion salina 0. 9 % a 80 cc/hr, sonda vesical conectada a cistoflo sin nngun producido, extremidades superiores e inferiores completas, se inmovilizo por riesgo a que la paciente se retirara dispositivos medicos, lucometria de ingreso 185 mg/dl, ingreso sin compañia de familiar, continua igual maenjo medico.

Firmado por: SOFIA MONTENEGRO LLANTEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1002919949, CC 1002919949

Fecha: 20/01/2024 06:08 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilacion mecanica Invasiva		15	20/01/2024 01:20	20/01/2024 06:00	28	4200

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 20/01/2024 06:52 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 0 día(s) en hospitalización, 0 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: Queda paciente en cama, con barandas de seguridad elevadas, en delicadas condiciones generales de salud, valorada en un rass de -4, pupila derecha en 3 reactiva e izquierda en 1 reactiva, lado de rostro derecho con equimosis, soporte de oigeno por tubo

NOTAS DE ENFERMERÍA

orotraqueal conectada a ventilacion mecanica continua, cuello de philadelfia, cateter periferico en miembro superior derecho e izquierdo permeable limpio y seco sin sgnos de flebitis, monitorizacion cardiaca continua no invasiva, sonda vesical conectada a cistoflo, no realizo deposicon, extremidades superiores e inferiores completas, equimosis en femoral izquierdo, queda bajo vigilancia medica y cuidados de enfermeria.

Firmado por: SOFIA MONTENEGRO LLANTEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1002919949, CC 1002919949

Fecha: 20/01/2024 07:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 0 día(s) en hospitalización, 0 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: recibo paciente en la unidad de cuidado paciente en delicadas condicion de salud, paciente con cabeza normocefalica, pupila derecha 1reactiva lenta ypupila izquierda en 2 reactiva lenta, paciente rass -4 bajo efectos de sedacion consciente, fosasnasales humeas, cavidad oral con tubo orotraqueal conectadio a su ventilacion mecanica, paciente con cuello filadelfia, torax expandible conectado a su monitoria cardiaca conitnua, extremidades superiores simetricas con presencia 3 accesos venosos perifericos dos en miemrb osuperior derecho, el cual recibe medicamentos, fentanyl y dexmedetomidina titulable y por su acceso venoso periferico izquerdo, recibe solucion salina a 80cc/h, abdomen depresible elimina por sonda vesical, extremidades inferiores simetricas con montoria no invasiva en miembro inferior izquierdo, y barandas elevadas.

Firmado por: ANGELA ORREGO GARZON, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1107525651, CC 1107525651

Fecha: 20/01/2024 18:12 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	20/01/2024 06:00	20/01/2024 18:00	28	10800

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 20/01/2024 18:19 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 0 día(s) en hospitalización, 0 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: entrego paciente en la unidad de cuidado intensivo, paciente en delicadas condiciones de salud, glasgow 3/15, pupila derecha en 1 reactiva lenta y pupila izquierda en 2 reactiva lenta, paciente normocardica normotensa, afebril, durante la mñana se lleva a toma de tac contrastado, en cama, monitorizada en compañia de personal a cargo, paciente con piel integra, recibe viista de familiar, elimina por sonda vesical en poca cantidad, no realiza deposicion conitnua con su cuello filadelfia, inmovilizada con sus tres accesos venosos perifericos permeables bilaterales recibiendo plan de lqiudios en solucion salina a 80cc/H por orden medica se suspende su sedoanalgesia, paciente que en la mañana por orden medicase pasa bolo de solucion salina de 300ml, se deja cpn barandas elevadas con multiples hematomas con tubo orotraqueal conectado ventilacion mecanica, y barandas elevadas.

Firmado por: ANGELA ORREGO GARZON, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1107525651, CC 1107525651

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 20/01/2024 19:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 0 día(s) en hospitalización, 0 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: 19+00Recibo paciente en unidad de cuidado intensivo en cama con glasglow de 3/15 pupila derecha en 1mm reactiva lenta e izquierda en 2mm reactiva lenta, con edema palpebral derecho, tubo orotraqueal conectada a ventilacion mecanica, monitoria cardiaca no invasiva hemodinamicamente estable, dos venas perifericas en miembro superior derecho y una aceso periferico en miembro superior izquierdo en pliegue, sonda vesical, paciente con hemdatoma en region trocante izquierdo, y en pierna izquiera, manilla de identificacion barandas elevadas para seguridad del pciente

Firmado por: SANDRA LORENA RUEDA HENAO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66960419, CC 66960419

Fecha: 21/01/2024 02:40 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 1 día(s) en hospitalización, 1 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 3, Coma Profundo -Posible Donante

Nota de enfermería: paciente que durante la noche pasa en delicadas condiciones con glasglow de 3/15 con pupilas sin cambios contiua con cuello de filadelfia, paciente que en la noche se le realzia sus cambios de posicion e higiene oral, paciente que se observa con laceracion en pierna izquierda con salida de materal seroso, con piel integra para lesiones de piel asociadas a la dependenica, se le toma control de glucometria de 152mg/dl. se le pasa bolo de ssn de 300cc por orden medica, en la noche paciente pasa oligurica se le informa a la enfermera de turno, paciente que continua con barandas elevadas para seguridad del paciente.

Firmado por: SANDRA LORENA RUEDA HENAO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66960419, CC 66960419

Fecha: 21/01/2024 06:06 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	20/01/2024 18:00	21/01/2024 06:00	28	10800

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 21/01/2024 06:40 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 1 día(s) en hospitalización, 1 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 3, Coma Profundo -Posible Donante

Nota de enfermería: entrego paciente en unidad con glasglow de 3/15 con pupila derecha en 2mm reactiva lenta e izquierda en 2mm reactiva

NOTAS DE ENFERMERÍA

lenta, tubo orotraqueal con ventilacion mecanica, con edema palpebral en ojo derecho, cuello de filadelfia, monitoria cardiaca no invasiva hemodinamicamente estable, afebril, con dos acesos perifericos en miembro superior derecho pasando goteo de plan de ssn, laceracion en miembro inferior izquierda, queda paciente bañada, con piel integra para lesiones de piel asociadas a la dependencia, barandas elevadas para segruidad del paciente

Firmado por: SANDRA LORENA RUEDA HENAO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66960419, CC 66960419

Fecha: 21/01/2024 11:25 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 1 día(s) en hospitalización, 1 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 3, Coma Profundo -Posible Donante

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, con barandas de seguridad elevadas, en delicadas condiciones generales de salud, valorado en un glasgow de 3/15, soporte de oxigeno por tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica continua, cuello de philadelfia, torax simtrico, abdomen distendido, cateter periferico dos en miembro superior izquierdo para paso de goteos mas medicamentos registrados en sabana de enfermeria, monitorizacion cardiaca continua invasiva no invasiva por brazalete en miembro superior izquierdo, sonda vesical conectada a cistoflo, extremidades superiores e inferiores completas.

Durante la mañana se le realizo monitorizacion de signos vitales, control de liquidios administrados y eliminados, se le realizaron los cambios de posicion e hidratacion de la piel la cual se encunetra integra para lesiones asociadas a la dependencia, medico especialista retira cuello de philadelfia, se valora pupilas derecha en 3 fijas e izquierda en 2 fijas por lo cual se lleva a un TAC de urgencia, control de glcuometria dentro de los parametros por orden medica se inicio flujo metabolico a 20 cc/hr por lo cual se canalizo con cateter numero 20 de una sola puncion, equimosis en pierna izquierda parte externa la cual se demarca, continua igual manejo medico.

Firmado por: SOFIA MONTENEGRO LLANTEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1002919949, CC 1002919949

Fecha: 21/01/2024 18:28 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 1 día(s) en hospitalización, 1 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: Queda paciente en cama, con barandas de seguridad elevadas, en delicadas condiciones generales de salud, valoraod en un rass -4, soporte de oxigeno por tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica continua, sonda nasogastrica pinzada, cateter periferico en miembro superior derecho e izquierdo permeable sin signos de flebitis con fecha vigente, sonda vesical conectada a cistoflo, equimosis en miembro inferior izquierdo demarcada, extremidades superiores e inferiores completas, piel integra para lesiones asociadas a la dependencia, en la tarde no realizo deposicion, control de glucometria dentro de los parametros, queda bajo vigilancia medica y cuidados de enfermeria.

Firmado por: SOFIA MONTENEGRO LLANTEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1002919949, CC 1002919949

Fecha: 21/01/2024 18:35 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros

NOTAS DE ENFERMERÍA

Ventilacion mecanica Invasiva		15	21/01/2024 06:00	21/01/2024 18:00	24	10800

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 21/01/2024 19:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 2 día(s) en hospitalización, 1 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: recibo paciente en la unidad de cuidado intensivo, paciente en delicadas condiciones de salud rass -4 paciente bajo efectos de sedacion consciente, cabeza normocefalica, pupila derecha en 2 fija y pupila izquierda en 1 fija, escleras rosadas, fosas nasales humedas con sonda nasogastrica conectadaa viaflexa drenaje, cavidad oral con tubo orotraqueal conectado asu ventilacion mecanica, cuello sin anomalia, torax normoexpanidble conectado a su monitoria cardiaca conitnua, paciente con extremidades superiores simetricas inmovilizadas, con presencia de tres accesos venosos perifericos permeables cubiertos rotulados vigentes por cual recibe medicamentos, dexmedetomidina a 16cc/H solucion salina a 80cc/ y dextrosa al 105 a 20cc/H, paciente con abdomen depresible, elimina por sonda vesical, extremidades inferiores simetricas con monitoria no invasiva en miembro inferior izquierdo, barandas elevadas-.

Firmado por: ANGELA ORREGO GARZON, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1107525651, CC 1107525651

Fecha: 22/01/2024 06:33 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	21/01/2024 18:00	22/01/2024 06:00	28	10800

Firmado por: LUISA FERNANDA PAREDES ARBELAEZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144066297, CC 1144066297

Fecha: 22/01/2024 06:39 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 2 día(s) en hospitalización, 2 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: entrego paciente en la unidad de cudado intensivo, paciente normocardica, normotensa, afebril, bajo efectos de sedacion consciente en rass -4 contiua con su pupila izquierda fija en1 y pupila derecha fija en 2, paciente con su sonda nasogastrica a drenaje el cual produce 200ml se le realiza su baño en cama, higiene oral, se hidrta su piel, conitnua con piel integra, paciente con hematoma a nivel, de miembro inferior izquierdo, ya marcado, elimina por su sonda vescal en poca cantidad, no realiza deposicion, conituna inmovilizada, con sus tres accesos venosos perifericos permeable, por los cuals recibe su precedex a 16cc/h dextrosa al 10% a 20cc/H y plan de liquidos en solucion salina a 80cc/H se le admisnitra su tratamiento farmacolgoico, se deja con baradas elevadas y glucometria de 178mg/Dl-

Firmado por: ANGELA ORREGO GARZON, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1107525651, CC 1107525651

Fecha: 22/01/2024 07:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 2 día(s) en hospitalización, 2 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 3/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 3, Coma Profundo -Posible Donante

Nota de enfermería: Recibo paciente en unidad de cuidados intensivos, afebril, bajo efectos de sedacion consciente dexmedetomidina, pupila derecha en 3mm fija y pupila izquierda en 2mm fija intubacion orotraqueal conectada a ventilacion mecanica, hematomas en ojo derecho y a nivel general de la cara y cuello, torax expandible a la respiracion, acceso periferico en miembro superior izquierdo por dode recibe sedacion, y dos accesos periferico en miembro superior derecho para paso de liquidos de base y flujo metabolico, abdomen depresible, elimina diuresis por sonda vesial a cistoflo, hematoma y equimosis en miembro inferior izquierdo demarcado, edema a nivel generalizado del cuerpo.

Firmado por: YIRIS PAOLA LARGACHA MORENO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1004030631, CC 1004030631

Fecha: 22/01/2024 12:40 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 2 día(s) en hospitalización, 2 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 2 Estado de conciencia: Sedado

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: Paciente la cual se le realizan cambios de posicion, cuidados de piel, higiene oral, se le proprociona medidas de confort control de glucometria dentro de los parametros recibiendo flujo metabolico, control de liquidos administrados y eliminados, monitoria cardiaca no invasiva jefe de turno canula linea arterial en radial izquierda funcional, se prepara y se administra goteos y medicamentos ordenados, se inicia reposicion de potasio periferico por orden medica paciente dificil de canular se realizan varios intentos, jefe de turno administra medicamentos ordenados, no realiza deposicion recibe visita de familiar medico de la sala da información.
Entrego paciente en unidad de cuidados intensivos, afebril, bajo efectos de sedacion dexmedetomidina, sonda nasogatsrica pinzada, intubacion orotraqueal conectada a ventilacion mecanica invasiva, torax expandible, monitoria cardiaca linea arterial radial izquierda, equimosis a nivel generalizado del cuerpo, abdomen depresible, elimina diuresis por sonda vesical a cistoflo, conserva la piel integra para lesiones de piel.

Firmado por: YIRIS PAOLA LARGACHA MORENO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1004030631, CC 1004030631

Fecha: 22/01/2024 14:25 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 2 día(s) en hospitalización, 2 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: 13+00Recibo paciente en unidad de cuidado intensivo en cama 4 en delicadas condiciones generales con rass de -4 con goteo de sedacion conciente a baja dosis, pupilas derecha en 3mm fija y la izquierda en 2mm fija, con edema palpebral en ojo derecho con multiples equimosis en lado izquierdo con laceracion en muslo izquierdo, tubo orotraqueal conectada a ventilacion mecanica, monitoria cardiaca no invasiva afebril hemodinamicamente estable, dos venas perifeircas en miembro superior derecho, sonda vesical a cistoflo con salida de orina en muy poca cantidad, manilla de identificacion barandas elevadas para seguridad del paciente,

se le canaliza vena periferica en vena yugular izquierda por enfermero alberto montero, se le inicia goteo de reposicion de potasio periferico a 40cc/h. paciente que se observa multipuncionada del turno de la mañana, se le canulo linea arterial en radial derecha sin copmplicaciones por enfermero encargado, se observa paciente con edema generalizado, recibe visita de la hija.

Firmado por: SANDRA LORENA RUEDA HENAO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66960419, CC 66960419

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 22/01/2024 14:37 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Procedimientos de enfermería - ENFERMERIA

Procedimientos después de la nota: C389002 - 389002 Colocacion Cateter Arterial Periferico (Linea Arterial).

Nota: por indicacion medica se aborda linea radil izqueirda paciente edematizada pulsos distales debiles se realiza 3 intentos con la necesidad s utilziar dos cateter arteriales arrow 20*5 + 20*8 paciente dificil acceso arterial, se canaliza linea queda con estabilizador + apsoito de clorexidina 2 %--- se tilizan 2 guantes esteriles 7 + guantes esteriles 7/2 NO se presenta ninguna compicacion

Complicaciones: No.

Firmado por: MARYURI RAMOS SANCHEZ, ENFERMERIA, Registro 67026981, CC 67026981

Fecha: 22/01/2024 18:14 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	22/01/2024 06:00	22/01/2024 18:00	28	10800

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 22/01/2024 18:40 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 2 día(s) en hospitalización, 2 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: Entrego pacienrte en unidad en delicadas condiciones generales, con pupilas derecha en 3mm fija y la izquierda en 2mm fija, paciente que se le realian sus cambios de posicion, masajes en piel, conitnua con tubo orotraqueal conectada a ventilacion mecanica, afebril, monitoria cardica linea arterial en radial derecha pulsatil funcional no signos de hipoperfusion, paciente con manilla de identificacion barandas elevadas para segurida del paciente

Firmado por: SANDRA LORENA RUEDA HENAO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66960419, CC 66960419

Fecha: 22/01/2024 21:16 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 3 día(s) en hospitalización, 3 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: 19:00 horas se recibio paciente en unidadcde duidadaos intensivos en delicadas condiciobnes, afebril, bajo efectos de sedacion consciente en Rass de -4. Al examen fisico se observa paciente con pupilas en 5mm fijas, con sonda nasogastrica permeable a la alibre drenaje con producido de aspecto biliosos en moderada cantidad, tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica, acceso venoso en yugular izquierda y en miembro superior izquierdo con fechas vigentes, funcionales, cubierto con aposito transparente sin signos de flebitis port donde recibeinfusionde liquidos y medicamentos ordenados, torax expandible, monitoria cardiaca continua no invasiva, abdomen blando depresible a la palpacion, linea arterial radial derexha funcional para monitoria invasiva, sonda vesial conectada a cistoflo.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Firmado por: MARY SOLANDY CARABALI, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1066280559, CC 1062280559

Fecha: 23/01/2024 06:19 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	22/01/2024 18:00	23/01/2024 06:00	28	10800

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 23/01/2024 06:23 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 3 día(s) en hospitalización, 3 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: Durante la noche paciente en delicadas condiciones, afebril, se le realiza respectivos cambios deposicion, control de liquidos adminidtrados y eliminados, monitoria se signos vitales, glucometria dentro de parametroa normales, pororden medica se difiere infusion de potasio, se le iniciainfusion de nutridion enteral ensure clinical LPC 1. 5 kcal a 10cc/horas a tolerancia, elimina en moderada cantidada por sonda vesical, no realiza deposicion. Se le realiza baño ehigiene bucal.

Entrego paciente en delicadas condiciones, afebril, bajo efectos de sedacion conciente en Rass de -4 con sonda nasogastrica permeable en posision deon sopprte de nutricion eteral a 10cc/ hora tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica, linea arterial funcional para monitoria invasiva, accesos venosos peridfericos funcionales sin signos de flebitis cubiertos con apositos transparente recibiendo infusion de liquidos endovenosos ordenados.

Firmado por: MARY SOLANDY CARABALI, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1066280559, CC 1062280559

Fecha: 23/01/2024 07:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 3 día(s) en hospitalización, 3 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: No aplica

- Escala de Sedacion y Agitacion de Richmond (RASS) : Total: -3, Sedacion modera

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: 7 +0 0 h r Recibo paciente en cama # 4 en critico cabeza 30° en posicion supino, baranda de seguridad elevadas, bajo efecto de sedacion conciente, valorada en rass -3, monitoria invasiva, pupila derecha 3mm reactivo lento y pupila izquierda 2mm reactiva lenta, se evidencia equimosis en ojo derecho, sonda nasogastrica permeable pasando nutricion 20cc/hr, tubo orotraqueal acoplada ventilacion mecanica cerrada, acceso venoso yugular derecho y dos acceso venoso periferico en miembro superiores sin signos de flebitis pasando medicamentos, linea arterial radial derecha funsional sin signos de hipoperfusion distal, elimina por medio de sonda vesical, piel integra para lesiones asociada a la dependencia, se evidencia laceracion en muslo derecho, manilla de identificasion presente.

Firmado por: MILEIDY SINISTERRA ALEGRIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1111793282, CC 1111793282

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 23/01/2024 12:07 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	23/01/2024 06:00	23/01/2024 12:00	28	5400

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 23/01/2024 12:33 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 3 día(s) en hospitalización, 3 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 7/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Coma profundo

Nota de enfermería: durante el turno del dia se ingresa la cubiculo con epp se monitorea signos vitales observa normotensa, normocardica, efebril, control hde liquidos administrados y eliminados, se le brinda cuidados de medidas de higiene y confort, cambio de posicion segun protocolo de la linstitucion, glucometria 125mg/dl, por orden medica se suspende dexmedetomedina sin cambio hasta momento, paciente que se traslada procedimiento y le realiza tac simple sin complicasion, es asistida por terapia respiratoria, y recibe visita del familiar y medico les brinda informacion.

Firmado por: MILEIDY SINISTERRA ALEGRIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1111793282, CC 1111793282

Fecha: 23/01/2024 18:17 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 3 día(s) en hospitalización, 3 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 6/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: paciente que le le realiza paso de cateter picc bilumen en el burazo izquierdo por orden medica se inicia paso de medicamentos sin complicasion. paciente que hse le retira vena periferica dorso de la mano derecha sin complicasion.
19+00hr entrego paciente en cama en uci critico cabeza 30° en posicion supino, baranda de seguridad elevadas, sin vasopreor, sin sedoanalgesia glasgow 6/15, monitoria invasiva, pupila derecha 3mm reactiva y pupila izquierda 2mm reactiva a la luz, sonda nasogastrica permeable pasando nutricion 37cc/hr ya en meta segun orden medica, tubo orotraqueal acoplada ventilacion mecanica, cateter picc braquial izquierdo +dos acceso venoso periferico pasando medicamentos ordenados, linea arterial radial derecha funsional sin signos de hipoperfusion distal, elimina por medio de sonda vesical, se observa equimosis miembro inferior izquierdo, edema en miembro superiores, manilla de identificasion presente.

Firmado por: MILEIDY SINISTERRA ALEGRIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1111793282, CC 1111793282

Fecha: 23/01/2024 18:40 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

NOTAS DE ENFERMERÍA

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	23/01/2024 12:00	23/01/2024 18:00	30	5400

Firmado por: PAULA ANDREA SERNA ALZATE, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 29126336, CC 29126336

Fecha: 23/01/2024 20:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 4 día(s) en hospitalización, 3 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 164/68, Presión arterial media(mmhg): 100, Lugar toma PA: Invasiva
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 98 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva
Temperatura(°C): 37. 3 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 7/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Coma profundo

Nota de enfermería: 19+00 horas. Recibo paciente en cama con barandas de seguridad y cabecera elevadas, en delicadas condixciones de salud, somnolienta, no responde al llamado, pupila derecha reactiva lenta en 3mm, pupila izquierda reactiva en 2mm, equimosis palpebral derecha. Recibiendo monitoría continua invasiva y no invasiva, afebril, normocardica, normotensa. Tiene sonda nasoyeyunal con nutrición Ensure a 37cc por hora, vena canalizada en yugular izquierda, vena canalizada en miembro superior izquierdo más cateter PICC en miembro superior izquierdo para líquidos en dovenosos ordenados, línea arterial en radial derecha con buena curva en el monitor, abdomen depresible, sonda vesical conectada a bolsa recolectora de orina, con producido de orina amarilla de aspecto normal. Presenta equimosis de gran tamaño en muslo izquiedo en resolución.

Firmado por: LORENA TATIANA MORENO HURTADO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 31584393, CC 31584393

Fecha: 24/01/2024 06:18 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilacion mecanica Invasiva		15	23/01/2024 18:00	24/01/2024 06:00	24	10800

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 24/01/2024 06:59 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 4 día(s) en hospitalización, 4 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 155/69, Presión arterial media(mmhg): 97, Lugar toma PA: Invasiva
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 96 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 22
Saturación de oxígeno 91%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva
Temperatura(°C): 37. 1 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 7/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Coma profundo

Nota de enfermería: Entrego paciente en cama que durante la noche se observa en Glasgow de 7/15, con pupila derecha reactiva lenta en 3mm e izquierda reactiva en 2mm, no responde al llamado, no obedece ordenes sencillas. Se realizan cambios de posición, lubricación de la

NOTAS DE ENFERMERÍA

piel con crema humenctante, elimina por sonda vesical, no hace deposición hasta el momento.

Firmado por: LORENA TATIANA MORENO HURTADO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 31584393, CC 31584393

Fecha: 24/01/2024 07:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 4 día(s) en hospitalización, 4 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Paciente con oxígeno por Ventilador
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 15/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: 07+00 Recibo paciente adulta femenina de 55 años de edad en la unidad de cuidados intensivos de uci quirurgica en el cubiculo 4, paceinte hemodinamicamente estable en unglasgow 6/15 afebril, normotenssa, normocardica, paciente con sonda nasogastrica permeable pasndole ensure clinica a 37cc/hrs, paciente con tubo orotraqeual conectadad a ventilacion mecanica, paciente con cateter venos yugular izquierdo, pasansole medicamentos segun orden medica, paciente con cateter eriferico en miembro superior izquierdo pinzado, paciente con cateter picc braquial izquierdo cubierto con aposito transparente pasndole potasio a 40cca7hrs, solucion salina a 80cc7HRS, PAICENTE CON LILNEA ARTERIala braquial derecho para monitoria invasiva, paciente con genitales integros con sonda vesical conectad a cystoflon ellimiando en moderadad cantidad, paciente con lesion desfacelada en pierna izquierda cara posterior grado ll,

paceinte durante la mañana se ler ealiza su respetivo bañoñ en cama, se hidrata piel, se organiza paciente, paciente co0n uanglucometria dentro de lso aprametros normales, paciente con control de lilquidos administrados y ellimiandos, paciente con control de signos vitales los cuales se observa normales dentro de los parametros, paciente se lerelaiza sus cambios de posciones segun necesidad de la paceinte, paciente recibe vista de familiar, paceinte estable

Firmado por: ANA MILENA SANCHEZ POTES, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 38886545, CC 38886545

Fecha: 24/01/2024 17:57 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 4 día(s) en hospitalización, 4 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Paciente sin oxígeno
Escala del dolor: 2 Estado de conciencia: Glasgow 6/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: paciente durante la tarde pasa estable, con control de sigfnos vitales paciente con tendencia a la hipertension con tendencia ala taquicardia, afebril, paciente con control de liquidos administrados y eliminados, paciente con glucometrias dentro de los parametros normlaes, paciente drenando material seroso transparente por pierna, se ler ealizan sus cambios de posiciones segun condicion clinica de la paciente, paciente con tinua con sus dos acesos perifericos yugular y en miembro superior izquierdo pasndole medicamentos saegun orden medica, paciente recibiwendo su nutricion ensure clinical a 37cc/hrs por sonda nasogastrica, paciente elimiando en moderadad cantidad por sonda vesical, no realiza deposcion, paciente recibe visita de familiar, paciente con pupilas reactivas, la derecha rectiva en 3 lenta, la izquierda reactiva 2, con edema en parapdop derecho con presencia de equimosis, paciente con faciones de dolor a los cambios de posciones

19+00 Entrego paciente que no se conectad para nada, sin apertura ocular, responde a l dolor, paciente con signos vitales flutuantes, pasndole su infusiones por cateter picc bilumen braquial izquierdo, con solucion salina suspendida segun orden emdica, con potasio suspendido, esperar control de la media noche, paciente con edema genralizado moderado, con nutricion ensura clinical por sonda nasogastrica a 37cc/hrs, sonda vesical elimiando en moderadad cantidad, con lesion en pierna izquierda desfacelada

Firmado por: ANA MILENA SANCHEZ POTES, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 38886545, CC 38886545

Fecha: 24/01/2024 18:15 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

NOTAS DE ENFERMERÍA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	24/01/2024 06:00	24/01/2024 18:00	24	10800

Firmado por: JINETH TATIANA ESPAÑA PEREZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1010015945, CC 1010015945

Fecha: 24/01/2024 19:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 5 día(s) en hospitalización, 4 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: 19+00Recibo paciente en unidad de cuidado intensivo en cama 4 glasglow de 6/15 pupila derecha en 3mm reactriva lenta y la izquierdo en 2 mm reactiva lenta, con sonda nasogastrica con nutricion enteral ensure a 37cc/h, tubo orotraqueal conectada a ventilacion mecanica, acesso yugular izuqierdo y en miembro superior izquierdo, con cateter de picc en miembro superior izuqierdo, abdomen globoso, sonda vesical eliminando en adecuada cantidad, laceracion en muslo izquierdo con salida de material seroso, manilla de identificacion barandas elevadas para seguridad del paciente

Firmado por: SANDRA LORENA RUEDA HENAO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66960419, CC 66960419

Fecha: 25/01/2024 03:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 5 día(s) en hospitalización, 5 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: paciente que durante el turno pasa en iguales condiciones con glasglow de 6/15 con pupilas sin cambios, se le realizan sus cambios de posicion y masajes en piel, se le coloca gasa vaselinada en sitio de laceracion y de deja cubierto con aposito, paciente que continua con piel integra para lesiones de piel asociadas a la dependencia, se le toma control de glucoemtria, eliminando en regular cantidad, barandas elevadas para seguridad del paciente

Firmado por: SANDRA LORENA RUEDA HENAO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66960419, CC 66960419

Fecha: 25/01/2024 06:09 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	24/01/2024 18:00	25/01/2024 06:00	24	10800

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 25/01/2024 06:57 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 5 día(s) en hospitalización, 5 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Coma profundo

Nota de enfermería: Entrego paciente con glasglow de 7/15 con pupilas derecha en 3mm reactiva lenta, izquierda en 2mm reactriva lenta, paciente que se le realiza su baño en cama sin complicaciones, con piel intera para lesiones asociadas a la dpendencia, continua con dispositovos istaurados en buen estado, elimina en adecuada cantidad, no realiza deposicion, manilla de identificacion barandas elevadas para seguridad del paciente

Firmado por: SANDRA LORENA RUEDA HENAO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66960419, CC 66960419

Fecha: 25/01/2024 07:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 5 día(s) en hospitalización, 5 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, signos vitales estables, sonda nasogastrica recibiendo soporte nutricional, con soprote de oxigeno por tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica, acceso venoso yugular izquierda vigente, torax simetrico expandible a la respiracion, extremidades superiores completas, cateter picc braqueal izquierdo bilumen, linea arterial radial derecha sin signos de hipoperfusion, abdomen blando depresible a la palpacion, eliminando por sodna vesical conectadoa csitoflo, extremidades inferiores completas, se atiende paciente con protocolo de bioseguridad, manilla de identificacion y riesgos legibles.

Firmado por: CINDY JOHANA PACHECO LAGUNA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1144174375, CC 1144174375

Fecha: 25/01/2024 18:21 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 5 día(s) en hospitalización, 5 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Entrego paciente en cama, signos vitales estables, continua con soporte de oxigeno por tubo orotraqueal conectadoa ventilacion mecanica, durante el turno se le realizo cambios de posicion y cuidados de piel, presenta desaturacion e hipertension se informa a jefe y medico de turno, terapia respiratoria responde a llamado, continuac on msimo manjeo, eliminando por sodna vesical conectado a cistoflo, no realiza deposicion, se atiende con protocolo de bioseguridad, glucometria entre parametros normales.

Recibe visita de familial el cual medioc de turno brinda informacion sobre su estado de salud.

Firmado por: CINDY JOHANA PACHECO LAGUNA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1144174375, CC 1144174375

Fecha: 25/01/2024 18:39 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

NOTAS DE ENFERMERÍA

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	25/01/2024 12:00	25/01/2024 18:00	24	5400

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 25/01/2024 19:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 5 día(s) en hospitalización, 5 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: recibo paciente en la unidad de cuidado intensivo, paciente en delicadas condiciones de salud estable, glasgow 6/15 cabeza normocefalica, escleras palidas, fosas nasales humedas, con sonda nasogastrica conectada anutricion ensure clinical a 37cc/H + su irrigacion a 40 cc cada 4 horas, cavidad oral humedad con tubo orotraqueal conectado a su ventilacion mecanica, cuello sin anomalia, con acceso venoso en yugular izquierdo, cubeirto rotuldo vigente, eprmeable recibiendo medicamentos, torax expandible conectado a su monitoria cardiaca conitnua, extremidades superiores simetricas inmovilizadas con cateter picc bilumen en miembro superior izquierdo recibiendo medicamentos, monitoria invasiva en linea arterial raddial derecha cubierto rotulado pulsatil, permeable, con buena curva en monitor sin signos de hipoperfusion distal, abdomen depresible, elimina por sonda vesical, extremidades inferiores simetricas y barandas elevadas.

Firmado por: ANGELA ORREGO GARZON, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1107525651, CC 1107525651

Fecha: 26/01/2024 06:17 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	25/01/2024 19:00	26/01/2024 06:00	28	9900

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 26/01/2024 07:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 6 día(s) en hospitalización, 6 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Estupor

Nota de enfermería: entrego paciente en la unidad de cuidado intensivo, paciente en delicada condicion de salud, glasgow 7/15 glucometria de 239mg/Dl a las 24+00 y a las 6+00am control de glucometria de 191mg/Dl. pupila derecha en 3 reactiva lenta, y pupila izquierda en 2 reactiva, paciente conitnua con igual manejo, por orden medica se suspnede su nutricion y se deja con sonda nasogastrica pinzada, permeable, piel integra, elimina por sonda vesical en moderada cantidad, no realiza deposicion, se derja con barandas elevadas, paciente inmovlizada se le realiza su baño en cama, hgigiene oral, se hidrta su piel paciente con cateter picc en miembro superior izquierdo, recibe medicamentos y acceso venoso yugular izquierdo, recibiendo medicamentos, paciente con tubo orotraqueal conectado a su ventilacion mecanica.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Firmado por: ANGELA ORREGO GARZON, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1107525651, CC 1107525651

Fecha: 26/01/2024 09:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 6 día(s) en hospitalización, 6 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: Recibo paciente en la unidad de cuidados intesivos en regulares condiciones de salud, con barandas de seguridad elevads mas manilla de identificacion, con soporte de oxigeno por tubo orotraqueal conectada a ventilacion mecanica saturando dentro de los parametros normales, sonda gastrica permeable pinzada, acceso venoso en yugular izquierda permeable para paso de medicamentos ordenados, monitoria cardiaca continua basica invasiva observandose normocardica, normotensa, a febril, cateter picc en miembro superior izquierdo permeable para paso emediamentos ordenados, abdomen blando depresible a la palpacion, eliminando por sonda vesycal conectada a cystoflo, linea arterial radial radial derecha pulsatil, eliminando por sonda vesycal conectada a cystoflo, paciente se observa con equimosis en femoral izquierda, piel integra para lesiones asociadas a la dependencia.

Durante la mañana paciente estable normocardica, normotensa, a febril, se le realiza control de liquidos suministrados y eliminados, control de glucometrias dentro de los parametros normales no realiza deposicion, se recibe bañada, jefe de turo suministra tratamiento farmacologico sin ninguna complicacion, es asistida por terapia respiratoria.

Firmado por: LEYDI YUDI ASPRILLA IBARGUEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1076325686, CC 1076325686

Fecha: 26/01/2024 12:59 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 6 día(s) en hospitalización, 6 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 6/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: Entrego paciente en unidad de cuidados intensivos, afebril, valorada en una escala de glasgow de 6/15, hemodinamiocamente estable, sonda nasogastrica permeable pinzada, intubacioon orotraqueal conectada a ventilacion mecanica invasiva, acceso periferico en yugular izquierdo para paso de tratamiento farmacologico, picc en miembro superior izquierdo permeable para paso de tratamiento farmacologico, elimia diuresis por sonda vesical a cistoflo en buena cantidad, equimosis en miembro inferior izquierdo, conserva la piel integra para lesiones de piel, edema generalizado, barandas de seguridad elevadas.

Firmado por: YIRIS PAOLA LARGACHA MORENO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1004030631, CC 1004030631

Fecha: 26/01/2024 13:53 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 6 día(s) en hospitalización, 6 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: 13+00 Recibo paciente en cama, con barandas de seguridad elevadas, en delicadas condicioen sgenerales de salud, valorado en un glasgow de 6/15, sonda nasogastrica pinzada, soporte de oxigeno por tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica continua, torax simtrico, abdomen depresible a la palpacion, monitorizacion cardiaca continua invasiva por linea arterial radial derecha pulsatil sin signos de hipoperfusion distal, cateter picc bilumen en miembro superior izquierdo para paso de medicamentos registrados en sabana de enfermeria, sonda vesical conectada a cistoflo, extremidades superiores e inferiores completas.

Firmado por: SOFIA MONTENEGRO LLANTEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1002919949, CC 1002919949

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 26/01/2024 18:08 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilacion mecanica Invasiva		15	26/01/2024 06:00	26/01/2024 18:00	30	10800

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 26/01/2024 18:30 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 6 día(s) en hospitalización, 6 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: Queda paciente en cama, con barandas de seguridad elevadas, en delicadas condiciones generales de salud, valorado en un un glasgow de 15/15, soporte de oxigeno por tubo orortraqueal coenctado a vetilacion mecanica continua, sonda nasogastrica la cual se inicio nutricion glucerna 1. 5 kcal a 46 cc/hr por orden medica, line araterial radial derecha pulsatil sin signos de hipopeefusion distal, sonda vesical conectada a cistoflo eliminando en moderada cantidad, extremidades superiores e ifneriroes completas, piel integra para lesiones asociadas a la dependencia, durante la tarde no realizo deposicion, queda bajo vigilancia medica y cuidados de enfermeria.

Firmado por: SOFIA MONTENEGRO LLANTEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1002919949, CC 1002919949

Fecha: 26/01/2024 21:14 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 7 día(s) en hospitalización, 6 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 2

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: recibo paciente en cama #4, al examen fisico se observa en un glasgow de 6/15, sonda nasogastrica permeable a la irrigacion recibiendo soporte nutricional ensure a 47cc/h, tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica, un acceso venoso en yugular izquierda permeable sin signos de flebitis, cateter picc en miembro superior izquierdo bilumen para recibir medicamentos ordenados, linea arterial radial derecha funcional, eliminando por sonda vesical conectada a cystoflo, se observa equimosis en cara externa del muslo izquierdo mas laseraciones por su propio traumatismo, edema extremidades.

Firmado por: NIYERET CAMAYO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234191221, CC 1234191221

Fecha: 27/01/2024 11:33 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 7 día(s) en hospitalización, 7 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 6/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería: 07+00 Recibo paciente en cama en unidad de cuidados intensivos en delicadas condiciones generales, paciente sin soporte vasopresor, sin efectos de sedacion en un glasgow de 6/15, paciente que se observa con sonda nasogastrica permeable por donde recibe su nutricion enteral glucerna 1. 5 a 47cc/h, tubo orotraqueal conectada a ventilacion mecanica, canalizada en yugular izquierda por donde recibe sus medicamentos endovenosos, torax simetrico expandible a la respiracion, abdomen blando depresible a la palpacion, linea arterial radial derecha la cual se encuentra pustatil funcional para monitoria cardiaca continua invasiva, paciente que se observa afebril, normotenso, normocardico, cateter picc bilumen con un lumen pinzado y por el otro recibe sus medicamentos endovenosos, elimina por sonda vesical conectada a cystoflo, equimosis en pierna izquierda en la parte posterior se observa laceracion, paciente con su piel integra para lesiones de piel asociada a la dependencia.

Firmado por: YENNY DANNEYS MINA PAZ, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1062325694, CC 1062325694

Fecha: 27/01/2024 11:44 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 7 día(s) en hospitalización, 7 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 6/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: Durante la mañana se le realizan sus cambios de posicion y sus cuidados de piel, se le realiza toma de glucometria de control la cual se encuentra dentro de los parametros normales, no realiza deposicion, elimina en moderada por su sonda vesical, jefe de turno le administra sus respectivos medicamentos, recibe visita de familiar, se le retira aceso venoso yugular izquierdo y se deja solo con el cateter picc, paciente en un glasgow de 6/15, continua en igual plan y manejo medico

Firmado por: YENNY DANNEYS MINA PAZ, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1062325694, CC 1062325694

Fecha: 27/01/2024 18:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	27/01/2024 06:00	27/01/2024 18:00	24	10800

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 27/01/2024 18:43 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 7 día(s) en hospitalización, 7 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 6/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: Durante la tarde se le realizan sus cuidados de piel, sele realiza sus cambios de posicion, se le realiza toma de glucometria la cual le dio 215mg/dl, por orden medica no se corrije, realiza deposicion blanda, elimina en moderada cantidad por su sonda vesical, jefe de turno le administra sus respectivos medicamentos, su linea arterial se torna disfuncional, al momento paciente con monitoria cardiaca continua no invasiva, paciente que permanece en un glasgow de 6/15, al momento paciente con temperatura de 38. 5, paciente normocardica, normotensa, afebril, continua en igual plan y manejo medico.

Firmado por: YENNY DANNEYS MINA PAZ, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1062325694, CC 1062325694

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 27/01/2024 20:49 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 8 día(s) en hospitalización, 7 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Coma profundo

Nota de enfermería: 19+00 Recibo paciente en cama, con barandas de seguridad elevadas, en delicadas condicione sgenerales de salud, valorada en un glasgow de 6/15, soporte de oxigenop or tubo orortraqueal conectado a ventilacion mecanica continua, sonda nasogastrica recibiendo alimentacion glucerna 1. 5 kcal, torax simtrico, abdomen depresible a la palpacion, monitorizacion cardiaca continua no invasiva por brazalete en miembro superior derecho, cateter picc bilumen en miembro superior izquierdo para paso de medicamentos registrados en sabana de enfermeria, sonda vesical conectada a cistoflo, extremidades superiores e inferiores completas.

Firmado por: SOFIA MONTENEGRO LLANTEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1002919949, CC 1002919949

Fecha: 28/01/2024 06:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilacion mecanica Invasiva		15	27/01/2024 18:00	28/01/2024 06:00	24	10800

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 28/01/2024 06:30 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 8 día(s) en hospitalización, 8 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Coma profundo

Nota de enfermería: Queda paciente en cama, con baranadas de seguridad elevadas, en deliadas condiciones generales de salud, valorado en un glasgow de 6/15, soporte de oxigeno por tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica continua, sonda nasoyeyunal permeable recibiendo alimentacion, cateter picc bilumen en miembro superior izquierdo permeable limpio y seco, sonda vesical conectada a cistoflo elimianndo en buena cantidad, extremidades superiores e inferiores completas, en la nodhe realizo una deposicion blanda, queda bajo vigilancia medica y cuidados de enfermeria.

Firmado por: SOFIA MONTENEGRO LLANTEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1002919949, CC 1002919949

Fecha: 28/01/2024 15:39 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 8 día(s) en hospitalización, 8 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 4, Coma Profundo -Posible Donante

Nota de enfermería: 7:00 se recibe paiente con diagnostico ya mensionado en historia clinica con barandas elevadas por seguridad del

NOTAS DE ENFERMERÍA

pacinete a examen cefalocaudal se observa con sonda nasogastrica con soporte nutricional glucerna 1. 5kcl/ml 47cc/hora, con tubo orotraqueal conectado al ventilador mecanico, torax simetrico expandible a la respiracion con un cateter venos centrla sin soporte de goteos, torax simetrico expandible a la respiracion, con monitoria no invasiva, con sonda vesical coencatda al cistoflo, conservando piel sana.

paciente normocardico, normo tensa afebril, se le realiza sus respectivo baño, e hidratacion de piel, e higiene oral, elimina en moderada cantidad, se le toma glucometria 179mg/dl, el jefe le administra sus respectivo medicamentos, no realiza deposicion se le hace irigacion, a sonda nasogastrica, recibe visita familiar.

Firmado por: SINDY JOHANA DIAZ ARBOLEDA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1149185490, CC 1149185490

Fecha: 28/01/2024 18:36 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	28/01/2024 06:00	28/01/2024 18:00	24	10800

Firmado por: KAREN JULIETH HURTADO TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1107512908, CC 1107512908

Fecha: 28/01/2024 18:57 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 8 día(s) en hospitalización, 8 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: paciente se le realiza sus respectivo camio de posicion, se le realiza sus respectivo irrigacion a osnda nasogastrica, se le toma glucoemtria 133mg/dl, no realiza deposocion, la jefe le admisnitra sus respectivo farmacos, no realiza deposocion, continua con soporte nutricioan, glucerna a 47cc/hora con sonda nasogastrica permeable, co nsus tubo orotraqueal coenctado al ventilador mecanico con cateter picc en region braquial izquierdo para paso de medicamentos, y el otro lumne pinzado, abdomen depresible a la palpacion, con linea radial derecha, con osnda vesical coenctada al cistoflo, conservando piel sana .

Firmado por: SINDY JOHANA DIAZ ARBOLEDA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1149185490, CC 1149185490

Fecha: 28/01/2024 19:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 8 día(s) en hospitalización, 8 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: 19+00Recibo paciente en unidad de cuidado intensivo en cama 4 glasglow al examen fisico de 9/15 con sonda nasogastrica con nutricion enteral glucerna a 47cc/h, con edema palpebral derecha con equimosis, monitoria cardiaca invasiva linea arterial en radial derecha pulsatil funcional sin signos de hipoperfusuion distal, con presiones que tienden a la hipertension, abdomen blando sonda vesical a cistoflo con salida de orina en regular cantidad, piel integra para lesiones de piel asociadas a la dependencia. barandas elevadas para seguridad del paciente.

Firmado por: SANDRA LORENA RUEDA HENAO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66960419, CC 66960419

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 29/01/2024 06:04 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	28/01/2024 18:00	29/01/2024 06:00	24	10800

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 29/01/2024 06:32 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 9 día(s) en hospitalización, 9 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: paciente que durante la noche pasa en iguales condiciones generales, se le realizan sus cambios de posicion masajes en piel se observa con piel integra para lesiones de piel asociadas a la dependencia, elimina espontaneo, paciente que se le toma control de glucometria, a las 01+00se le suspende goteo de nutricion queda con la sonda nasogastrica permeable,
05+15 paciente que se retira linea arterial, se lleva la mano al tubo orotraqueal y queda sin la linea. se le realiza su baño en cama sin compliaciones, pendiente resonancia de cerebro.

Entrego paciente en unidad de cuidado intensivo en cama 4 glasglow de 15/15 con monitoria cardiaca no invasiva hemodinamicamente estable, afebril, piel integra para lesiones de piel asociadas a la dependencia, paciente que elimina en regular cantidad, queda con manilla de identificacion y equimosis en muslo izquierdo, barandas elevadas para seguridad del paciente.

Firmado por: SANDRA LORENA RUEDA HENAO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66960419, CC 66960419

Fecha: 29/01/2024 11:03 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 9 día(s) en hospitalización, 9 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: 7:00 se recibe paciente femenian en uci, con diagnostico ya mensionado en historia clinica con barandas elevadas por seguridad del paciente, a examen cefalocaudal se observa, con sonda nasogastrica, permeable, con tubo orotraqueal coenctado al ventilador mecanico, cuello m ovil, torax simetrico expandible a la respiracion, con cateter picc en region braquial izquierdo monolumen para paso de medicamentos, abdomen depresible a la palpacion, con monitoria no invasiva, con una sonda vesical para paso de recoleccion de orina en cistoflo, conservando piel sana.

paciente se le realiza valoracion de pupilas reactivas en 2, se le toma glucometria 146mg/dl, paciente se le realizan procedimiento de resonancia magnetica, normotensa, afebril, se le realiza sus respectivo cambio de posicion, en un glasgo 9/15. elimina en moderada cantidad, no realiza deposicion, se le realiza irrigacion lumenesde cateter picc, recibe visita familiar.

Firmado por: SINDY JOHANA DIAZ ARBOLEDA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1149185490, CC 1149185490

Fecha: 29/01/2024 12:23 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 9 día(s) en hospitalización, 9 día(s) en cuidado crítico

NOTAS DE ENFERMERÍA

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: continua paciente en giual condicion de salud, con soporte nutriconal por sonda nasogastrica para paso de nutricion glucerna 1. 5kcl /ml a 47cc/hora conm sonda permeable, con tubo orotroaqueal conectado al ventilador mecanico, con cateter picc en region braquial izquierdo para paso de medicamentos, y permable a la irrigacion, con abdomen depreisble a la palpacion, con sonda vesical conectada al cistoflo, conservando piel sana, paciente hipertensa, afebril, se le realiza medidadas de confort, el jefe le admisnitra sus respectivo medicamentos.

Firmado por: SINDY JOHANA DIAZ ARBOLEDA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1149185490, CC 1149185490

Fecha: 29/01/2024 13:54 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 9 día(s) en hospitalización, 9 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: 13+00 Recibo paciente en cama, con barandas de seguridad elevadas, en delicadas condicione sgenerales de salud, valorado en un glasgow de 9/15, soporte de oxigeno por tubo orotraquealc onectado a ventilacion mecanica continua, sonda nasogastrica recibiendo alimentacion glucerna 1. 5 kcal, cuello movil, torax simtrico, abdomen depresible a la palpacion, monitorizacion cardaiaca continua nno invasiva por brazalete en miembro superioro derecho, cateter picc bilumen en miembro superior izquierdo para paso de goteos mas medicamntoes registrados en saban de enfermeria, sonda vesical conectada a cistoflo, extremidades superiores e inferiores completas.

Firmado por: SOFIA MONTENEGRO LLANTEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1002919949, CC 1002919949

Fecha: 29/01/2024 18:18 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	29/01/2024 06:00	29/01/2024 18:00	24	10800

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 29/01/2024 18:39 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 9 día(s) en hospitalización, 9 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Queda paciente en cama, con baranadas de seguridad elevadas, en delicadas condiciones generales de salud, valorado en un glasgow de 9/15, soporte de oxigeno por tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica continua, sonda nasogastrica permeable recibiendo alimentacion, cateter picc bilumen en miembro superior izquierdo permeable limpio y seco con equipos vigentes, sonda vesical conectada a cistoflo, eliminando en buena cantidad, extremidades superiores e inferiores completas, durante la tarde no realizo deposicion, a las 15+00 hrs es conectada a telemetri por personal encargado se le realizaron los cambios de posicion e hidratacion de la piel la cual se

NOTAS DE ENFERMERÍA

encunetra integra para lesiones asociadas a la dependencia, queda bajo vigilancia medica y cuidados de enfermeria.

Firmado por: SOFIA MONTENEGRO LLANTEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1002919949, CC 1002919949

Fecha: 29/01/2024 21:07 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 10 día(s) en hospitalización, 9 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 8/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 19+00 recibo páciente en cama hospitalaria con barandas elevadas en compañia de personal asistencial, sin soporte de vasoactivo en glasgow de 8/15 con conectda a videotelemetria, pacinte con pupila drecha een 3 reactiva y la izquierda en 2 reactiva, sonda nasogastricva reciviendo nutricion enteral a metal sonda permeable a la irrigacion,. tubo orotraquel conectdao evmnstilacion mecamica saturando dentrod e parametros normales, cuello movible torax simetrico con monitoria basica continua, no invasiva brazalete para monitoria de tension arterial, picc vbraquuail izquierdo bilumen cubierto para medicamentos ordenados, elimimnado orina por sonda vesical conectda systofloc paciente con terapia de sujeccion mecanica, en extremidades supperiores extremidades inferiores simetrixcas, piel integar para lesione, s paciente con edem, a generalizado moderado. hipertensa taquiacrdica afebril.

Firmado por: LUZ ADRIANA BENITEZ RIVAS, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1112221834, CC 1112221834

Nota aclaratoria

Fecha: 30/01/2024 06:44

paciente co filctenas en pierna lesion de piel grado 2

Firmado por: LUZ ADRIANA BENITEZ RIVAS, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1112221834, CC 1112221834

Fecha: 30/01/2024 06:33 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 10 día(s) en hospitalización, 10 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica Estado de conciencia: Glasgow 9/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: paciente que durante el turno pasa en igulaes condicione, s realiza dos deposiciones liquida paciente que tolera los cambios de posicion con hidratacion de piel, paciente que continua con e videotelemetria, paciente con signso vitales dentro de parametros normales, paciente cialorreica, continua anisocorica paciente con flictenas en cara interna de muslo, con glasgow fluctuante, paciente que se le realiza limpieza bucal con crema dental y cepillo, se realiza bañoe n cama con protocolo de huv, se seca biuen se hidrata la piel l, se posiciona paciente se da confort, paciente que tolera pero no conserva los cambios de posicion, realiza dos deposicione en el turno

7+00 am entrego páciente en cmaacon procedimientos al dia en com, pñaio de prsonla asistenciual si soporte de vasoctivo en glasgow de 8/15 sin soporte de liquidos, con pupilas reactivas derecha en 3 izquierda en 2 sobnda nasopgastrica recivinedo glucerna a meta sonda permeable a la irrigacion, tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica saturando dentro de parametros normales con picc bilumen, un puerto disfuncional, tapado, desde que lo reciviimos, eliminado orainspor sonda vesical conectda ytofloc, paciente con flkicetena en pierna descubierta terapia de sujeccion mecanica en manos hipwrtensa aferbil normocardica

Firmado por: LUZ ADRIANA BENITEZ RIVAS, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1112221834, CC 1112221834

Fecha: 30/01/2024 06:45 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

NOTAS DE ENFERMERÍA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	29/01/2024 18:00	30/01/2024 06:00	24	10800

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 30/01/2024 10:08 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 10 día(s) en hospitalización, 10 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 15, Normal

Nota de enfermería: 07+00 am Recibo paciente en al unidad e cuidados intensivso espierto con barandas de eguridad elevadas as manilla de identificaion, on glasgow e 14/15, respirando oxigeno medio ambiente saturanmdo dentro de los parametros normales, monitoria cardiaca continua basica no invasiva observandose normocardico, normotenso, a febril, acceso venoso en yugular izquierda permeable para paso de medicamentos ordenados, torax simetrico espandible abdomen blando depresible a la palpacion, dos accesos venoso en miembros superiores para paso de medicamentos ordenados, eliminando espontaneo en pañal en abundante cantidad, en miembro inferior derecho se observa ulcera.

10+00 am Durante el turno paciente estable normoacrdicao, normotenso, a febril, se le realiza control de liquidos suministrados y eliminados, control de glucomtrias dentro de los parametros normales realiza una deposicion en abundante cantidad se recibe bañado, recibio y tolero la via oral, no conserva cambios de posiciones se inmoviliza de sus extremidades para evitar retiro de dispositivos medicos.

Firmado por: LEYDI YUDI ASPRILLA IBARGUEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1076325686, CC 1076325686

Fecha: 30/01/2024 11:17 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 10 día(s) en hospitalización, 10 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: 07+00am Recibo paciente en la unidad de cuidados intensivos en regulares condiciones de salud, con barandas de seguridad elevadas mas manilla de identificacion, con monitoria de viotelemetria, con soporte e oxigeno por tubo orotraqueal conectada a ventilacion mecanica saturando dentro de los parametros normales, sonda gastrica permeable para paso de nutricion enteral, monitoria crdaiac continu basica no invsaica con tendenci a la hipertension a febril, abdomne blando depresible a la palpacion, linea medi a en miemro superior izquierdo para pso e medicamentos ordeados, eliminnado por sonad vesycal conectada a cystoflo, extremidades simetricas edematizadas, se observa flictenas en gluteos, paciente con alto riesgo de lesiones de piel or su condicion clinica.

10+50am Duarnte el turno paciente estable, normoacrdica, normotensa, a febril, recibiendo soporte nutricional glucerna 1. 5 ml a 10cc/hrs, soporte e oxigeno por tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica saturando dentro de los parametros normales, se le realiza control de liquidos suministrados y eiminados, control de gluometrias dentro de los parametros normales, realiza una deposicion se le realiza cambios de posiciones e hidratacion de piel, limpieza bucal, se recibe bañada, continua en el servcion bajo observacion media y de enfermeria.

Firmado por: LEYDI YUDI ASPRILLA IBARGUEN, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1076325686, CC 1076325686

Fecha: 30/01/2024 12:10 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

NOTAS DE ENFERMERÍA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	30/01/2024 06:00	30/01/2024 12:00	24	5400

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 30/01/2024 13:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 10 día(s) en hospitalización, 10 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 5/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 5, Coma profundo

Nota de enfermería: 13+00hr Recibo paciente en cama # 4 en uci critico cabeza 30° ailsda por contacto, en posicion supino, baranda de seguridad elevadas, sin vasopresor sin sedoanalgesia valorada en glasgow 7/15, monitoria noinvasiva, sonda nasoyeyunal peremable pasando nutricion 10cc/hr, tubo orotraquela acoplada ventilacion mecanica, cateter picc braquial izquierdo trilumen cubierta con aposito trasparente sin signos de infeccio fecha de curacion equipo vigentes pasando medicamentos, elimina por medio de sonda vesical, se observa con monitoria televideometria, edema en miembro superiores, manilla de identificasion presente.

Firmado por: MILEIDY SINISTERRA ALEGRIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1111793282, CC 1111793282

Fecha: 30/01/2024 18:18 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilacion mecanica Invasiva		15	30/01/2024 12:00	30/01/2024 18:00	24	5400

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 30/01/2024 18:33 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 10 día(s) en hospitalización, 10 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 6/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: duranta el turno del dia se ingresa la cubiculo con epp se monitorea signos vitales observa normotenso, normocardico, afebril, control de liquidos administrados y eliminados, se le brinda cuidados de medidas de higiene y confort, recibe visita del familiar, es asistido por terapia respiratoria, glucometria 147mg/dl, paciente que realiza dos de posiciones liquidas abundante.
19+00hr entrego paciente en cama # 4 en uci critico cabeza 30° en posicion supino, baranda de seguridad elevadas, sin vasopresor sin sedoanalgesia valorado en glasgow 6/15, monitoria no invasiva, sonda nasogastrica peremable pasando nutricion 10cc/hr, tubo orotraqueal acoplada ventilacion mecanica, cateter picc braquial izquierdo pasando medicamentos, elimina por mediode sonda vesical, piel integra para lesiones asociada a la dependencia, realiza dos deposiciones liquidas abundantes, edema miembro inferiore, sujeccion teraputica en

NOTAS DE ENFERMERÍA

miembro superiores.

Firmado por: MILEIDY SINISTERRA ALEGRIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1111793282, CC 1111793282

Fecha: 31/01/2024 10:25 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 11 día(s) en hospitalización, 11 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: 07+00 Recibo paciente en cama en unidad de cuidados intensivos en delicadas condiciones generales, paciente despierta en un glasgow de 9/15, paciente sin soporte vasopresor, se observa con pupilas isocoricas reactivas en 3mm, sonda nasogastrica permeable por donde recibe su nutricion enteral a 10cc/h, tubo orotraqueal conectada a ventilacion mecanica, torax simetrico expandible a la respiracion, paciente con monitoria cardiaca continua no invasiva, paciente que se observa afebril, normotensa, normocardica, abdomen blando deoresible a la palpacion, cateter picc trilumen en el miembro superior izquierdo, elimina por sonda vesical conectada a cystoflo, piel integra para lesiones de piel asociada a la dependencia.

Firmado por: YENNY DANNEYS MINA PAZ, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1062325694, CC 1062325694

Fecha: 31/01/2024 12:04 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	31/01/2024 06:00	31/01/2024 12:00	24	5400

Firmado por: JINETH TATIANA ESPAÑA PEREZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1010015945, CC 1010015945

Fecha: 31/01/2024 12:24 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 11 día(s) en hospitalización, 11 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 9/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Durante la mañana se asiste a baño en cama, se le realiza toma de glucometria de control la cual se encuentra dentro de los parametros normales, no realiza deposicion, elimina en moderada cantidad por su sonda vesical, jefe de turno le administra sus respectivos medicamentos, recibe visita dde familiar, paciente que pasa afebril, normotensa, normocardica, permanece en un glasgow de 9/15, continua en igual plan y manejo medico

Firmado por: YENNY DANNEYS MINA PAZ, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1062325694, CC 1062325694

Fecha: 31/01/2024 14:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 11 día(s) en hospitalización, 11 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO

NOTAS DE ENFERMERÍA

Presión arterial (mmHg): 110/72, Presión arterial media(mmhg): 84, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 103 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventilacion mecanica Invasiva
Temperatura(°C): 36. 8 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 8/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 13+00 horas. Recibo paciente en cama con barandas de seguridad y cabecera elevadas, en compañía de familiar acompañante, hace movimientos oculares al llamado fuerte, no responde al dialogo, no obedece ordenes sencillas, recibiendo monitoría continua no invasiva, afebril, taquicardica, normotensa, en ocaciones moviliza sus miembros superiores e inferiores. Tiene sonda nasogástrica con nutrición enteral Glucerna de 1. 5 k/cal, intubación orotraqueal conectada a ventilación mecánica, bien acoplada, cateter PICC en miembro superior izquierdo para líquidos endovenosos ordenados, abdomen depresible, sonda vesical conectada a bolsa re colectora de orrina, con producido de orina amarilla de aspecto normal. Manilla de identificación legible.

Firmado por: LORENA TATIANA MORENO HURTADO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 31584393, CC 31584393

Fecha: 31/01/2024 16:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 11 día(s) en hospitalización, 11 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Saturación de oxígeno: 98%
Escala del dolor: No evaluable

Glicemia por micrométodo(mg/dl): 147

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Se traslada paciente con todas sus pertenencias al servicio de UCI 4. Lleva fijaciones en buen estado y equipos con fecha vigente, mailla de identificación legible. Se informa a familiar en donde será trasladada la paciente.

Firmado por: LORENA TATIANA MORENO HURTADO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 31584393, CC 31584393

Fecha: 31/01/2024 18:12 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	31/01/2024 12:00	31/01/2024 18:00	24	5400

Firmado por: FABRICIO CABRERA OBANDO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1087644488, CC 1087644488

Fecha: 31/01/2024 18:34 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 11 día(s) en hospitalización, 11 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: entrego paciente en iguales condicioens de salud, paciente que se enceuntra en cam aocn barandas de seguridad elevadas, paciente que queda con pupilas reactivas, con mucosas hidratadas, con sondanasogatrica por la cual recibe nutricion enteral a 10cc/hora, con tubo orotraqueal conectad a la ventilacion mecanica, con cuello simetrico, con torax simetrico normoespansible, con monitoria

NOTAS DE ENFERMERÍA

cardiaca ekg normocardica, con estremidades superiores simetricas con edema, con sujecion mecanica, con cateter picc en miembro superior izquierd bilumen por el cual reicbe medicamentos, con manilla de identificaicon legible con datos completos mas reisgos, ocn abdomen blando y depresible a la palpacion sins ignsod e dolor, con piel intega, con genitales integros con laceracion por el pañal en entrepierna izquierda en proceso de cicatrisacion, con genitales integros eliminando por sonda vesicala csytoflo en buena cantidad, con estremidades inferiores simetricas con edema, paceinte que se le realiza cambios de posicno afebril, con signso vitales estables, no relaiza deposicion.

Firmado por: EYSEN JAWER SALAZAR ORTEGA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1006435580, CC 1006435580

Fecha: 31/01/2024 20:27 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 12 día(s) en hospitalización, 11 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 5, Coma profundo

Nota de enfermería: Recibo paciente en la unidad de cuidados intensivos con barandas elevadas por seguridad del paciente, hemodinamicamente estable, saturando dentro de los parametros normale, s con monitoria cardiaca no invasiva por medio de electrodos, paciente que al examen fisico se observa cabeza normonecefalica, pupilas reactivas, mucosas humedas, sonda nasogastrica pasando nutriicion enteral a 10cc/hr + irrigacion cada 4hr, con soporte de oxigeno por tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica, cuello movil sin adenopatias, torax simetrico nromoexpandible a la respiracion, extremidaes superiores completas con cateter picc bilumen derecho limpio y seco sin singos de infeccion cubierto con aposito transparente, funcional, pasando medicamentos segun orden medica, abdomen blando depresible a la palapcion, extremidades inferiores completas, genitales integros sonda vesical conectada a sistoflo, piel integra para lesiones asociadas a la depedencia

Firmado por: JULIETH MELISSA LOURIDO OSPINA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1192911754, CC 1192911754

Fecha: 01/02/2024 06:42 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	31/01/2024 18:00	01/02/2024 06:00	24	10800

Firmado por: HILARI TATIANA MURILLO PAZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1143972954, CC 1143972954

Fecha: 01/02/2024 07:49 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 12 día(s) en hospitalización, 12 día(s) en cuidado crítico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 4, Coma Profundo -Posible Donante

Nota de enfermería: Recibo paciente en la unidad de cuidados intensivos en regulares condiciones de salud con un glasgow de 4/15 con cabeza normocefalica, pupilas reactiva a la luz, fosas nasales limpias con sonda nasogastrica pinzada, comisura labial simetrica con soporte de O2 por tubo orotraueal conectada a ventilacion mecanica, cuello movil sin adenopatias aparentes a la palpacion, torax simetrico normoexpandible normocardico, afebril, normotenso, normosaturado, miembros superiores simetyricos y moviles con cateter picc bilumen para paso de medicamentos, abdomen blando y deprecible, genitales integros con sonda vesical conectada a cistoflo, miembos inferiores simetricos y moviles, se observa con multiples equimosis, permanece con las barandas elevadas por seguridad del paciente...

NOTAS DE ENFERMERÍA

Firmado por: LEIDY DANIELA MINA IBARBO, ENFERMERIA, Registro 1113694165, CC 1113694165

Fecha: 01/02/2024 13:54 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 12 día(s) en hospitalización, 12 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 4, Coma Profundo -Posible Donante

Nota de enfermería: Durante el turno paciente con signos vitales estables con glucometrias normales se le realizan cambios de posicion se le hidrata la piel, elimnando orina por sonda vesical, se inicia net por orden medica m recibe visita de su familiar, paciente sialorreica se cobran 2 tirillas y lancetas y se le brindan medidas de confort y bienestar...

Firmado por: LEIDY DANIELA MINA IBARBO, ENFERMERIA, Registro 1113694165, CC 1113694165

Fecha: 01/02/2024 14:46 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 12 día(s) en hospitalización, 12 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 132/84, Presión arterial media(mmhg): 100
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 70
Saturación de oxígeno 100%, con oxígeno
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 15/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 12, Gravedad

Nota de enfermería: Ingresa servicio de endoscopia a uci 4 cama 4422 paciente en despierto, especialista en turno realiza endoscopia bajo sedacion sin complicaciones, no se puede realizar gastrostomia por poca luz en pared abdominal especialista termina procedimientos, egresa servicio de endoscopia de uci sin novedad.

Firmado por: ANA MILENA TRUJILLO ORTIZ, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66903948, CC 66903948

Fecha: 01/02/2024 18:04 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 12 día(s) en hospitalización, 12 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 3, Coma Profundo -Posible Donante

Nota de enfermería: Entrego paciente en la unidad de cuidados intensivos en regulares condiciones de salud con un glasgow de 3/15 sonda nasogastrica pasando glucerna 42cc/h con soporte de O2 por traqueostomia conectada a ventilacion mecanica, torax simetrico normocardico, afebril, nromotenso, normosaturado, miembros superiores simetricos y moviles con cateter picc bilumen en msi pasando ringer a 60cc/h, genitales integros con sonda vesical conectada a cistoflo, miembros inferiores simetricos y moviles, queda con las barandas elevadas por seguridad del paciente...

Firmado por: LEIDY DANIELA MINA IBARBO, ENFERMERIA, Registro 1113694165, CC 1113694165

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota aclaratoria

Fecha: 01/02/2024 18:37

nota no pertenece a la paciente.

Firmado por: LEIDY DANIELA MINA IBARBO, ENFERMERIA, Registro 1113694165, CC 1113694165

Fecha: 01/02/2024 18:13 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	01/02/2024 06:00	01/02/2024 18:00	24	10800

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 01/02/2024 18:37 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 12 día(s) en hospitalización, 12 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 4, Coma Profundo -Posible Donante

Nota de enfermería: Entrego paciente en la unidad de cuidados intensivos en regulares condiciones de salud con un glasgow de 4/15 fosas nasales limpias con sonda nasogastrica pasando net glucerna a 20cc/h, con soporte de O2 por traqueostomia conectada a ventilacion mecanica, torax simetrico normocardico, afebril, normotenso, normosaturado, miembros superiores simetricos y moviles con cateter picc para paso de lev, abdomen blando y deprecible, genitales integros, miembros inferiores simetricos y moviles, queda con las barandas elevadas por seguridad del paciente.

Firmado por: LEIDY DANIELA MINA IBARBO, ENFERMERIA, Registro 1113694165, CC 1113694165

Fecha: 01/02/2024 19:00 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 12 día(s) en hospitalización, 12 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 5/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 5, Coma profundo

Nota de enfermería: 19:00 horas resibo paciente de 55 años de edad en uci 4 en cama barandas elevadas por segueridad de paciente en delicadas condicones de salud con monitoria basica continua con un galsgow 5/15, se obdervas pacientne con edema generalizado leve, normocefalica con equimosis en ojo derecho, sonda nasogastrica pasando nutricion, tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecnaica, miemrbos superiores siemtrricos con edema, cateter picc braquial biluemn izqueirdo con aposito trasparente con fehca vigente de curacion sin signos d einfeccion para paso de medicamentos, torax normoexpandible con monitoria cardcia continua, abdoemn blanmdo ala palpacion, genitales integros eliminando por sonda vesical conectada a cistoflo, miembros inferiores simetricos con edema leve, piel integra sin lesiones

NOTAS DE ENFERMERÍA

asociadas a la dependencia

Firmado por: CLAUDIA EUCARIS SOTO CARDONA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66884621, CC 66884621

Fecha: 02/02/2024 06:05 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	01/02/2024 18:00	02/02/2024 06:00	24	10800

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 02/02/2024 06:35 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 13 día(s) en hospitalización, 13 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Durante el turno paciente pasa anciosa no duerme, se realiza control d eglucometrias con reporte normal, se relizan cambios d epoaicon con hidratacion depiel paciente no los conserva con movimientos realizados con las piernas, por orden medica s epasa bolo en hartman de 300cc, jefe d eturnioa dminsitra tratamiento farmacologico ordenaod, elimina por sond avesicla en moderada cantidad, no realiza depsocion paciente asistid apor terpia respiratoria, se realiza baño en cama, higiene oral,

7:00 horas sntergo pacientnene iguales condiciones enn uci 4 en cama barandase elvada spor seguridad de pacientnene, en delciadas condicones de salud con monitoria basic aocntinua con ungalsgow muy flutuable, sonda nasogastrica pasando nutricon, tubo orotraqueal conectado aventilacion mecanica, picc braquail izqueirod con un lumen duro ala irrigacion, torax normoexpandible con monitoria cardiaca continua, abdoemn blando ala palpcion, eliminando por sonda vesical conetada a cistoflo, mienbros supweriores e inferiores siemtricos, con edema, mas sujeccion de miembros superiores alos lados d elacama, para evitar retiro de dispositivos medicos, piel integra sin lesioens asociadas ala dependencia

Firmado por: CLAUDIA EUCARIS SOTO CARDONA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 66884621, CC 66884621

Fecha: 02/02/2024 07:00 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 13 día(s) en hospitalización, 13 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Coma profundo

Nota de enfermería: 07. 00 ahaoras, araecibo paciente de 55 años de edad, femenina, en unidda de cuidados intensivos, en cama hopsitalaria con barandas de seguridad elevadas, valorada en un glasgow de 7/15, cabeza simetrica, pupilas reactivas, sonda nasoyeynal pasando goteo de nutricion enteral, soportada con oxigeno por tubo orotraqueal conectada a ventilacion mecanica, torax normoespandible con electrodos, abdomen depresible, genitales integros eliminando orina por sonda vesical conectada a cistoflo, miembros superiores e inferiores presentes, cateter picc bilumen en miembro superior derecho pasando goteo de medicamentos, monitoria no invasiva, normotensa,

NOTAS DE ENFERMERÍA

normocardica, afebril, saturandod entro d elos parametros normales, conserva piel integra para lecciones asociadas ala dependnecia, escala de dolor no evaluable.

Firmado por: ELIANA FERNANDA PEÑA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059985112, CC 1059985112

Fecha: 02/02/2024 11:23 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 13 día(s) en hospitalización, 13 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Coma profundo

Nota de enfermería: Durante el turno y hasta la hora, s ele realiza monitoreo de signos vitales, monitoreo de liquidos administrados y eliminados, toma de glucometria, cambios de posiciones, hidratacion de piel, elimin aorina en moderada cantidad, no realiza deposicion, soportada con oxigeno por tubo orotraqueal conectada a ventilacion mecanica, en un glasgow 7/15, normotensa, normocardica, afebril, saturando dentro d elos parametros normales, por orden medica se le monta goteo de solucion hartman a 70cc/horasy se le pasa un bolo de cc del mismo, escala de dolor no evaluable, hasta la hora sin mas novedad.

Firmado por: ELIANA FERNANDA PEÑA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059985112, CC 1059985112

Fecha: 02/02/2024 12:14 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 13 día(s) en hospitalización, 13 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Coma profundo

Nota de enfermería: Continua paciente en unidad d ecuidados intensivos, en cama hopsitalaria con barandas de seguridad elevadas, valorad en unglasgow de 7/15, pupilas reactivas, sonda nasogastrica pasando goteod e nutricion enteral, soportada con oxigeno por tubo orotraqueoal conectada a ventilacion mecanica, monitoria cardiaca continua, abdomen depresible, genitales integros eliminando orin apor sonda vesical conectad aa cistoflo, sus cuatro extremidaes presentes, caterter picc bilumen pasando goteo de solucion hartman, uno de los lumen es se encuentra tapado, monitoria no invasiva, normotensa, normocardica, afebril, saturandod entro d elos parametros normales, conserva piel integra para lecciones asociada s ala dependnecia, queda con un aglucometria de 180mg/dl, hasta la hora sin mas novedad.

Firmado por: ELIANA FERNANDA PEÑA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059985112, CC 1059985112

Fecha: 02/02/2024 14:00 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 13 día(s) en hospitalización, 13 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 139/75, Presión arterial media(mmhg): 96, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 75 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno
Temperatura(°C): 36. 1 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 8/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería: Se recibe paciente en escala de glasgow 8/15, pupilas reaccion lenta en 3mm, al examen fisico se observa mucosas humedas pequeña equimosis a nivel de parpado derecho, sonda nasogastrica permeable recibe soporte nutricion de glucerna a 46ml/hr, tubo orotraqueal a ventilacion mecanica acoplado, monitoria continua no invasiva maneja cifras tensionales adecuadas, normocardica, afebril, abdomen depresible blando con aumento del perimetro abdominal, cateter PICC bilumen braquial izquierdo permeables recibe liquidos basales en ringer y medicamentos ordenados, sujeccion de extremidades superiores por seguridad, sonda vesical funcional diuresis de aspecto clara, manilla de identificacion presente, barandas de seguridad arriba, en compañia de familiar.
Se le asiste en cambio de posicion cuidados e hidratacion de piel, presenta lesion a nivel del glueto medio derecho por causa del pañal en proceso de cicatrizacion, realiza deposicion liquida en moderada cantidad.

Firmado por: KAREN LISETH VICTORIA 1107104482, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1107104482, CC 1107104482

Fecha: 02/02/2024 18:19 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilacion mecanica Invasiva		15	02/02/2024 06:00	02/02/2024 18:00	24	10800

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 02/02/2024 20:01 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 13 día(s) en hospitalización, 13 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 19:00 recibo paciente en sala d euci 4 en cubioculo # 12A en cama con barandas de sweguridad elebadas con un glasgow de 8/15 monitoria uci sonda nasogastrica permeable pasndo su nutricion tubo orotraqueal conectado a ventilacion mecanica ekg para monitoria cardiaca genitales con sonda vesical miembros superiores inmovilisados el derecho con brazalete para toma de la tencion arterial el izquierdo con picc bilumen permeable pasando hartmann a 70 miembros inferiores el derecho con manilla de idenfticasion sialorreica con deposiciones diarreicas

Firmado por: FABIO NELSON MAMIAN CORREA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 16932401, CC 16932401

Fecha: 03/02/2024 02:40 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 14 día(s) en hospitalización, 14 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Durante el turno se le realsio cambios de posicion lubricasion de piel toma de glucometria la cual esta dentro de los parametros normalles si realiso deposciioon en abundante cantidad diarreica se le realiso higiene oral baño generalisado en cama lubricasion de piel paciente bastante sialorrreica por orden medica sele suspende su nutricion por procedimiento se le admnistro su tratamientyo indicado

NOTAS DE ENFERMERÍA

segun orden medica con lesion en gluteo derecho por friccion del pañal

Firmado por: FABIO NELSON MAMIAN CORREA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 16932401, CC 16932401

Fecha: 03/02/2024 06:16 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 14 día(s) en hospitalización, 14 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 07:00 entrego paciente en sala de uci 4 en cubiculo # 12A en cama con barandas de segurida delebadas con un glasgow de 8/15 monitoria uci sonda nasogastrica permeable pinsada por procedimiento tubo orotraqueal conectado aventilacion mecanica ekg para monitoria cardaica genitales con sonda vesical con laseracion en gluteo derecho miembros superiores inmovilisados el derecho con brazalete para toma de la tencion arterial el izquierdo con picc bilumen permeables pasando hartman a 70 miembros inferiores el derecho con manilla de idenfticasion sialorreico con deposiciones diarreicas

Firmado por: FABIO NELSON MAMIAN CORREA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 16932401, CC 16932401

Fecha: 03/02/2024 06:22 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	02/02/2024 18:00	03/02/2024 06:00	24	10800

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 03/02/2024 07:00 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 14 día(s) en hospitalización, 14 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: 7+00 recibo paciente de sexo femenina en cama glasgow 9/15, ubicado en la unidad de cuidados intensivos numero cuatro, cubiculo numero 12A, sonda nasogastrica pinzada, cavidad bucal tubo orotraqueal conectada a ventilador mecanico, cuello simetrico, torax expandible con electrodos para monitoria cardiaca no invasiva, miembros superiores presentes con sujecion mecanica, brazo izquierdo cateter PICC permeable pasando medicamentos segun cardex, abdomen depresible, eliminando por sonda vesical conectada a bolsa cistoflo, miembros inferiores presentes, pendiente valorar piel.

Firmado por: EDINSON ALEJANDRO PADILLA PACHON, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1143924649, CC 1143924649

Fecha: 03/02/2024 11:35 - Ubicación: UCI4

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 14 día(s) en hospitalización, 14 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: paciente durante la mañana permanece estable, se realiza su plan de cuidado de enfermeria y confort, control de glucometria, se realiza sus cambios de posicion mas lubrico piel, realiza una deposicion durante la mañana.

Firmado por: EDINSON ALEJANDRO PADILLA PACHON, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1143924649, CC 1143924649

Fecha: 03/02/2024 18:05 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilacion mecanica Invasiva		15	03/02/2024 06:00	03/02/2024 18:00	24	10800

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 03/02/2024 18:26 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 14 día(s) en hospitalización, 14 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 19+00 paciente durante la tarde permanece estable, se realiza su plan de cuidado de enfermeria y confort, control de glucometria, se realiza sus cambios de posicion mas lubrico piel, piel integra, 6+30 le realiza traqueostomia, queda paciente en la unidad, sonda nasogastrica permeable pinzada, traqueostomia conectada a ventilador mecanico, cateter PICC permeable pasando medicamentos segun cardex, eliminando por sonda vesical conectada bolsa cistoflo.

Firmado por: EDINSON ALEJANDRO PADILLA PACHON, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1143924649, CC 1143924649

Fecha: 03/02/2024 18:27 - Ubicación: UCI4
Información del acto quirúrgico - AUXILIAR DE ENFERMERIA

Procedimientos a realizar: 998702 Soporte De Sedacion Para Consulta O Apoyo Diagnostico.
89191D Monitorizacion Electroencefalografica por video y radio (Telemetria) 24 Horas.
965902 Lavado, Irrigacion Y Cuidados De Herida En Area Especial.
998702 Soporte De Sedacion Para Consulta O Apoyo Diagnostico.
998702 Soporte De Sedacion Para Consulta O Apoyo Diagnostico.
431003 Gastrostomia Via Laparoscopica.
311302 Traqueostomia Via Percutanea.
431002 Gastrostomia Via Percutanea (Endoscopica).

NOTAS DE ENFERMERÍA

Quirófano: 414 CUIDADO INTENSIVO 4 PISO

Fechas de la Cirugía:

Entrada al Quirófano: 03/02/2024 17:25 Guardado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE
Salida del Quirófano: 03/02/2024 17:45 Guardado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE
Inicio de Anestesia: 03/02/2024 17:30 Guardado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE
Finalización de Anestesia: 03/02/2024 17:45 Guardado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE
Inicio de Cirugía: 03/02/2024 17:35 Guardado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE
Finalización de Cirugía: 03/02/2024 17:45 Guardado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE

Tiempo en Quirófano (hh:mm): 00:20
Tiempo de Anestesia (hh:mm): 00:15
Tiempo de Cirugía (hh:mm): 00:10

Equipo de Trabajo:
ANESTESIOLOGO, JUAN PABLO QUINTERO FERNANDEZ
CIRUJANO, CRISTHIAN DAVID ARROYAVE DURAN
AYUDANTE, ALVARO ARIAS
INSTRUMENTADOR, JIREH LEMOS MINOTTA
CIRCULANTE, CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE.

Firmado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007967322, CC 1007967322

Fecha: 03/02/2024 18:28 - Ubicación: UCI4
Control preoperatorio - AUXILIAR DE ENFERMERIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Acto quirúrgico: 03/02/2024 18:27:00 p. m.

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 110/78, Presión arterial media(mmhg): 88, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 92 Pulso(Pulsa/min): 92 Lugar toma pulso: Monitoreo electrocardiogràfico
Saturación de oxígeno 100%, con oxígeno por Ventilador

Preparación quirúrgica adecuada: Si
Estado anímico: Tranquilo
Reserva de sangre: No.

Nota: Paciente mayor de edad de sexo femenino en UCI 4, en cama, con restriccion fisica, con un diagnostico de SECUELAS DE TRAUAMATISMO INTRACRANEAL. Se realiza lista de chequeo en la cual niega alergias, con ayuno superior 8 hora, s se revisa consentimiento de procedimiento y anestesia firmados, se observa intubada conectada a ventilacion mecanica, con cateter PICC en miembro supeiror izquierdo bilumen permebale pasando solucion salina al0. 9%, con sonda vesical fija y conetada a cistoflo, pendiente inicio a procedimiento.

Firmado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007967322, CC 1007967322

Fecha: 03/02/2024 18:32 - Ubicación: UCI4
Inicio de cirugía - AUXILIAR DE ENFERMERIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Acto quirúrgico: 295263 Fecha del acto: 03/02/2024 18:27

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 109/60, Presión arterial media(mmhg): 76, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 94 Pulso(Pulsa/min): 94 Lugar toma pulso: Oximetría de pulso
Saturación de oxígeno 100%, con oxígeno por Ventilador

Evaluación preanestésica: Paciente mayor de edad de sexo femenino en UCI 4, en cama, se revisa lista de chequeo y consentimiento de

NOTAS DE ENFERMERÍA

procedimiento y anestesia firmados.

Canalización de vena: Si Sitio: Miembro superior izquierdo Catéter número: Bilumen
Profilaxis: No
Medias antiembólicas: No Protección de priminencias óseas: No

Líquidos endovenosos: Solucion salina al 0. 9%

Nota: Paciente mayor de edad de sexo femenino en cama, de la UCI 4.

Firmado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007967322, CC 1007967322

Fecha: 03/02/2024 18:39 - Ubicación: UCI4
Durante la cirugía - AUXILIAR DE ENFERMERIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Acto quirúrgico: 03/02/2024 18:27:00 p. m.

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 105/55, Presión arterial media(mmhg): 71, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 90 Pulso(Pulsa/min): 90 Lugar toma pulso: Monitoreo electrocardiogràfico
Saturación de oxígeno 100%, con oxígeno por Ventilador

Posición del paciente: Posición de Navaja

Asepsia por: Dr Alvaro Arias

Sustancia: Solucion y jabon de clorhexidina

Sonda vesical: No
Orina evacuante: No

Nota: Anestesiologo induce anestesia con medicmanetos endovenoso quedna registrados en el record de anestesia, Dr Alvaro Arias realiza lavado de sitio operatori (cuello) con previa tecnica aseptica y antiseptica con solucion y jabon clorhexidina, instrumentador abre campos esteriles y se da inicio a procedimiento de TRAQUEOSTOMIA.

Firmado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007967322, CC 1007967322

Fecha: 03/02/2024 18:39 - Ubicación: UCI4
Transoperatorio de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Acto quirúrgico: 295263 Fecha del acto: 03/02/2024 18:27

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 110/54, Presión arterial media(mmhg): 72, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 92 Pulso(Pulsa/min): 92 Lugar toma pulso: Monitoreo electrocardiogràfico
Saturación de oxígeno 100%, con oxígeno por Ventilador

Presentó reacción: No
Placa electrobisturí: No
Protección ocular: No
Proyectil: No
Estudios imagenológicos: No
Exámenes de laboratorio: No
Pieza quirúrgica: No
Asepsia quirúrgica: Si Rasurado: No Posición del paciente: Decúbito Supino
Recuento de compresas: No aplica

Destino del paciente: UCI
Firmado electrónicamente

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota: Procedimiento que transcurre sin complicaciones, pacienet estable.

Firmado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007967322, CC 1007967322

Fecha: 03/02/2024 18:41 - Ubicación: UCI4
Fin de la cirugía - AUXILIAR DE ENFERMERIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Acto quirúrgico: 295263 Fecha del acto: 03/02/2024 18:27

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 99/49, Presión arterial media(mmhg): 65, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 92 Pulso(Pulsa/min): 92 Lugar toma pulso: Monitoreo electrocardiogràfico
Saturación de oxígeno 100%, con oxígeno por Ventilador

Herida: Suturada
Muestra para patología: No
Recuento de compresas: No aplica

Destino del paciente: UCI

Nota: Se termina procedimiento sin complicaciones, queda con traquesotomia funcional y queda conectada ventilacion mecanica, con cateter PICC en miembro superior izquierdo bilumen permeable pasando solucion salina al 0. 9%, con sonda vesical fija y conectada cistoflo, queda con historia clinica completa, monitoria y personal de la sala.

Firmado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007967322, CC 1007967322

Fecha: 03/02/2024 18:46 - Ubicación: UCI4
Inicio de recuperación - AUXILIAR DE ENFERMERIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Acto quirúrgico: 295263 Fecha del acto: 03/02/2024 18:27 Fecha y hora de inicio de recuperación: 03/02/2024 18:40

Nota: Queda paciente en UCI 4, con monitoria, soporte de oxigeno y con historia clinica completa.

Firmado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007967322, CC 1007967322

Fecha: 03/02/2024 18:48 - Ubicación: UCI4
Fin de recuperación - AUXILIAR DE ENFERMERIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico
Acto quirúrgico: 03/02/2024 18:27:00 p. m. Fecha y hora de fin de recuperación: 03/02/2024 18:41

Nota: Paciente mayor de edad de sexo femenino en UCI 4, en cama, con monitoria, soporte de oxigeno, personal de la sala e historia clinica completa.

Firmado por: CAMILA ANDREA MENDEZ APONTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007967322, CC 1007967322

Fecha: 03/02/2024 19:48 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 14 día(s) en hospitalización, 14 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

NOTAS DE ENFERMERÍA

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: Recibo paciente en la unidad de cuidados intensivos en regulares condiciones de salud con un glasgow de 8/15 con cabeza normocefalica, pupilas reactivas a la luz, fosas nasales limpias con sonda nasgastrica pinzada, comisura labial simetrica, cuello movil sin adenopatias aparentes a la palpacion con soporte de O2 por traqueostomia conectada a ventilacion mecanica, torax simetrico normocardico, afebril, normotenso, miembros superiores simetricos y moviles con cateter picc bilumen pasando lev segun orden medica ringer a 70cc/h, abdomen blando y deprecible, genitales integros con sonda vesical conectada a cistoflo, miembros inferiores simetricos y moviles, piel integra sin lesiones absociadas a la dependencia, permanece con las barandas elevadas por seguridad del paciente...

Firmado por: LEIDY DANIELA MINA IBARBO, ENFERMERIA, Registro 1113694165, CC 1113694165

Fecha: 04/02/2024 06:38 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 15 día(s) en hospitalización, 15 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala de Sedacion y Agitacion de Richmond (RASS) : Total: 1, Inquieto

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: Durante el turno paciente con signos vitales etabes con glucometrias normales se le realizan cambios de posicion y no los conserva, baño general e higeine oral, eliminando orina en moderadas cantidades por sonda vesical, se le inicia goteo de midazolam por orden medica se cobran 2 ringer de 500ml, 12 ampollas de midazolam, 1 jeringa de 20ml, 1 aguja 18, 1 fijador de sonda nasogastrica, realiza deposiccion liquida, y se le brindan medidas de confort de bienestar.

Entrego paciente en la unidad de cuidados intensivos en regulares condiciones de salud con un rass 1 con sonda nasogastrica pinzada, con soporte de O2 por traqueostomia conectada a ventilacion mecanica, torax simetrico normocardico, afebril, normotenso, normosaturado, miembros superiores simetricos y moviles con cateter picc bilumen en msi pasando midazolam a 2cc/h ringer a 70cc/h, genitales integros con sonda vesical, miembros inferiores simetricos y moviles, queda con las barandas elevadas por seguridad del paciente.

Firmado por: LEIDY DANIELA MINA IBARBO, ENFERMERIA, Registro 1113694165, CC 1113694165

Fecha: 04/02/2024 06:41 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	03/02/2024 18:00	04/02/2024 06:00	30	10800

Firmado por: JOSE DAVID LOPEZ VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1107508526, CC 1107508526

Fecha: 04/02/2024 18:19 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

NOTAS DE ENFERMERÍA

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilador		15	04/02/2024 06:00	04/02/2024 18:00		10800

Firmado por: GERALDINE HERNANDEZ Z, FISIOTERAPEUTA, Registro 1107095744, CC 1107095744

Fecha: 04/02/2024 18:38 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 15 día(s) en hospitalización, 15 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 8/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: entrego paciente en ifuales condiciones de salud, paciente que se enceuntra en cama con barandas de seguridad elevadas, paciente que queda con pupilas reactivas, con mucosas hidratadas, con cuello siemtruco, con traqueostomia conectada a la ventilacion mecanica, con torax simetrico normoespansible, con monitoria cardiaca ekg normocardica, con estremidades superiores simetricas con edema, paciente con sujecion mecanica, con cateter picc en miembro superior izquierdo por el cual reicne midazolam a 2cc/hora hartman a 70c/hora y medicamentos, con abdoemn blando y depresible a la palpacion sin signsod e dolor, con piel integra, con genitales integros eliminando por sonda vesical a cystoflo en buena cantidad, con estremidades inferiores siemtricas con edema, paciente que se le realiza cambios de posiciona febril, con signos vitales estables, recibe visita del familiar, paciente que no realiza deposicion se le inicion nutricion enteral por sonda nasogastrica a 46cc/hora, con signos vitales estables, se le realiza cambios de quipos.

Firmado por: EYSEN JAWER SALAZAR ORTEGA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1006435580, CC 1006435580

Fecha: 05/02/2024 06:17 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventilacion mecanica Invasiva		15	04/02/2024 18:00	04/02/2024 21:00	24	2700
mascara de oxígeno		3	04/02/2024 21:00	05/02/2024 06:00	32	1620

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 05/02/2024 12:04 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	05/02/2024 06:00	05/02/2024 12:00	24	1440

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 05/02/2024 12:32 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 16 día(s) en hospitalización, 16 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 07:00 recibo paciente en sala d euci 4 en cubiculo # 13 enn cama conbarandas de sefurida delebadas con un glasgow de 8/15 monitoria uci sonda nasogastrica permeable pasando su nutriocn traqueostomia con mascra ventuiry ekg para monitoria cardiaca genuitrales con sonda vesical con defaselacion en gluteo derecho por flictena miembros superiores inmovilisados edematisados el izquierdo con picc bilumen permeables pasando su tranmiento indicado segun ordenmedica miembros inferiores edematisdados el izquierdo conn brazalete para toma de la tencion arterial el derecho con manilla d eidnefticasion piel integra

Durante el turno se le realsio canbios de posciion lubricasion de piel, toma de glucometria la cual esta dentro delosm parametros normales nomrealiso deposicdion diuresi en buena cantidad por orden medica se le suspendeel midasolan su nutriiconqueda sus oendiada pior el el momento no hay en el hospital

13:00 entrego paciente en sala d euci 4 en cubiculo # 13 en caa con bransdas de seguridad elebadasxconn un glasgow de 8/15 monitoria cui sonda nasogastrica permeable pinssada traqueostomia con mascra ventury ekg para monitoria cardiaca genitales con sonda vesiocal con lesion en gluteo derecho por flictenas miembros superiores inmovilisados edematisados el izquierdo con picc bilumen permeable pasando su tramiento segun ordenemdica miembrosinferiores el izquierdo con brazalete para tom adela tencion arteerial el derecho con manilla d eidenfticasion con diiocn de la piel integra norealiso deposicion

Firmado por: FABIO NELSON MAMIAN CORREA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 16932401, CC 16932401

Fecha: 05/02/2024 14:15 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 16 día(s) en hospitalización, 16 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 8/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 13. 00 Horas, Recibo paciente de 55 años de edad, femenina, en unidda de cuidados intensivos, en cama hospitalaria con barandas de seguridad elevadas, valorada en un glasgoe de 8/15, cabeza simetrica, pupilas derecha en 3mm fija, pupila izquierda en 3mm reactiva, sonda nasogastrica pinada, soportada con oxigeno por traqueostomia conectada a mascara ventury, torax normoespandible cone lectrodos, abdomen depresible, genitales integros eliminando orin apor sonda vesical conectada a cistoflo, miembros uperiores e inferiores presentes, cateter picc bilumen en miembro superior izqierdo pasando goteo de solucion hartman a 30cc/horas, monitoria no invasiva, normotensa con tendnecia ala hipertension, normocardica con tendencia a la taquicardia, presenta flictenas en espalda, laccion asociada ala dependnecia categioria dos en gluteo derecho, escala de door no evaluable.

Firmado por: ELIANA FERNANDA PEÑA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059985112, CC 1059985112

Fecha: 05/02/2024 18:25 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

NOTAS DE ENFERMERÍA

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	05/02/2024 12:00	05/02/2024 18:00	24	1440

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 05/02/2024 18:28 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 16 día(s) en hospitalización, 16 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Durante el turno y hasta la hora, se le realiza monitoreo de signos vitales, monitoreo de liquidos administrados y eliminados, toma de glucometria, cambio d eposiciones, hidratacion de piel, continua soportada con oxigeno por traqueostomia conectada a mascara ventury, normotensa, normocardica, afebril, saturandod entro d elos parametros normales, en un glasgow de 8/15, la paciente no conserva cambios de posiciones, elimina orina en abuandante cantidad por sonda vesical, realiza deposicion, escala de dolor no evaluable, recibe vicita de familiar, hasta la hora sin mas noveadd.

Continua paciente en unidad de cuidados intensivos, en cama hopsitalaria con barandas de seguridad elevadas, valorada en un glasgow de 8/15, pupilas reactivas, sonda nasogastrica pasando goteo de nuricion enteral, soportada con oxigeno por traqueostomia conectada a mascara ventury, monitoria cardiaca continua, elimianndo orina por sonda vesical conectada a cistoflo, cateter picc pasando goteo de solucion hartman, laceracion engluteo derecho, monitoria no invasiva, normotensa, normocardica, afebril, saturando dentro de los parametros normales, hata la hora sin mas noveadd.

Firmado por: ELIANA FERNANDA PEÑA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059985112, CC 1059985112

Fecha: 06/02/2024 06:10 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	05/02/2024 18:00	06/02/2024 06:00	24	2880

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 06/02/2024 07:43 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 17 día(s) en hospitalización, 17 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Recibo paciente en la unidad de cuidados intensivos en regulares condiciones de salud con un glasgow de 8/15 con

NOTAS DE ENFERMERÍA

cabeza normocefalica, pupilas reactivas a al luz, fosas nasales limpias con sonda nasogastrica pasando net glucerna a 46cc/h, comisura labial simetrica, cuello movil sin adenopatias aparentes a la palpacion con soporte de O2 por traqueostomia conectada a mascara ventury a 4 litros, torax simetrico normocardico, afebril, normotenso, normosaturado, miembros superiores simetricos y moviles con cateter picc bilumen en msi pasando ringer a 30cc/h, abdomen blando y deprecible, genitales integros con sonda vesical conectada a cistoflo, miembros inferiores simetricos y moviles, piel integra sin lesiones absociadas a la dependencia, permanece con las barandas elevadas por seguridad del paciente...

Firmado por: LEIDY DANIELA MINA IBARBO, ENFERMERIA, Registro 1113694165, CC 1113694165

Fecha: 06/02/2024 10:49 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 17 día(s) en hospitalización, 17 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Durante el turno paciente con signos vitales estables con glucometrias normales se le realizan cambios de posicion se le hidrata la piel, eliminando orina por sonda vesical, no realiza deposicion, se iriga sonda nasogastrica, se cobran 1 tirilla y lanceta, y se le brindan medidas de confort y bienestar...

Firmado por: LEIDY DANIELA MINA IBARBO, ENFERMERIA, Registro 1113694165, CC 1113694165

Fecha: 06/02/2024 12:54 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 17 día(s) en hospitalización, 17 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Entrego paciente en la unidad de cuidados intensivos en regulares condiciones de salud con un glasgow de 8/15 fosas nasales limpias con sonda nasogastrica pasando net glucerna a 46cc/h con soporte de O2 por traqueostomia conectada a mascara ventury a 4 litros, torax simetrico normocardico, afebril, normotenso, normosaturado, miembros superiores simetricos y moviles con cateter picc bilumen en msi pasando ringer a 30cc/h, abdomen blando y deprecible, genitales integros con sonda vesical, miembros inferiores simetricos y moviles, queda con las barandas elevadas por seguridad del paciente.

Firmado por: LEIDY DANIELA MINA IBARBO, ENFERMERIA, Registro 1113694165, CC 1113694165

Fecha: 06/02/2024 14:13 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 17 día(s) en hospitalización, 17 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Recibo pacinete en la unidad de cuidados intensivos con barandas elevadas por seguridad del pacinete, hemodinamicamente estable, saturando dentro de los parametros normales, con monitoria cardiaca no invasiva por medio de electrodos

NOTAS DE ENFERMERÍA

pacinete que al examen fisico se observa cabeza normoencefalica, pupilas reactivas, pabellon auricualr sanos, tabique siemtrico, mucosas humedas, sonda nasogastrica pasando nutricion enteral a 46cc/hr + irrigacion cada 4hr, con sopoprte de oxigeno por traqueostomia a aire ambiente, cuello movil sin adenopatias, torax simetrico normoexpanidble a l arespiracion, extremidades superiroes completas con cateter picc bilumen derecho limpioy seco sin singnos de infeccion cubierto con aposito transparente, funcional pasando hartman a 30cc/hr + medicmentos segun orden medica, abdomen balndo depresible a la palpacion, extremidas inferiores completas, genitales integros, eliminando por sonda vesical conectada a sistoflo, piel integra para lesiones asociadas a la depedencia

Firmado por: JULIETH MELISSA LOURIDO OSPINA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1192911754, CC 1192911754

Fecha: 06/02/2024 18:25 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 17 día(s) en hospitalización, 17 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Paciente que durante el turno pasa hemodinamicamente estable, saturando dentro de los parametros normales, se le realiza cambios de posicion + hidratacion de piel, control de liquidos administrados y eliminados, control de glucmeotrias el cual sale dentro de los parametros normales, pacinete que elimna por sonda vesical en moderada cantidad, no realiza deposicion, continua igual manejo medico sin mas cambios hasta el momento

Firmado por: JULIETH MELISSA LOURIDO OSPINA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1192911754, CC 1192911754

Fecha: 06/02/2024 18:42 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	06/02/2024 06:00	06/02/2024 18:00	24	2880

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 06/02/2024 19:50 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 17 día(s) en hospitalización, 17 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 7/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Coma profundo

Nota de enfermería: recibo paciente en buenas condicioens generales, paciente que se encuentra en cama con barandas de seguridad elevadas, paciente que a la revicion cefalocaudal se le enceuntra con pupilas reactivas, con mucosas hidratadas, con sonda nasogastrica por la cual reicbe nutricion enteral a 46cc/hora, con cuello simetrico, con traqueostomia por la cual reicbe oxigeno por mascarilla venturi, con tora simetrico normoespansible, con monitoria cardiaca ekg normocardico, con estremidades superiores simetricas con edema con sujecion mecanica, con cateter picc en miembro superior derecho bilumen por el cual recibe hartman a 30cc/hora, con abdomen blando y depresible a la palpacion sin signos de dolor, con piel integra, con genitales integros eliminando por sonda vesical a cystoflo en buena cantidad, con estremidades inferiores simetricas sin edema, paciente que no conserva los cambios de posiciona febril, con signos vitales estables.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Firmado por: EYSEN JAWER SALAZAR ORTEGA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1006435580, CC 1006435580

Fecha: 07/02/2024 06:06 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	06/02/2024 18:00	07/02/2024 06:00	24	2880

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 07/02/2024 06:34 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 18 día(s) en hospitalización, 18 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 8/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: entrego paciente en iguales condicioens de salud, paciente que se encuentra en cama con barandas de seguridad elevadas, paciente que queda con pupilas reactivas, con mucosas hidratadas, con cuello simetrico con traqueostomia por la cual reicbe oxigeno por mascarilla venturi, con torax simetrico normoespansible, con monitoria cardiaca ekg normocardica, con estremidades superiores simetricas con edema, con cateter picc por la cual reicbe hartman a 30cc/hora y medicamentos, con abdomen blando y depresible a la palpacion sins ignsod e dolor, con piel integra, con genitalesintegros eliminando por sonda vesical en buena cantidad, con estremidades inferiores simetricas sin edema, paciente qque se le relalizan cambios de posiciona febril, con signos vitales estables, no realiza deposicionam, paciente que se le conecto a viteotelemetria.

Firmado por: EYSEN JAWER SALAZAR ORTEGA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1006435580, CC 1006435580

Fecha: 07/02/2024 08:43 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 18 día(s) en hospitalización, 18 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica Estado de conciencia: Glasgow 8/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 07:00 Recibo paciente en unidad de cuidados intensivos #4 en el cubiculo #13, paciente que a la valoracion neurologica se encuentra en un glasgow 8/15, paciente que al momento de la valoracion fisica se evidencia que la paciente se encuentra conectada a una video telemetria la cual se encuentra evidencialmente en buenas condiciones generales, paciente que se encuentra con pupilas reactivas a la luz en 2 lentas, paciente que se encuentra con mcuosas humedas en buenas condiciones generales, paciente que se encuentra con cavidad oral en buenas condiciones generales que se enucnetra con sonda orogastrica en buenas condiciones generales, paciente que se encuentra con cuello movil que se enucnetra con traqueostomia que se enucnetra con ventury al 24% paciente que se encunetra con meimbros superiores completos con movilidad, con un cateter picc por el cual se encunetra pasando tratamiento farmacologico ev por orden medica, paciente que se enucnetra con sujecion mecanica de los mismos por protocolo institucional, paciente que se encuentra con torax expandible a la respiracion que s eenucnetra con monitoria cardiaca no invasiva por electrodos, paciente que se encuentra con abdomen depresible a la palpacion sin señales de dolor a la msima, paciente que s eenucnetra con genitales en buenas condiciones generales que s

NOTAS DE ENFERMERÍA

eneucnetra elimiandno por sonda vesical conectada a sistoflow, paciente que se encunetra conservando la piel integra para lesiones asociadas a la dependencia, paciente que se encunetra con meimbro inferiores completos con movilidad.

Paciente que s eneucnetra hasta el moemtno hemodinamicamente estable dentro de sus codniciones clinicas, paciente que se encuentra ya con su higiene corporal en hroas de la madrugada y que se encunetra en beunas condiciones higienicas.

Firmado por: KATERIN BARRIOS SEPULVEDA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1144104022, CC 1144104022

Fecha: 07/02/2024 12:22 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	07/02/2024 06:00	07/02/2024 12:00	24	1440

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 07/02/2024 18:07 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	07/02/2024 12:00	07/02/2024 16:00	24	960

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 07/02/2024 20:35 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 19 día(s) en hospitalización, 18 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 19. 00 Hotas, Recibo paciente de 55 años de edad, femenina, en uidda de cuiddaos intensivos, en cama hospitalaria con brandas de seguridad elevadas, valotrada en un glasgow 8/15, cabeza simetrica, bonectada a biotelemetria, pupila sreactivas, mucosas humedas, sonda orogastrica pasando goteo de nutricion enteral, sin soporte d eoxigeno, traqueostomia, torax normoespandible cone lectrodos, abdomen depreesible, genitales integros eliminando orin apor sobnda vesical conectada a cistoflo, miembros superiores e inferiores presentes, cateter picc bilumen en miembro superior izquierdo pasando goteo de solucion hartman, mmonitoria no invasiva, hemodiamicamente stable, conserva piel integra para lecciones asociadas ala dependnecia.

Firmado por: ELIANA FERNANDA PEÑA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059985112, CC 1059985112

Fecha: 08/02/2024 05:05 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente de 55 Años, Género Femenino, 19 día(s) en hospitalización, 19 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 8/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Durante el turno y hasta la hora, se le realiza monitoreo de signos vitales, monitoreo d eliquidos administrados y eliminados, toma d eglucometria con valor de 151mg/dl, a la 01. 00 horas le retiran biotelemetria, s ele realizan cambios d eposiciones, eliminaorina en moderada cantidad, no realiza deposicion, a las 00. 00 horas por orden de enfermeria se le suspenden nutricion enteral, queda irrigada y pinzada sonda nasogastrca, valorada en un glasgow 8/15, tolerando oxigeno ambiente, con goteo de solucion hartman por cateter picc, escala de dolor no evaluale, normotensa, normocardica, afebril, saturandod entro de los parametros normales, hasta la hora sin masnovedad.

Firmado por: ELIANA FERNANDA PEÑA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059985112, CC 1059985112

Fecha: 08/02/2024 06:52 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 19 día(s) en hospitalización, 19 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 8/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Estupor

Nota de enfermería: Continua paciente en unida de cuiddaos intensivos, encama hospitalaria con barandas de seguridad levadas, valorad en un glasgow 8/15, pupilas reactivas, sonda nasogastrica pinzada permeable, tolerando oxigeno ambiente, traqueostomia, monitoria cardiaca continua, elimianndo orin apor sonda vesical conectada a cistoflo, cateter picc bilumen pasando goteo de solucion hartman, monitoria no invasiva, normotensa, normocardica, afebril, saturandod entro d elos parametros normales, conserva piel integra para lecciones asociada s ala depennecia, queda con un aglucometria de 151mg/dl, hasta la hora sin mas novedad.

Firmado por: ELIANA FERNANDA PEÑA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059985112, CC 1059985112

Fecha: 08/02/2024 10:48 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 19 día(s) en hospitalización, 19 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 07:00 recibo paciente en sala de uci 4 enc ubiculo # 13 enn cama conn barandas de seguridad elebadas con un glasgow de 8/15 monitoria ucim sonda orogastrica permeable pinsada por procedimienmto traqueostomia aire ambiete ekg para monitoria cardaica genitales con sonda vesicalm miembros superiores inmovilisados el derecho con brazalete parac toma d ela tencion arteial el izquierdo conn picc bilumen permeables pasando su trtamiento segun orden emduica miembtros inferiorwes inmovilisados con dicion de la piel ibntegra con edema generalisado

Durante el turno de la mañana sse le eralsio cambios de posiicon lubricasion de piel toma de glucoemtria la cual esta dentrode los parametros normales no realiso deposicion diuresis en bueana cantidad se le admnistro su trtamienmto indicado segun ordenemdica con tionua con su pielo integra

Firmado por: FABIO NELSON MAMIAN CORREA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 16932401, CC 16932401

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 08/02/2024 16:26 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 19 día(s) en hospitalización, 19 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Durante el turno de la tarde se le realiso cambios d eposicion lubricasion de piel toma de glucometria la cual esta dentro de los parasmetros normales no realñiso deposicion diuresis enn buena cantidad es bistada por el familiar a las 16:30 se le baja para procedimiento de gastrostomia queda con su monitoria de la sala queda pendienete su llamado para ir por ella con tinua con su piel integra se le admnistro su tratamiento indicado segun orden medica

Firmado por: FABIO NELSON MAMIAN CORREA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 16932401, CC 16932401

Fecha: 08/02/2024 17:08 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 19 día(s) en hospitalización, 19 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 125/80, Presión arterial media(mmhg): 95
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 97
Saturación de oxígeno 99%, sin oxígeno
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 3/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 3, Coma Profundo -Posible Donante

Nota de enfermería: Se recibe paciente de sexo femenino en estado de somnoliencia profunda, con traqueostomia, acesso venoso permeable monitorizada y orden para endoscopia con gastrostomia. Se firman consentimientos con famliliar e ingresa a sala anestesiologo induce anestesia sedacion y especailista realiza gastrostomia percutanea sin complicaciones.
se traslada a sala de recuperacion.
paciente que aparentemente se recupera de su anestesia y egresa del servicio traladada por personal asistecial de la sala.

Firmado por: FRANCY LORENA LEON CARABALI, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007428433, CC 1007428433

Fecha: 08/02/2024 18:52 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 19 día(s) en hospitalización, 19 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 19:00 entrego paciente en sala de uci 4 en cubiculo # 13 en cama con barandas d eserguruidad elebdas con un glasgow de 8/15 monitoria ucim traqueostomia aire ambiete ekg para monitoria cardiaca abdomen con gastrostomia pinsada genitales con sonda vesical miembros superiores con sugesion terapeutica el derecho con brazalete para toma de la tencion arterial el izquierdo con picc bilumen permeables pasando su trtamiento segun orden medica miembros inferiores con sugesion terapeutica edema genetralisado con diicon de la opiel integra a las 17:00 se regresa paciente a la sala por que le realisaron su gastrostomia el cual queda pinsada no realiso deposicion

Firmado por: FABIO NELSON MAMIAN CORREA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 16932401, CC 16932401

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 09/02/2024 06:13 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 20 día(s) en hospitalización, 20 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 8/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: 19:00 Recibo paciente en unidad de cuidados intensivos #4 en el cubiculo #13, paciente que s eneucnetra a la valoracion neurologica en un glasgow 9/15, paciente que se encuentra a la valoracion fisica con pupilas reactivas a la luz, con mcuosas humedasd, paciente que s eneucnetra con cavidad oral en buenas condiciones generales, paciente que se encuentra con cuello movil en beunas condiciones generales, paciente que se encuentra con traqueostomia que se encuentra al aire ambiente, paciente que se encnetra con miembros superiores completos con movilidad, paciente que se encuenta con un cateter picc en beunas codniciones generles, paciente que se encunetra con torax expandible a a la respiracion que se encunetra con monitoria cardiaca no invasiva por electrodos, paciente qu se encunetra cona bdomen blando depreible a la palapcionq ue se enucnetra con gastrosotmia en buenas condiciones generale s, pacinete que s eneucnetra con genitales en beunas codniciones geerlaes que se encuentra eliminandopor sonda vesicalconectada a sistoflow, pacinete que s eneucnetra con miembros inferiores completos con movilidad.

Paciente que en la noche se le realizan sus respectivos cambios de posociones + hidratacion de la piel que de ifual manera se le realiza un baño en cama, que a las 3 am se le inicia su nutricion por las gastrosotmia por orden medica a 20cc/h, paciente que se enucnetra en beunas condiciones generales.

Firmado por: KATERIN BARRIOS SEPULVEDA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1144104022, CC 1144104022

Fecha: 09/02/2024 08:25 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 20 día(s) en hospitalización, 20 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 7/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Coma profundo

Nota de enfermería: recibo paciente en iguales condiciones de salud, paciente que se enceuntra en cama con barandas de seguridad elevadas, paceinte que a la revicion cefalocaudal se le encuentra con pupilas reactivas, con mucosas hidratadas, con cuello simetrico con traqueostomia con oxigeno por mascarilla venturi, con torax simetrico normoespansible, con monitoria cardiaca ekg normocardico, con estremidades superiores simetricas con edema, con sujecion mecanica, con manilla de identificacion legible con datos compeltos mas riesgos, con abdoemn blando y depresible a la palpacion sin signos de door, con gastrosotmia por la cual reicbe nutricion enteral a 20cc/hora, con piel integra, con genitales itnegros eliminando por sonda vesical a cystoflo en buena cantidad, con estremidades inferiores simetricas con edema, paceinte que se nceuntra con sujecion mecanica, paceine que no coserva los cambios de posicion.

Firmado por: EYSEN JAWER SALAZAR ORTEGA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1006435580, CC 1006435580

Fecha: 09/02/2024 12:44 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 20 día(s) en hospitalización, 20 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 8/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería: entrego paciente en iguales condiciones de salud, paciente que se eneuntra en cama con barandas de seguridad elevadas, paciente que queda con pupilas reactivas, con mucosas hidratadas, con cuello simetrico con traqueostomia al medio ambiente, con torax simetrico normoespansible, con monitoria cardiaca ekg normocardica, con estremidades superiores simetricas con edema, con sujecion mecanica, con cateer picc en miembro superior izquierdo bilumen sin paso de medicamentos ni liquidos, con abdoemn blando y depresible a la palpacion sin signsod e dolor, con gastrosotmia por la cual reicbe nutricion enteral a 20cc/hora, con piel integra, con genitales integros eliminando por sond avesical a cystoflo en buena cantidad, con estremidades inferiores simetricas con edema, paciente que se l realiza cmabios de posiciona febril, con signso vitales estables, paciente que que no realiza deposicion no recibe visit adel familair, paciente que queda con fiebre.

Firmado por: EYSEN JAWER SALAZAR ORTEGA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1006435580, CC 1006435580

Fecha: 09/02/2024 12:49 - Ubicación: UCI4
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	09/02/2024 10:00	09/02/2024 12:00	24	480

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 09/02/2024 14:53 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 20 día(s) en hospitalización, 20 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 8/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 13. 00 Horas, Recibo paciente de 55 años de edad, femenina, en unidda de cuiddaos intensivos, en cama hospitalaria con barandas de seguridda elevadas, valorada en un glasgow de 8/15, cabeza simetrica con herida quirurgica sucturada, pupilas en 3mm reactivas lentas, mucosas humedas, soportada con oxigeno por traqueostomia conectada a mascra ventury, torax normoespandible con electrodos, abdomen depresible, gastrostomia pasando goteo de nutricion enteral, genitales integros eliminando orina por sonda vesical conectada a cistoflo, miembros superiores e inferiores presentes, cateter picc bilumen en miembro superior izquierdo pasando goteo de medicamentos, monitoria no invasiva, normotrenso, taquicardica, afebril, saturandod entro d elos parametros normales, conserva piel integra para lecciones asociadas ala dependnecia, en compañia de familiar, escala de dolor no evaluable.

Firmado por: ELIANA FERNANDA PEÑA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059985112, CC 1059985112

Fecha: 09/02/2024 17:39 - Ubicación: UCI4
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 20 día(s) en hospitalización, 20 día(s) en cuidado crítico

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Durante el turno y hasta la hora, se le realiza monitoreo de signos vitales, monitoreo de liquidos adminsitados y

NOTAS DE ENFERMERÍA

eliminados, toma de glucometria, cambios d eposiciones, hidratacion de piel, elimina orina en moderada cantidad por sonda vesical, no realiza deposicion, continua soportada con oxigeno por traqueostomia conectada a mascara ventury, valorada en un glasgow de 8/15, se evidencia flujo vaginal verdoso con mal olor, ya reportado, continua con goteo de nutricion enteral por sonda gastrica la cual se irriga cada cuatro horas con 40cc de agua libre manualmente, normotensa, normocardica, saturabdo dentro d elos parametros normales, presenta temperaturas altas, se le realiza medios fisicos, en espera de traslado para sala neurologica, hasta la hora sin mas novedad.

Firmado por: ELIANA FERNANDA PEÑA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059985112, CC 1059985112

Fecha: 09/02/2024 18:35 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 20 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 115/68, Presión arterial media(mmhg): 83, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 81 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 90%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 21
Temperatura(°C): 35. 8 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 8/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 11, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 4, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: Ingresa paciente en camilla proveniente de UCI 4, en compañia de auxiliar, paciente con glasgow 8/15, fuerza muscular cuadriparesia, se observa con apertura ocular espontanea al llamado, tolerando oxigeno por ventury al 21% a 4 litros por minuto, traqueostomia permeable movilizando secreciones, con cateter picc bilumen permeable sin signos de infeccion, gastrostomia permeable para el paso de su nutriccion continua aun no en meta Glucerna 1. 5Kcal a 20cc/hora, eliminando por sonda vesical conectada a cistoflo, se observa con laseracion en gluteo derecho a lo cual auxiliar refiere que es por accidente de transito, resto de piel integra, con manilla de identificacion en malas condiciones, se informa a jefe de turno, se ubica paciente en cama 7A con barandas elevadas por su seguridad, se realiza control de signos de vitales los cuales quedan registrados en historia clinica, se coloca nutriccion, continua paciente bajo vigilancia medica y cuidados de enfermeria.
Pendiente inicio de su tratamiento farmacologico.

Firmado por: NAYDELIN GARCIA MEJIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1193285154, CC 1193285154

Fecha: 09/02/2024 18:52 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 20 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Se traslada paciente en buenas condiciones hgemerales, en camilla hopsitalaria, en un glasgow 8/15, hemodinamicamente estable, con todas sus pertenencias a sala neurologica, donde la recive conmpañero quien la revisa sefalocaudalmente, queda con un aglucometria de 136mg/dl, hasta la hora sin mas novedad.

Se realiza desinfeccion de equipos viomedicos.

Firmado por: ELIANA FERNANDA PEÑA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059985112, CC 1059985112

Fecha: 09/02/2024 18:54 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería - ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 20 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 9/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 12, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 2, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: Ingresa paciente femenina de 55 años con diagnostico de politraumatismo por accidente de transito, trauma craneoencefalico severo lesion axional difusa grado II, estatus epileptico no motor en videotelemetria 29/01/24, antecedente de diabetes mellitus tipo II, previamente comentada por UCI 4, ingresa con historia clinica, manilla de identificacion borrosa en pie. A la valoracion paciente reacciona al estimulo doloroso, con traqueostomia ventury al 24%, gastrostomia pasando nutricion glucerna, picc en miembro superior derecho bilumen rotulado sin signos de infeccion, eliminando por sonda vesical la cual se encuentra sin fijador, con pañal, queda paciente estable en cama.

Firmado por: MARIA FERNANDA RUIZ MORENO, ENFERMERIA, Registro 1143874637, CC 1143874637

Fecha: 09/02/2024 20:02 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 21 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 145/83, Presión arterial media(mmhg): 103, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 128
Saturación de oxígeno: 90%
Temperatura(°C): 38 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 12/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama barandas deseguridad elevadas somnolienta, con glasgow de 9/15, apertura ocular espontanea, con traqueostomia funcional recibiendo oxigeno por ventury a 24% a 4litros, con cateter picc en miembro superior izquierdo permeable para paso de medicamentos ordenados, solucion salina para medicamentos, con gastrostomia funcional, recibiendo nutricion glucerna a 46cc/hora, elimina por sonda vesical apermanencia, piel integra, paciente con riesgo de caida y lesiones de piel asociadas ala dependencia, se observa tranquila.

Firmado por: ZULLY GONZALEZ CASTRO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25618432, CC 25618432

Fecha: 10/02/2024 06:09 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 21 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 114/76, Presión arterial media(mmhg): 88, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 125
Saturación de oxígeno: 99%
Temperatura(°C): 37. 5 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Paciente que durante el turno de la noche se le asiste en actividades basicas, interactua con el medio respirando

NOTAS DE ENFERMERÍA

oxigeno del ambiente, con movilidad de sus exremidades superiores e inferiores, son monitorizados los signos vitales normotenso afebril, sin acceso venoso no requiere por el moemnto se administran los medicamentos ordenado en el turno, continua con glucerna a 46cc/hora, se le realizan cambios de posicion, cuidados de la piel, en igual condiciones, no presenta cambios significtivos hasta el momento, elimina por sonda vesical en buena cantidad orina colurica, no realiza deposicion, continua bajo vigilancia neurologica y cuidados del personal asistencial.

Firmado por: ZULLY GONZALEZ CASTRO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25618432, CC 25618432

Fecha: 10/02/2024 06:31 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	09/02/2024 18:00	10/02/2024 06:00	24	2880

Firmado por: CLAUDIA LORENA PAZ PATIÑO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144205221, CC 1144205221

Fecha: 10/02/2024 11:19 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 21 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 87/54, Presión arterial media(mmhg): 65, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 109
Saturación de oxígeno: 98%
Temperatura(°C): 38. 3 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 8/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: 7h Recibo paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, en reguales condiciones generales, se evidencia con soporte de oxigeno ventury a 4 litros por minutos 21%, sin respuesta verbal por traqueostomia movilizando secreciones en bastante cantidad, con un cateter picc biluem en miembro superior izquierdo funcional para el paso de sus medicamentos se irriga queda permeable, con una gastrostomia funcional para el paso de su alimentacion glucerna a 46cc/h, con una sonda vesical conectada a cistoflo el cual se evidencia orina hematurica, se informa medico y jede de turno, con genitales integros, laceracion en gluteo derecho, inmovilizada de sus miembros superiores, paciente que a las 8h se observa hiperventilada diaforetica con fiebre de 39. 1, se informa a medico y jefe de turno, se administran sus medicamentos farmacologicos, fisiterapia aspira paciente, se aplican medios fisicos, se administra un bolo de 250 de solucion salina, paciente queda con temperatura de 38. 3, presion arterial estable de 105/85, durante el turno se le realizan sus cuidados de enfermeria higene y confort, se le asiste su baño en cama, se le realiza cambio de pañal y de sabanas, no realiza deposiocion durante el turno, arreglo a la unidad, queda paciente en iguales condiciones generales, bajo revision medica y sin compañia de familiar.

Firmado por: LUISA FERNANDA TOVAR CARMONA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1110282311, CC 1110282311

Nota aclaratoria

Fecha: 10/02/2024 12:29

Se le administra lacosamida tableta x 50mg q tableta oral a las 10:00 horas.
Se le administra nifedipina tableta x 30mg 2 tabletas orales a las 08:00 horas.
Se le administra acetaminofen (paracetamol) ampollas 1 ampolla endovenosa alas 08 horas.
Se le administra dipirona ampolla x 2 gr/5 ml 1 ampolla endovenosa a las 08:00 horas.
Se administra vancomicina vial x 500mg 2 viales endovenosos a las 10:00 horas.
Se le administra cefepime vial x 1 gr 2 viales endovenosos a las 08:00 horas.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Se realiza cobro por nota por error en el kardex digital.

Firmado por: LUISA FERNANDA TOVAR CARMONA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1110282311, CC 1110282311

Fecha: 10/02/2024 15:53 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 21 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 90/55, Presión arterial media(mmhg): 66
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 82
Saturación de oxígeno: 98%
Temperatura(°C): 36. 3 Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 6/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 11, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 4, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: Recibo paciente en sala de neurocirugia en cama con barandas de seguridad elevadas en compañia de familiar, sin apertura ocular, respirando oxigeno por traqueostomia a 10 litros por minuto por ventiri al 50%, con gastrostomia permeable para el paso de su nutricion GLUCERNA a 30cc/h, con cateter picc bilumen en miembro superior izquierdo permeable para el paso de su tratamiento farmacologico, con sonda vesical conectada a cystoflo, gasglow 6/15, fuerza muscular no valorable debido que la paciente no obedece ordenes, durante el turno de la tarde se controlan signos vitales y se registran en el sistema, se administra su tratamiento farmacologico segun orden medica, lo tolera sin reaccion adversa y se registra en el kardex, paciente somnolienta durante el turno, no recibe ni tolera su via oral, elimina por sonda, se brindan medidas de comodidad y confort, continua paciente en cama con barandas de seguridad elevadas en compañia de familiar, bajo vigilancia medica y del personal de enfermeria.

Firmado por: MYRIAM MARIA FERNANDEZ GUEVARA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 17882, CC 31913183

Nota aclaratoria

Fecha: 10/02/2024 18:42

se le administra
10cc de levetiracetam jarabe por la gastrostomía a las 18:00 horas
2 frascos de cefepime x 1 gramo cada uno endoveoso a las 16:00 horas
1 bolsa de acetaminofen x 1 gramo a las 18:00 horas endovenoso

Firmado por: MYRIAM MARIA FERNANDEZ GUEVARA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 17882, CC 31913183

Fecha: 10/02/2024 18:53 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		10	10/02/2024 06:00	10/02/2024 14:00	50	4800
Ventury		8	10/02/2024 14:00	10/02/2024 18:00	35	1920

Firmado por: GILIANA VELASQUEZ RAMIREZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 67045093, CC 67045093

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 11/02/2024 00:46 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 22 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 99/56, Presión arterial media(mmhg): 70
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 87
Saturación de oxígeno: 96%
Temperatura(°C): 36. 2 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 6/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: recibo paciente en cama con barandas de seguridad elevadas en el servicio de neurocirugia, en glasglow de 6/15 fuerza muscular no valorable, respirando oxigeno por traqueostomia a 10l por minuto con venturi al 50%, con acceso venoso permeable en superior derecho, con manilla de identificacion diligenciada correctamente, pie de cama, con gastrostomia pasando su nutricion enteral a 30cc/h, con sonda vesical conectada a cystoflo. Durante el turno de la noche se le monitorizan y registran los signos vitales los cuales se encuentran bajo los parametros normales, se le admonistran medicamentos segun orden medica y los tolera, se le realizan cambios de posicion, se le pasa bolo de 500cc de solucion salina por oden medica, se le aumenta el volumen de la nutricion a 40cc/hora, continua en cama sin presentar cambios hemodinamicos.

Firmado por: SANTIAGO GUEVARA VELASCO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059234430, CC 1059234430

Fecha: 11/02/2024 06:45 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 22 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 113/65, Presión arterial media(mmhg): 81
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 83
Saturación de oxígeno: 95%
Temperatura(°C): 36 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 6/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 6, Coma profundo

Nota de enfermería: entrego paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, con acceso venoso permeable para el paso de sus medicamentos, elimina 500 cc por sonda vesical, duerme intervalos largos, se le realizan cambios de posicion, pasando su nutricion enteral, iguales condiciones generales no presenta cambios hemodinamicos hasta el momento, queda bajo observacion del personal de enfermeria.

Firmado por: SANTIAGO GUEVARA VELASCO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059234430, CC 1059234430

Fecha: 11/02/2024 09:01 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 22 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 128/72, Presión arterial media(mmhg): 90
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 95
Saturación de oxígeno: 95%
Temperatura(°C): 36. 2 Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 7/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 7, Coma profundo

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería: Recibo paciente en sala de neurocirugia en cama con barandas de seguridad elevadas, con apertura ocular espontenea, respirando aire al medio ambiente por traqueostomia, con gastrostomia permeable para el paso de su nutricion GLUCERNA a 46cc/h, con acceso venoso en miembro superior derecho permeable para el paso de su tratamiento farmacologico, con sonda vesical conectada a cystoflo, gasglow 7/15, fuerza muscular no valorable debido que la paciente no obedece ordenes, durante le turno de la mañana se controlan signos vitales y se registran en el sistema, se realiza baño en cama, cambio de tendidos, hidratacion de la piel, se administra su tratamiento farmacologico segun orden medica, lo tolera sin reaccion adversa y se registra en el kardex, paciente somnolienta durante el turno, no recibe ni tolera su via oral, eliminando por sonda, se brindan medidas de comodidad y confort, continua paciente en cama con barnadas de seguridad elevadas, bajo vigilancia medica y del personal de enfermeria.

Firmado por: MARIA CAMILA MURILLO LEON, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1112489627, CC 1112489627

Fecha: 11/02/2024 15:43 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 22 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 112/69, Presión arterial media(mmhg): 83, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 98
Saturación de oxígeno 97%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 0 Lugar toma temperatura: Oral Escala del dolor: 0.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 12, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 3, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: Recibo paceinte en cama con barandas de seguridad elevadas, en compñaia de familiar, despierta, glasgow 9/15, fuerza musucalr con una cuadriparesia, a la valoracion fisica se observa normocefalica, con apertura ocualr espontanea, con traqueostomia al ambiente la cual moviliza mucha secrecion, con acceso venoso en mimebro superior derecho permeable, con gastrostomia permeable para el paso de su nutricion, eliminando por sonda veisical la cual se encuentra con irrigacion, piel integra y extremidades moviles.
Durante el turno se monitorizan los signos vitales, se administra por roden medica su trtamiento farmaoclogcio el cual recibe y tolera, se realizan cambios de posicion, se brindan medidas de bienestar y confort, pasa tranquila, hemodinamicamete estbale.

Firmado por: ANGIE CAROLINA NARANJO MANRIQUE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234195591, CC 1234195591

Fecha: 11/02/2024 18:06 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	11/02/2024 14:15	11/02/2024 18:00	24	900

Firmado por: VALENTINA VIEDMA PEREZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1113041837, CC 1113041837

Fecha: 11/02/2024 19:59 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 23 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO

NOTAS DE ENFERMERÍA

Presión arterial (mmHg): 120/71, Presión arterial media(mmhg): 87, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 106
Saturación de oxígeno: 98%
Temperatura(°C): 35. 3 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 8/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 8, Coma profundo

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama barandas de seguridad elevadas somnolienta, con glasgow de 8/15, fuerza muscular no valorable, apertura ocular al estimulos, con traqueostomia funcional con oxigeno por ventury 24% a 4litros por minuto, con gastrostomia funcional recibiendo Glucerna LPC de 1. 5kcal frasco x 100ml, a 46cc/hora, con dos accesos venosos en cama miembro superior permeable para paso de medicamentos ordenados mas solucion salina a 60cc/hora, elimina por sonda vesical a permanencia, paciente con riesgo de caida y lesiones de piel asociadas ala dependencia.

Firmado por: ZULLY GONZALEZ CASTRO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25618432, CC 25618432

Fecha: 12/02/2024 06:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 23 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 164/88, Presión arterial media(mmhg): 113, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 92 Pulso(Pulsa/min): 92
Saturación de oxígeno: 98%
Temperatura(°C): 36. 1 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

Saturación de oxígeno(%): 98, Glicemia por micrométodo(mg/dl): 161

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Pacienet que durante el turno de la noche se le realzia control de signos vitales, se le administra tratameinto farmacologico ordenado, muy somnolienta, se le realiza glucometria se registra, se le realizan cambios de posicion cuidados de la piel los cuales no conserva, elimina por sonda vesical a permanencia, la cual continua con irrigacion continua de agua destilada a 30cc/hora, no realiza deposicion, paciente en igual condiciones generales, continua bajo vigilancia neurologica y cuidados del personal asistencial.

Firmado por: ZULLY GONZALEZ CASTRO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25618432, CC 25618432

Fecha: 12/02/2024 06:44 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	11/02/2024 18:00	12/02/2024 06:00	24	2880

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 12/02/2024 13:06 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 23 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO

NOTAS DE ENFERMERÍA

Presión arterial (mmHg): 146/82, Presión arterial media(mmhg): 103, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 108
Saturación de oxígeno: 98%
Temperatura(°C): 37. 0 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, barandas de seguridad elevadas, sin compañia del familiar, somnolienta, glagow 9/15, fuerza muscular no valorable, apertura ocular al estimulo, con traquestomia con oxigeno por venturi 24% a 4litros por minutos, gastrotomia para el paso de su alimentacion glucerna a 46cc/h, acceso venoso periferico en miembro superior derecho para el paso de ssn 0. 9% a 60cc/h, elimina por sonda vesical en buena cantidad, durante el turno se le realiza baño en cama, se le arregla su unidad, se le hidrata su piel, se administra su tratamiento farmacologico, se le brinda medida de higiene y confort, realiza dos deposiciones blandas, elimina por su sonda vesical 400cc, se le realiza sus cambios de posicion, queda en cama, barandas de seguridad elevadas en compañia de su familiar, bajo supervision medica y el personal de enfermeria.
paciente se le cambia sitio de veno puncion por que se no esta permeable, queda canaliza en miembro superior izquierdo.

Firmado por: EMMA MARIANA ANGULO ESTACIO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 760946, CC 66918953

Fecha: 12/02/2024 18:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	12/02/2024 06:00	12/02/2024 18:00	24	2880

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 12/02/2024 19:18 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 23 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 154/90, Presión arterial media(mmhg): 111
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 75
Saturación de oxígeno 95%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Temperatura(°C): 36. 1 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 15, Riesgo Bajo

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 4, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama con barandas de seguridad leervadas, en compañia de familiar, gasglow 10/15, fuerza muscular no valorable, respirando con soporte de oxigeno ventury al 24 % a 4L/min por traqueostomia, se observa con acceso venoso periferico en mimebro superior izqueirdo permeable para el paso de su tratamiento farmacologico, se observa gastrostomia permeable para el paso de su net, elimina por sonda vesical 1200cc/h, realiza cuatro deposiciones liquidas en abundante cantidad, durante el turno se realiza control de signos vitales y se registra su tratatamiento farmacologico segun prescripcion medica y se registra en el kardex, se realiza sus cambios de posiciones, pacietne que presenta hipertension arterial durante el turno se le avisa al jefe y medico de turno, se administra por orden medica una tableta de nifedipino de 30 mg, queda páciente en cama con barandas de seguridad elevadas, en compañia de familiar, queda bajo observacion medica y personal de enfermeria.

Firmado por: MIGUEL ANGEL ALBAN SANDOVAL, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1006099928, CC 1006099928

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 12/02/2024 22:25 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 24 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 144/76, Presión arterial media(mmhg): 98, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 95 Pulso(Pulsa/min): 92 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Temperatura(°C): 36. 6 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

Saturación de oxígeno(%): 96, Con o sin oxígeno: Si, Método de administración: Ventury, Glicemia por micrométodo(mg/dl): 179

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, estuporosa, apertura ocular espontanea, retira a minimos estimulos, sin respuesta verbal por su traqueostomia, glasgow 9/5, fuerza muscular no valorable, mueve a voluntad sus extremidades, con soporte de oxigeno por mascara ventury al 24% a 4 litros por minuto, cabeza normocefálica, traqueostomia con regulares secresiones, acceso venoso periferico en pliegue izquierdo para el paso de ssn a 60cc/hra, en abdomen sonda de gastrottomia para el paso de su nutrición enteral Glucerna de 1. 5kcla a 46cc/hra, genitales integros, eliminando por sonda vesical conectada a cistoflo, más irrigación continua de agua esteril a 30cc/hra, laceración en gluteo izquierdo, aposito protector en sacra, paciente con sobrepeso. Durante la noche se controlan signos vitales, paciente inquieta, inmovilizada en compañia de hija.

Firmado por: SARA MARIA ARCINIEGAS SOLARTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25395471, CC 25395471

Fecha: 13/02/2024 06:12 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 24 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 147/91, Presión arterial media(mmhg): 109, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 98 Pulso(Pulsa/min): 92 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Temperatura(°C): 36. 2 Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

Saturación de oxígeno(%): 98, Con o sin oxígeno: Si, Método de administración: Ventury, Glicemia por micrométodo(mg/dl): 150

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Durante el resto dle tturno se administra su medicación ordenada, se irriga su sonda de gastrototmia con agua, duerme aintervalos cortos, inquieta en cama, no conswerva los cambios de posición, se monitorizan signos vitales, con deposiciones diarreicas, la asiste terapia respiratoria, elimina en buena cantidda, orina colurica. Queda en cama barandas arriab, estable, cabecera a 45°, inmovilizada, bajo la observación del personal de la sala, en compañia de hija.

Firmado por: SARA MARIA ARCINIEGAS SOLARTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25395471, CC 25395471

Fecha: 13/02/2024 06:24 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros

NOTAS DE ENFERMERÍA

Ventury		4	12/02/2024 18:00	13/02/2024 06:00	24	2880

Firmado por: DIEGO FELIPE BONILLA VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 16843801, CC 16843801

Fecha: 13/02/2024 13:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 24 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 146/77, Presión arterial media(mmhg): 100, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 81
Saturación de oxígeno: 95%
Temperatura(°C): 36. 1 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 11, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 3, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: 7:00 AM
Recibo paciente en cama acostada, glasgow 9/15 y fuerza muscular 3/5 en inferiores superior derecho en 4/5 con barandas de seguridad elevadas, respirando oxigeno ambiente, apertura ocular espontanea, acceso venoso en miembro superior izquierdo vigente, no permeable sin signos de flebitis, para el paso de sus medicamentos ordenados, se observa traqueostomia funcional con ventury al 24% a 4 litros por minuto, gastrostomia funiconal funcional permeable pasando su nutricion enteral 46cc/h por bomba kangaro, con piel integra, con genitales integros, con sonda vesical + irrigacion, sin compañia de familiar.
Durante la mañana se le toman signos vitales, se le administran sus medicamentos ordenados, se asiste en higene general en cama arreglo de unidad + cambio de sabanas, hidratacion de piel la cual se realiza con ayuda del familiar, se irriga sonda de gastrostomia con 30cc de agua permeable, se le realizan sus cambios de posicion, se le canaliza nuevo acceso venoso en miembro superior derecho con yelco #22 permeable, paciente de dificil acceso venoso, realiza dos deposiciones liquidas en abundante cantidad.

Firmado por: MAIRA ALEJANDRA ESCOBAR GUERRERO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234193443, CC 1234193443

Fecha: 13/02/2024 18:23 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	13/02/2024 06:00	13/02/2024 18:00	24	2880

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 13/02/2024 19:16 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 24 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 157/80, Presión arterial media(mmhg): 105, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 77

NOTAS DE ENFERMERÍA

Saturación de oxígeno: 98%
Temperatura(°C): 36. 2 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 12, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 3, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: 13:00 PM
continuo con paciente que durante la tarde se le toman signos vitales, se le administran sus medicamentos ordenados, se le realizan cambios de posicion, realiza 6 deposiciones liquidas durante la tarde se le informa al jefe de turno, se le realizan ejercicios vesicales para retiro de sonda, la cual se retira a las 18:30 PM pendiente elimine espontaneo, paciente la cual queda sin acceso venoso anterior se extravasa, con edema en miembro superior derecho, paciente la cual es de dificil acceso venoso, jefe de turno el cual queda enterado, control de glucometria 188mg/dl, sin mas cambios queda en cama.

Firmado por: MAIRA ALEJANDRA ESCOBAR GUERRERO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234193443, CC 1234193443

Fecha: 13/02/2024 23:04 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 25 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 152/90, Presión arterial media(mmhg): 110, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 72
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Temperatura(°C): 36. 6 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 11, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 5, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, con barandas de seguridad elevadas, despierta, glasgow 9/15, fuerza muscular con una cuadriparesia 3/5, a la valoracion fisica se osberva normocefalica, con apertura ocular espontanea, con traqueostomia conectada a equipo ventury 24% a 4 litros por minuto, con gastrostomia permeable para elpaso de su nutricion glucerna a 46cc/hr, eliminando espontaneo en pañal, piel integra y extremidades moviles.
Durante el turno se monitorizan los signos vitales, se administra por orden medica su tratamienot faramcolgocio el cual recibe y tolera, se le toma la glucometria la cual da 112mg/dl se le informa al medico de turno el cual orden administrar solo 16unicades de insulina glargina a la 22:00hr, se realizan cambios de posicion, realiza una deposicion, se brindan medidas de bienstar y confort, pasa tranquila, hemodinamicamente estable.

Firmado por: ANGIE CAROLINA NARANJO MANRIQUE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234195591, CC 1234195591

Fecha: 14/02/2024 04:44 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 25 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 155/84, Presión arterial media(mmhg): 107, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78
Saturación de oxígeno 97%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Temperatura(°C): 36. 6 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería: continua paceinte en cama, duerme intervalos largos, pasa tranquila durnte el turno, se realizan cambios de posicion, se brindan medidas de bienstar y confort, queda en cama, en iguales condiciones, bajo la supervision medica y de enfermeria.

Firmado por: ANGIE CAROLINA NARANJO MANRIQUE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234195591, CC 1234195591

Fecha: 14/02/2024 06:02 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	13/02/2024 18:00	14/02/2024 06:00	24	2880

Firmado por: KAREN LIZETH PINTO NARVAEZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1006009194, CC 1006009194

Fecha: 14/02/2024 12:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 25 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 147/88, Presión arterial media(mmhg): 107, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 5 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 15/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama con barandas arriba despierta con glasgow de 10/15 y con una fuerza muscular no valorable, con riesgo de caida, LPAD, con traqueostomia permehable con soporte de oxigeno por mascarilla ventury al 24% a 4 litros x minuto, respirando oxigeno al medio ambiente, con sonda de gastrostomia permehable pasando su plan de nutrición en glucerna 1. 5 kcal x 1000ml a 46cc/hora, con resto de piel integra, eliminando espontaneo en pañal, durante el turno de la mañana se le realiza toma de signos vitales y se registran, se le administra su tratamiento farmacologico y lo tolera, se le realiza baño en cama y higiene oral, se le hace arreglo de la unidad, se le realizan cambios de posición y cuidados de la piel, realiza deposición liquida en buena cantidad, muy tranquila queda paciente en cama con barandas arriba en compañia de su familiar.

Firmado por: MARIA CAMILA MURILLO LEON, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1112489627, CC 1112489627

Fecha: 14/02/2024 18:08 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	14/02/2024 06:00	14/02/2024 18:00	24	2880

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 14/02/2024 18:19 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 25 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 132/78, Presión arterial media(mmhg): 96, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 84
Saturación de oxígeno 97%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 5 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 9, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 3, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: Paciente que continua con su glasgow de 10/15, durante el turno de la tarde se le realiza toma de signos vitales y se registran, se le administra su tratamiento farmacologico y lo tolera, continua con su nutrición por glucerna a 46cc/hora, se le realizan cambios de posición y cuidados de la piel, realiza dos deposiciones blandas en buena cantidad, en iguales condiciones generales queda paciente en cama con barandas arriba en compañia de su familiar.

Firmado por: MARIA CAMILA MURILLO LEON, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1112489627, CC 1112489627

Fecha: 15/02/2024 00:29 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 26 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 146/83, Presión arterial media(mmhg): 104, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 86 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury
Temperatura(°C): 37. 1 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

Nota de enfermería: recibo paciente en el servicio en cama barandas de seguridad arriba. manilla de identificacion, acompañado de familiar se observa con apertura ocular expontaneo alerta y reactiva al estimulo la cual se torna inquieta, con traqueostomia funcional con sistema ventury tolerando torax simetrico expandible, movilidad de su extremidades superiores fuerza 3/5 son monitorizados signos vitales normotensa afebril sin acceso venoso no requiere en el momento abdomen blando depresible con gastrostomia funcional pasando net continua tolerando, se diluyen medicamentos y se pasan ´por la gastrostomia, la cual se realizan cambios deposicion en el turno ha realizado una deposicion de consistencia normal. continua bajo cuidados permanentes. elimina en pañal.

Firmado por: JUANA GISELA MINDINERO VALENCIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1130644923, CC 1130644923

Fecha: 15/02/2024 06:19 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	14/02/2024 18:00	15/02/2024 06:00	24	2880

NOTAS DE ENFERMERÍA

Firmado por: FABIAN CARABALI TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143977793, CC 1143977793

Fecha: 15/02/2024 06:34 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 26 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 132/77, Presión arterial media(mmhg): 95, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 89 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 97%, con oxígeno por Ventury
Temperatura(°C): 36. 3 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

Nota de enfermería: entrego paciente en el servicio conciente alerta sin interacion verbal glasgow no evaluable por dispositivo de traqueostomia conectada a sistema ventury tolerando paciente que no conserva posicion en la noche, se monitorizan signso vitales normotensa afebril, se administran medicamentos ordenados por gastrostomia funcioanl piel integra e hidratada, elimina expontaneo en pañal no realiza deposicion en la madrugada. continua bajo cuidados permanentes.
ultima glucometria 155, g/dl por orden medica no se administra insulina preprandial.

Firmado por: JUANA GISELA MINDINERO VALENCIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1130644923, CC 1130644923

Fecha: 15/02/2024 10:59 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 26 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 120/80, Presión arterial media(mmhg): 93, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 89
Saturación de oxígeno: 98%
Temperatura(°C): 35. 6 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

Nota de enfermería: 7:00 AM
Recibo paciente en cama acostada, glasgow 10/15 fuerza muscular de 3/5 con barandas de seguridad elevadas, respirando oxigeno por ventury al 24% a 4 litros por minutos, con barandas de seguridad elevadas, apertura ocular espontanea, sin acceso venoso, con traqueostomia funcional, con gastrostomia funcional permeable pasando su nutricion glucerna x 1000ml a 46cc/h por bomba kangaro, con piel integra, genitales integros, eliminando espontaneo en pañal, en compañia de familiar, con restrinccion fisica de sus cuatro extremidades riesgo de autoretiro de accesorios de uso terapeuticos.

Durante la mañana se le toman signos vitales, se le administran sus medicamentos ordenados, se asiste en higiene general en cama, se le realiza depilacion de zonas intimas con ayuda del familiar, no realiza deposicion, se le realiza cambios de sabanas, + arreglo de unidad, hidratacion de piel, higiene bucal, cambios de posicion, eliminando espontaneo en pañal, valorada por terapia respiratoria, traqueostomia la cual se observa con un leve sangrado, continua sin acceso venoso, se irriga gastrostomia con 30cc de agua permeable sin mas cambios queda en cama.

Firmado por: MAIRA ALEJANDRA ESCOBAR GUERRERO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234193443, CC 1234193443

Nota aclaratoria

Fecha: 15/02/2024 12:38

Se le realiza control de glucometria a las 11:30 AM 230mg/dl, se le administran sus unidades de insulinas ordenadas, no realiza deposicion, en compañia

NOTAS DE ENFERMERÍA

de familiar queda en cama.

Firmado por: MAIRA ALEJANDRA ESCOBAR GUERRERO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234193443, CC 1234193443

Fecha: 15/02/2024 18:17 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	15/02/2024 06:00	15/02/2024 18:00	24	2880

Firmado por: MILTON JAVIER BEJARANO MONSALVE, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144032027, CC 1144032027

Fecha: 15/02/2024 18:48 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 26 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 159/88, Presión arterial media(mmhg): 111
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 84
Saturación de oxígeno: 95%
Temperatura(°C): 35. 8 Escala del dolor: No evaluable.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: recibo paciente adulta mayor en sala de neurocirugia en estado de postracion alerta conciente al examen fisico se observa apertura ocular espontaneo afasica traquesotomia asistida a mascara ventury al 26%, con movilizacion de secrecciones sanguinolentas, sin venopunsion por orden medica gastrosotomia recibiendo net glucerna a 46cc/hr, permeable con estoma en proceso de cicatrizacion, piel integra, elimina espontaneo en pañal en abundante cantidad se toman signos vitales paciente hemodinamicamente estable s ele brindan medidas de higiene y confort realiza una deposicon diarreica abundante paciente inquita recibe y tolera tratamiento farmacologico queda en cama sin familiar.

Firmado por: ADRIANA MARIA LONDOÑO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 29127106, CC 29127106

Fecha: 15/02/2024 21:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 27 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 131/76, Presión arterial media(mmhg): 94, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 97
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Temperatura(°C): 35. 7 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 17, Riesgo Bajo

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 4, Riesgo de Caida

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, sin compañia de familiar, gasglow 10/15, fuerza muscular no valorable por traqueostomia, repirando con soporte de oxigeno ventury al 28% a 4L/min, paciente que se encuentra sin acceso venoso periferico por orden medica, se obsera gastrostomia permeable para el paso de su net glucerna a 46cc/h, eliminando espontaneo, no realiza deposicion, se observa piel y mimebros integros, durante el turno se realiza control de signos vitales y se registra en el sistema, se administra su tratamiento farmacologico segun prescripcion medica y se registra en el kardex, se realiza sus cambios de posicion, paciente no presenta cambios hemodinamicos, continua paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, sin compañia de familiar, continua bajo observacion medica y personal de enfermeria.

Firmado por: MIGUEL ANGEL ALBAN SANDOVAL, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1006099928, CC 1006099928

Fecha: 16/02/2024 06:28 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 27 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 143/89, Presión arterial media(mmhg): 107, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 99
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Temperatura(°C): 35. 5 Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

Nota de enfermería: Entrego paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, sin compañia de familair, gasglow 10/15, fuerza muscular no valorable por traqueostomia, respirando con soporte de oxigeno ventury al 24% a 4L/min, paciente sin acceso venoso, con gastrosotomia permeable para el paso de su net glucerna a 46cc/h, elimina espontaneo en pañal, realiza una deposicion, durante le turno se realizaa toma de glucometria a alas 22:00 horas el cual da 100 mg/dl no se administra insulina glargina por orden medicA, se realiza nueva toma de glucometria la cual da 135 mg /dl, se administra 8 ui de insuilina glulisina, se realiza control de singos vitales y se registra en el sistema, se administra su tratamiento farmacologco segun prescripcion medica y se registra en el kardex, se realiza sus cambios de posicion, queda paciente en cama con barandas de seguridad levadas, sin compañai de familair, queda bajo observacion medica y personal de enfermeria.

Firmado por: MIGUEL ANGEL ALBAN SANDOVAL, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1006099928, CC 1006099928

Fecha: 16/02/2024 06:33 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	15/02/2024 18:00	16/02/2024 06:00	24	2880

Firmado por: DAVID ALEJANDRO REYES Q., FISIOTERAPEUTA, Registro 1061815902, CC 1061815902

Fecha: 16/02/2024 10:41 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 27 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 108/71, Presión arterial media(mmhg): 83, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 106
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24

NOTAS DE ENFERMERÍA

Temperatura(°C): 36. 3 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, con barandas de seguridad elevdas, despierto, glasgow 9/15, fuerza muscular 3/5, a la valoracion fisica s eobserva normcoefalica, con apertura ocular espontanea, con traqueostomia conectada a equipo ventury al 24% pasando a 4 litros por minuto, sin acceso venoso, con gastrostomia permeable para el paso de su nutricon gluserna a 46cc/hr, eliminando espontaneo en pañal, piel integra y extremidades moviles.
Druante el turno se monitorizan los signos vitales, se administra por roden medica su tratameinto farmacologcio el cual recibe y toelra, se realiza baño en cama, se cambian sabanas, se observa salida de liquido purulento por la gastrostomia se le informa a la jefe de turno, se brindan medidas de bienstar y confort, se realizan cambios de posicion, pasa tranquila, hemodinamicamente estable.

Firmado por: ANGIE CAROLINA NARANJO MANRIQUE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234195591, CC 1234195591

Fecha: 16/02/2024 17:10 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 27 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 107/61, Presión arterial media(mmhg): 76
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 86 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno: 98%
Temperatura(°C): 36 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 12/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 12, Gravedad

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 9, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 3, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: recibo paciente en cama con barandas de seguriad elevadas con manilla de identificacion paciente despierta desorientada aleta en comañia de familiar paciente respirando oxigeno ambiente sin signos de dificultad respiratoria paciente que durante la tarde duerme intervalos largos afebril paciente que se le realiza manjo de confort s ele toman signos vitlaes s el administran medicamentos los cuales recibe queda con gastrostomia con alimentacion por bomba de infucion pacientte queda eliminando en bastante cantidad de orina paciente que se encuentra inmovilizada de miembros superiores e inferiores paciente queda bajo manjo medicoy de cuidados de enfermeria

Firmado por: MARIA EUGENIA SANCHEZ ZULELTA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 31978553, CC 31978553

Fecha: 16/02/2024 18:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	16/02/2024 06:00	16/02/2024 18:00	24	2880

Firmado por: LUZ EDILIA RESTREPO MUNERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144055094, CC 1144055094

Fecha: 17/02/2024 00:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 28 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

NOTAS DE ENFERMERÍA

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 133/81, Presión arterial media(mmhg): 98, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 94 Pulso(Pulsa/min): 92
Saturación de oxígeno: 96%
Temperatura(°C): 37. 1 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 1 Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

Saturación de oxígeno(%): 96, Glicemia por micrométodo(mg/dl): 154

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 9, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 5, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: 19h Recibo paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, con soporte de oxigeno ventury 24% a 4 litros x minuto, con respuesta ocular espontanea sin respuesta verbal por traqueostomia movilizando secreciones en normal cantidad, con una escala de glasglow de 10/15, una fuerza muscular de 3/5, sin acceso venoso, con una gastrostomia funcional peremable para el paso de su alimentacion, se evidencia piel integra y sana, eliminando espontaneo en pañal, no realiza deposicion, durante el turno se le realizan sus cuidados de enfermeria y confort, se le valoran sus signos vitales, se le valora su glucometria de 154mg/dl, se le administran sus medicamentos los cuales recibe y tolera, se le realiza arreglo a la unidad, cambio de pañal, se le realiza cambios de posiciones lubricacion de piel, paciente inmovilizada de sus cuatro extremidades por restriccion fisica, paciente bajo revision medica sin cambio hemodinamicos.

Firmado por: LUISA FERNANDA TOVAR CARMONA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1110282311, CC 1110282311

Fecha: 17/02/2024 05:39 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 28 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 155/92, Presión arterial media(mmhg): 113, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 98
Saturación de oxígeno: 92%
Temperatura(°C): 36. 2 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 1 Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

Nota de enfermería: 5:30h Entrego paciente en iguales condiciones generales, pasando un turno tranquila, se le valoran sus signos vitales, se le administran sus medicamentos, se le realizan sus cambio de posicione, cambio de pañal, lubricacion de piel, se le administran sus insulinas ordenadas, elliminando espontaneo en pañal en bastante cantidad, no realiza deposicion durante el turno, inmovilizada de sus cuatro extremidades, queda paciente bajo revision medica y sin compañia de familiar.

Firmado por: LUISA FERNANDA TOVAR CARMONA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1110282311, CC 1110282311

Fecha: 17/02/2024 07:33 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	16/02/2024 18:00	17/02/2024 06:00	24	2880

Firmado por: FABIAN CARABALI TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143977793, CC 1143977793

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 17/02/2024 10:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 28 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 121/77, Presión arterial media(mmhg): 91, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 96 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 6 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: 07+00 Recibo paciente sin compañia de familiar, paciente con glasgow 9/15, fuerza muscular 4/5, se observa con apertura ocular espontanea, pupilas normoreactivas a la luz, tolerando oxigeno por ventury al 24% con traqueostomia permeable movilizanod secresiones, paciente sin acceso venoso por orden medica, con gastrostomia permeable para el paso de su nutriccion continua Glucerna a 46cc/hora, eliminando espontaneo, se realiza control de signos vitales los cuales quedan registraos en historia clinica, adminstraccion de su tratamiento farmacologico segun orden medica y kardex de enfermeria el cual tolera sin reaccion adversa, se brindan mediddas de bienestar y confrot, se asiste al baño en cama e hidrtacion de piel continua en cama con barandas elevadas por su seguridad, bajo observacion medica y cuidados de nefermeria.

Firmado por: NAYDELIN GARCIA MEJIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1193285154, CC 1193285154

Fecha: 17/02/2024 15:48 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 28 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 128/74, Presión arterial media(mmhg): 92, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 96
Saturación de oxígeno 98%, con oxígeno por Ventury Fracción inspirada de oxígeno(%): 24
Temperatura(°C): 36. 7 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 11, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 4, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, con barands de seguridad elevdas, en compñaia de fmailair, despierto, glasgow 9/15, fuerza muscular 3/5, a la valoracion fisica se observa normocefalica, con apertura ocular espontanea, con traqueostomia conectada a equipo ventury al 24% pasando a 4 litros por minuto, torax sin signos de dificultad respiraotria, con gastrostomia permeable para el pao de su nutricion glucerna a 46cc/hr, sin acceso venoso, eliminando espontaneo en pañal, piel integra yextremidades moviles.
Durante el turno se monitorizan los signso vitales, se administra por roden medica su tratamiento farmacolgocio el cual recibe y tolera, se realizan cambios de posicion, se brindan medidas de bienestar y confort, paciente que se le encuentra la protesis dental afuera de la cavidad bucal y se le realiza entrega de la misma al familar en sus manos haciendose el responsable de la protesis, pasa tranquila, hemodinamicmente estable.

Firmado por: ANGIE CAROLINA NARANJO MANRIQUE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234195591, CC 1234195591

Fecha: 17/02/2024 18:23 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

NOTAS DE ENFERMERÍA

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	17/02/2024 06:00	17/02/2024 18:00	24	2880

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 17/02/2024 23:34 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 29 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 129/80, Presión arterial media(mmhg): 96
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 100
Saturación de oxígeno 95%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 37 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Gravedad

Nota de enfermería: recibo paciente en cama con barandas de sgeuridad elevadas en el servicio de neurocirugia, en glasglow de 9/15 fuerza muscular de 3/5, con traqueostomia permeable movilizando secreciones, mas equipo ventury al 24% pasando 4 litros por minuto, sin signos de dificultad respiratoria, con sonda de gastrostomia permeable pasando su nutricion enteral, sin acceso venoso, con manilla de identificacion diligenciada correctamente, elimina espontaneo en pañal. Durante el turno de la noche se le monitorizan y registran los signos vitales los cuales estan bajo los parametros normales, se le administran medicamentos segun orden medica y los tolera, se le realizan cambios de posicion, paciente que continua en el serviico no presenta cambios hemodinamicos hasta el momento, se le realiza una glucometria la cual da 153mg/dl se le informa al medico de turno el cual ordena administrar 12 unidades de insulina.

Firmado por: SANTIAGO GUEVARA VELASCO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059234430, CC 1059234430

Fecha: 18/02/2024 06:41 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	17/02/2024 18:00	18/02/2024 06:00	24	2880

Firmado por: CLAUDIA LORENA PAZ PATIÑO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144205221, CC 1144205221

Fecha: 18/02/2024 06:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 29 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 104/66, Presión arterial media(mmhg): 78
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 78
Saturación de oxígeno: 95%
Temperatura(°C): 36. 8 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Gravedad
Firmado electrónicamente

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería: entrego paciente en cama con barandas de seguridad elevadas con soporte de oxigeno venturi al 24%, sin acceso venoso permeable, con sonda de gastrostomia pasando su nutricion enteral, se le realizan cambios de posicion, duerme intervalos largos durante la noche, en iguales condiciones no presenta cambios hemodinamicos.

Firmado por: SANTIAGO GUEVARA VELASCO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059234430, CC 1059234430

Fecha: 18/02/2024 12:39 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 29 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 131/81, Presión arterial media(mmhg): 97, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 83 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno: 92%
Temperatura(°C): 36. 7 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 13/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 13, Normal

Nota de enfermería: recibopaciente en el servicio en cama barandas de seguridad arriba manilla deidentificacion se obsera con apertura ocualr expontanea sin modulacion de palabras traqueostomia funcional asistida por fisioterapia, torax simetrico normo expandible, la cual se le realiza baño en cama arreglo de la unidad se envia a realizacion de eco de abdomen, retorna al servicio se instala de nuevo en cama, con barandas de sguridad arriba se observa gastrostomia funcional pasando net continua tolerando, son monitorizados signos vitales normotensa afebril, piel integra e hidratada, elimina exponataneo en pañal.

Firmado por: JUANA GISELA MINDINERO VALENCIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1130644923, CC 1130644923

Fecha: 18/02/2024 17:47 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 29 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 103/70, Presión arterial media(mmhg): 81, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 99 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, con oxígeno por Ventury
Temperatura(°C): 35. 5 Escala del dolor: No aplica Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: paciente que continua en el servicio en cama barandas arriba manilla de identificacion se observa con pertura ocular expontanea sinfamiliar con traqueostomia funcional sistema ventury tolerando asistido por fisioterapia, la cual se le realiza cambios de posicion, son monitorizados signos vitlales normotenso afebril, se administran medicamentos ordenados por gastrostomia funcional pasando net continua tolerando, realiza una deposicion en el turno, continua bajo cuidados permanentes.

Firmado por: JUANA GISELA MINDINERO VALENCIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1130644923, CC 1130644923

Fecha: 18/02/2024 18:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros

NOTAS DE ENFERMERÍA

Ventury		4	18/02/2024 06:00	18/02/2024 18:00	24	2880

Firmado por: VALENTINA VIEDMA PEREZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1113041837, CC 1113041837

Fecha: 18/02/2024 18:57 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 29 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Escala del dolor: No aplica

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 11, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 2, Riesgo de Caida

Firmado por: JUANA GISELA MINDINERO VALENCIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1130644923, CC 1130644923

Fecha: 19/02/2024 01:59 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 30 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 130/89, Presión arterial media(mmhg): 102
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 81 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno: 93%
Temperatura(°C): 36 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 12/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 12, Gravedad

Nota de enfermería: recibo paciente en cma con barndas de sguridad elevadas con manilla de identificacion paciente despierta desorientada sin compañia de familiar paciente respirando oxigeno por ventury a 9 litros paciente que durante la noche y la mafrugada se torna inqquieta paciente que se le realiza manjo de confrt s e le toman signos vitakles s eladmintran medicamtos paciente queda sin canlizacion por orden medica con traquostomia con gastrstomia con alimentacion por bomba de infucion paciente que se le realizan cambios de posicuion cada dos horas paciente que se le deja inmovilizada de miembros superiores e inferiores paciente que paciente que elimina en pañal en vastante cantidad paciente se mueve en cama paciente sin escaras queda bajo manjo medico y de cuidados de enfermeria

Firmado por: MARIA EUGENIA SANCHEZ ZULELTA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 31978553, CC 31978553

Fecha: 19/02/2024 06:29 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 30 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 134/75, Presión arterial media(mmhg): 94
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 71 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno: 96%
Temperatura(°C): 35. 4 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 12/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 12, Letargia

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería: entrego paciente en cama con barandas de seguridad elevadas con manilla de identificacion paciente despierta desorientada alerta paciente respirndo oxigeno por ventury a 9 litros paciente que durante la noche dueerme intervalos largos afebril paciente queda sin acceso venoso paciente que da con traquostomia con gastrostomia con alimentacion por bomba de infucion paciente que elimian en pañal ´paciente queda inmovilizada se le realizan cambios de posicuion cadas dos horas se le realiza manjo de confort s e le toman signos vitlaes el admitran medicacion paciente queda bajo manjo medico y de cuidados deenfermeria.

Firmado por: MARIA EUGENIA SANCHEZ ZULELTA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 31978553, CC 31978553

Fecha: 19/02/2024 06:38 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	18/02/2024 18:00	19/02/2024 06:00	24	2880

Firmado por: HUGO FERNANDO CHAVEZ GUEVARA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1143840589, CC 1143840589

Fecha: 19/02/2024 12:06 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 30 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 156/90, Presión arterial media(mmhg): 112, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 62 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 2 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

Nota de enfermería: recibo paciente en cama despierta en cama en glasgow de 10/15 fuerza muscular no valorable, apertura ocular espontanea, espontanea, con traqueotomia la cual esta con sistema de oxigeno por ventury a 24% a 4 litros por minutos,
con sonda de gastrostomia la cual esta permeable y recibe su nutricion glucerna fraco por 1000cc a 46cc/hora por bomba de alimentacion,
sin acceso venoso, eliminado espontaneo en pañal.
paciente se observa calmada.
durante la mañana se le realiza baño en cama, recibe y tolera su tratamiento farmacologico y a nutrion, se le hacen cambios de poscion y se lubrica la piel.
no presenta cambios.

Firmado por: EMMA MARIANA ANGULO ESTACIO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 760946, CC 66918953

Fecha: 19/02/2024 16:05 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 30 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 167/88, Presión arterial media(mmhg): 114, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 94 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 2 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 15/15.

NOTAS DE ENFERMERÍA

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 11, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 4, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: paciente durante la mañana y la tarde pasa calmada, recibe y tolera la nutricion y su tratamiento framcologico.
elimino espontaneo en pañal.
se le realizan cambios de poscion y se lubrica la piel.
esta en compañia del familiar el cual es permanente.
no presento cambio especiales.

Firmado por: EMMA MARIANA ANGULO ESTACIO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 760946, CC 66918953

Fecha: 19/02/2024 18:04 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro consumo gases medicinales - FISIOTERAPEUTA

OXÍGENO

Vía	Factor	Litros por minuto	Fecha/hora inicial	Fecha/hora final	FIO2	Volumen total litros
Ventury		4	19/02/2024 06:00	19/02/2024 17:00	24	2640

Firmado por: DIANA CAROLINA MENESES CABRERA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1114833582, CC 1114833582

Fecha: 20/02/2024 01:09 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 31 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 151/98, Presión arterial media(mmhg): 115, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 115 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 94%, con oxígeno por Ventury
Temperatura(°C): 36. 5 Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: recibo paciente conceinte alerta y reactiva no orientada, no verbal con apertura ocular expontanea, acompañada de familiar en cama barandas de seguridad arrinba manilla de identicacion, traqueostomia con sistema ventury, movilidad de sus cuatro extremidades movimiento descoridandos, sin acceso venoso no requiere en el momento torax expandible, con gastrostomia funcioanl pasando net continua tolerando, son diluidos medicamentos y se pasan por la gastrostomia. se monitorizan signos vitales normotensa afebril, paciente que no conserva los cambios deposicion elimina en abundante cantidad en pañal, continua bajop cuidados permanentes.

Firmado por: JUANA GISELA MINDINERO VALENCIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1130644923, CC 1130644923

Fecha: 20/02/2024 07:11 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 31 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 127/80, Presión arterial media(mmhg): 95, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho

NOTAS DE ENFERMERÍA

Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 95%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 1 Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 11/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

Nota de enfermería: entrego paciente que durante el resto de noche se le realiza toma de signos vitales y se registran, se le administra su tratamiento farmacologico y lo tolera, se le realizan cambios de posición y cuidados de la piel, muy tranquila en iguales condiciones generales queda paciente en cama con barandas arriba en compañia de su familiar.

Firmado por: JUANA GISELA MINDINERO VALENCIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1130644923, CC 1130644923

Fecha: 20/02/2024 10:26 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 31 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 138/84, Presión arterial media(mmhg): 102, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Pulso(Pulsa/min): 92 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 95%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 1 Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

Saturación de oxígeno(%): 95, Con o sin oxígeno: No, Glicemia por micrométodo(mg/dl): 210

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Recibo pacient een cama, alerta, apertura ocular espontanea, sin respuesta verbal por su ttaqueostomia, retira a estimulos, glasgow aparente 9/15, fuerza muscular cuadriparesia 4/5, respirnaod al medio ambiente, cabeza normocef+alica, cuello movil, sin acceso venoso, en abdomen sonda de gastrottomia par ael paso desu nutrición enteral Glucerna dde 1. 5kcal a 46 cc/hra, genitales integros, eliminando esppontaneo en pañal, piel integra para lesiones asosiadas a la depepdencia. Durnate la mañana se monitorizan signos vitales, se realizan medidas de bienestar y confort, baño en cama, higiene oral, lubrica piel, se administra su mediación ordenada, se irriga su sonda de gastrotomia con agua, se realizan cambios de posición, muy inqueita en cama que no los coserva, elimina en buena cantiad, indiferente al medio, no realiza deposición. Queda en cama barandas, cabeceraa a 45°, inmovilizada bajo al observación del personal de la sala y compañia de hija.

Firmado por: SARA MARIA ARCINIEGAS SOLARTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25395471, CC 25395471

Fecha: 20/02/2024 17:21 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 31 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 138/85, Presión arterial media(mmhg): 102
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 100 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno: 94%
Temperatura(°C): 36 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 12/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 12, Gravedad

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 8, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 2, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: recibo paciente en cama con barandas de seguridad elevadas con manilla de identificacion paciente despierta desorientada alerta pacient respirando ioxigeno por ventury a 9 litrosm paciente que durantem la tarde la psa inquieta se le mantien inmovilizada se le realiza manjo de confort s e le tomans signos vitkaes s el admitran mediamentos los cuales recibe paciente que s e le

NOTAS DE ENFERMERÍA

realizan cambios de posicion cada dos horas s el realiza cambios de pañal orina en abundantes cantidadis paciente estable continua con traquostomia con catetr pic con gastrostomia cn alimaentacion por bomba de infucion paciente queda sin compañia de familiar paciente elimina en pañal queda bajo manjo medico y de cuidados de enfermeria

Firmado por: MARIA EUGENIA SANCHEZ ZULELTA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 31978553, CC 31978553

Fecha: 20/02/2024 22:00 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 32 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 134/79, Presión arterial media(mmhg): 97
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 106
Saturación de oxígeno: 97%
Temperatura(°C): 36. 7 Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: recibo paciente en cam con barandas de seguridad elevadas, en glasgow de 9/15 fuerza muscular de cuadriparecia, apertura ocular espontanea, pupilas isocoricas reactivas a la luz, respirando oxigeno a medio ambiente, cuello movil, sin acceso venoso, abdomen depresible, con gastrostomia permeable para el paso de su net glucerna a 46cc/hora, piel integra, elimina espontaneo en pañal, pas atranquila.
durante el turno se monitorizan signos vitales y se registran en el sistema, se administra tratamiento farmacologico segun prescripcion medica, se brindan medidas de bienestar y confort, se realizan cambios de posicion para leciones asocidas a la dependencia, paciente continua en cama con barandas de seguridad elevadas, bajo observacion medica y de enfermeria.

Firmado por: LILIBELH ARARAT ARENAS, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007444040, CC 1007444040

Fecha: 21/02/2024 04:54 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 32 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 131/81, Presión arterial media(mmhg): 97
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 94
Saturación de oxígeno: 97%
Temperatura(°C): 36. 0 Escala del dolor: No aplica.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

Nota de enfermería: continua paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, se monitorizan signos vitales, se administra tratamiento farmacologico segun prescripcion medica, se brindan medidas de bienestar y confort, se realizan cambios de posicion para leciones asocidas a la dependencia las cuales la paciente no conserva, paciente queda en cama con barandas de seguridad elevadas, bajo observacion medica y de enfermeria.

Firmado por: LILIBELH ARARAT ARENAS, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007444040, CC 1007444040

Fecha: 21/02/2024 11:01 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 32 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO

NOTAS DE ENFERMERÍA

Presión arterial (mmHg): 125/85, Presión arterial media(mmhg): 98, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 95
Saturación de oxígeno 94%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 1 Lugar toma temperatura: Oral Escala del dolor: 0.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, con barandas de seguridad elevdas, despierta, inmovilizada de sus cuatro extremidades por riesgo de autoretiro de dispositivos medicos, glasgow 9/15, fuerza muscular 3/5, a la valoacion fisica se observa normocefalica, copn apertura ocular esponatnea, con traqueostomia la cual esta al ambiente, torax sin signos de dolor, paciente que no se encuentra canalizada, con gastrostomia la cual esta permeable para el paso de su nutricion, se observa drenanado liquido sangfuino purulento en poca cantidad en el sito de inserccion de la gastro, eliminando espontaneo, piel integra y extremidades moviles.
Durante el turno se monitorizan los signos vitales, se admnistra por roden medica su tratameinto farmaoclgocio, se realiza baño en cama, se cambian sabanas, pasa tranquila, hemodinamicmente estable.

Firmado por: ANGIE CAROLINA NARANJO MANRIQUE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234195591, CC 1234195591

Nota aclaratoria

Fecha: 21/02/2024 11:06

21/02/2024
11:00 se toma glucometria la cual se encuentra en 206mg/dl, por roden medica se administra 6 unidades de insulina glulisina.

Firmado por: ANGIE CAROLINA NARANJO MANRIQUE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234195591, CC 1234195591

Fecha: 21/02/2024 15:40 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 32 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 189/98, Presión arterial media(mmhg): 128, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 89
Saturación de oxígeno: 92%
Temperatura(°C): 36. 5 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 10, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 5, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: 13h Recibo paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, respirando y tolerando oxigeno de medio ambiente, con una traqueostomia movilizando secreciones en normal cantidad, sin respuesta verbal, con una correcta manilla de identificacion y sin compañia de familaiar, con una escala de glasglow de 10/15, una fuerza muscular de 2/5, con traqueostomia, con gastrostomia permeable para el paso de su alimentacion, sin acceso venoso, con piel integra y sana, eliminando espontaneo en pañal en bastante cantidad, conserva la integridad de su piel, inmovilizada de sus cuatro extremidadesse torna inquieta, se le valoran sus signos vitales, se le adminsitran sus medicamentos los cuales recibe y tolera, no realiza deposicion durante el turno, se le valora su glucometria de 145 mg/dl, se le adminstran sus insulinas ordenas, queda paciente en iguales condiciones sin cambios hemodinamicos bajo revision medica y sin compañia de fmailiar.

Firmado por: LUISA FERNANDA TOVAR CARMONA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1110282311, CC 1110282311

Fecha: 21/02/2024 22:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 33 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

NOTAS DE ENFERMERÍA

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 130/90, Presión arterial media(mmhg): 103, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 100 Pulso(Pulsa/min): 92 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 91%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 4 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

Saturación de oxígeno(%): 91, Con o sin oxígeno: No, Glicemia por micrométodo(mg/dl): 185

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, alerta, apertura ocular espontanea, sin respuesta verbal por su traqueostomia, retira a minmos estimulos, glasgow aparente 9/15, fuerza muscular 4/5, respirando al medio ambiente, herida en cabeza cicatrizada, traqueostomia con regulares secresiones, sin acceso venoso, abdomen depresible, más sonda de gastrotomia para el paso desu nutrición enteral Glucerna de 1. 5kcla a 46cc/hra, genitales integros, eliminando espontaneo en pañal, piel integra, riesgo de caida, lesiones asosidas a la dependencia, paciente con sobrepeso. Durante la noche se controlan signos vitales, paciente inquieta, inmovilizada de sus extremidades en compañia de familiar.

Firmado por: SARA MARIA ARCINIEGAS SOLARTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25395471, CC 25395471

Fecha: 22/02/2024 06:27 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 33 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 132/85, Presión arterial media(mmhg): 100, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 96 Pulso(Pulsa/min): 92 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 6 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

Saturación de oxígeno(%): 96, Con o sin oxígeno: No, Glicemia por micrométodo(mg/dl): 171

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Paciente que durante el resto del turno pasa inquieta, no duerme, no conserva los cambios de posición, se administrra su medicación ordenada, se irriga su gastrotomia con agua, no realiza deposición, elimina en buena cantidad. Queda en cama barandas arriab, cabecera a 45°, inmovilizada, bajo al observación dle personal de la sala y compañia de familiar.

Firmado por: SARA MARIA ARCINIEGAS SOLARTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25395471, CC 25395471

Fecha: 22/02/2024 12:30 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 33 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 110/85, Presión arterial media(mmhg): 93
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 93
Saturación de oxígeno: 94%
Temperatura(°C): 36. 2 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 11/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

Nota de enfermería: recibo paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, en glasglow de 11/15 fuerza muscular no valorable, con traqueostomia permeable movilizando secreciones, con sonda de gastrostomia pasando su nutricion enteral, elimina espontaneo en pañal, piel integra, cuello movil, manilla de identificacion diligenciada correctamente. Durante el turno de la mañana se le monitorizan los signos vitales los cuales estan bajo los parametros normales, se le administran medicamentos segun orden medica y los tolera, se le realiza baño en

NOTAS DE ENFERMERÍA

cama, se le realizan cambios de posicion y no los conserva, sin acceso venoso, en iguales condiciones generales no presenta cambios hemodinamicos.

Firmado por: SANTIAGO GUEVARA VELASCO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059234430, CC 1059234430

Fecha: 22/02/2024 18:20 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 33 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 129/73, Presión arterial media(mmhg): 91, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 84
Saturación de oxígeno: 98%
Temperatura(°C): 36. 1 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 15/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 12, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 3, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: 13:00 PM
Recibo paciente en cama acostada, despierta, glasgow 10/15 y fuerza muscular de cuadriparesia, con barandas de seguridad elevadas, respirando oxigeno ambiente, apertura ocular espontanea, sin acceso venoso, con traqueostomia funcional, con gastrostomia funcional permeable pasandos su nutricion enteral GLUCERNA LPC x 1. 5 kcal tarro x 1000ml A 46cc/h por bomba kangaro, con piel integra, genitales integros, eliminando espontaneo en pañal, sin via oral, sin compañia de familiar, con restrinccion fisica de sus cuatro extremidades riesgo de autoretiro de accesorios terapeuticos.

Durante la tarde se le toman signos vitales, se le administran sus medicamentos ordenados, se le realizan cambios de posicion + hidratacion de piel, no realiza deposicion, eliminando en abundante cantidad en pañal, sin compañia de familiar, se irriga gatsrostomia con 30cc de agua quedando permeable, con piel integra.

Firmado por: MAIRA ALEJANDRA ESCOBAR GUERRERO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234193443, CC 1234193443

Fecha: 22/02/2024 23:59 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 34 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 149/55, Presión arterial media(mmhg): 86
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 100
Saturación de oxígeno 92%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 6 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 11/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 12, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 4, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, con barandas de seguridad elevdas, despierta, glasgow 11/15, fuerza muscular 4/5, a la valoracion fisica se observa normocefalica, con apertura ocualr espontanea, con traqueostomia la cual esta al ambiente, sin acceso venoso, con gastrostomia permeable para el paso de su nutricion, eliminando espontaneo en pañal, piel integra y extremidades moviles.
Durante el truno se monitorizna los signso vitales, se admnistra por orden medica su tratamiento faramcolgocio el cual recibe y tolera, se brindan medidas de bienstar y conofrt, 22:00hr se toma gucometria la cual esta en 195mg/dl por roden medica se admnistra insulina glargina

NOTAS DE ENFERMERÍA

12unidades, se realizan cambios de posicion sin embargo la paciente no los tolera, pasa tranquila, hemodinamicamente estable.

Firmado por: ANGIE CAROLINA NARANJO MANRIQUE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234195591, CC 1234195591

Fecha: 23/02/2024 04:54 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 34 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 116/69, Presión arterial media(mmhg): 84, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 100
Saturación de oxígeno: 95%
Temperatura(°C): 36. 2 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

Nota de enfermería: continua paciente en cama, con barandas de seguridad elevdas, duerme intervalos cortos, se brindan medidas de bienstar y confort, se realizan cambios de posicion sin embargo no los tolera, pasa tranquila, queda hemodinamicamente estbale.

Firmado por: ANGIE CAROLINA NARANJO MANRIQUE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234195591, CC 1234195591

Fecha: 23/02/2024 11:23 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 34 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 156/90, Presión arterial media(mmhg): 112
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 123
Saturación de oxígeno: 93%
Temperatura(°C): 35. 9 Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

Nota de enfermería: Recibo paciente en sala de neurocirugia en cama con medidas de sujeccion, con barandas de seguridad elevadas en compañia de familiar, con apertura ocular espontanea, respirando aire al medio ambiente por traqueostomia, con cateter picc bilumen en miembro superior izquierdo permeable para el paso de su tratamiento farmacologico, con gastrostomia permeable para el paso de su nutricion GLUCERNA a 46cc/h, gasglow 10/15, fuerza muscular 4/5, durante el turno se controlan signos vitales y se registran en el sistema, se realiza baño en cama, cambio de tendidos, hidratacion de la piel, se administra su tratamiento farmacologico segun orden medica, lo tolera sin reaccion adversa y se registra en el kardex, paciente inquieta durante el turno, no obedece ordenes, no tolera su via oral, elimina espontaneo en pañal, se brindan medidas de comodidad y confort, continua paciente en cama con barnadas de seguridad elevadas en compañia de familiar, bajo vigilancia medica y del personal de enfermeria.

Firmado por: LILIBELH ARARAT ARENAS, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007444040, CC 1007444040

Fecha: 23/02/2024 16:10 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 34 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 130/72, Presión arterial media(mmhg): 91
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 120 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno: 95%

NOTAS DE ENFERMERÍA

Temperatura(°C): 35. 7 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 12/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 12, Gravedad

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 7, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 2, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: recibo paciente en cama con barandas de seguriad elevadas con manilla de identifiicacion paciente despieta desorientada alerta sin compañia de familiar paciente respirando oxigeno ambiente sin signios de dificultad respiratoria paciente que durante la tarde la psa intraquilas paciente que recibe visiota de familiares paciente que elimina en pañal continua sin acceso venoso se le realiza manjo de confort s e le toman siginos vitales s el admtran medicamtos los cuiaes recibe y tolera paciente que no deambukla se le mantiene inmovilizada de miembros superiores e inferiores paciente continua con traquostomia con gastrostomia con alimentacion por bomba de infucion paciente queda estable bajo manjo medico y de cuidados de enfermeria.

Firmado por: MARIA EUGENIA SANCHEZ ZULELTA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 31978553, CC 31978553

Fecha: 24/02/2024 00:32 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 35 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 142/104, Presión arterial media(mmhg): 116, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 109 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 97%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 6 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: 19+00 Recibo paciente sin compañia de familiar, paciente con glasgow 9/15, fuerza muscular cudriparesia, se observa con apertura ocular espontanea, pupilas normoreactivas a la luz, tolerando oxigeno a medio ambiente sin signos de aparente dificultad respiratoria, con traqueostomia permeable movilizando secresiones, sin acceso venoso por orden medica, gastrostomia permeable para el paso de su nutriccion continua Glucerna 1. 5Kcal a 46cc/hora, eliminando espontaneo en pañal, se realiza control de signos vitales los cuales quedan registrados en historia clinica, administraccion de su tratamiento farmacologico segun orden medica y kardex de enfermeria el cual tolera sin reaccion adversa, se brindan medidas de bienestar y confort, se asiste a sus cambios de posicion los cuales no conserva, se realiza control de glucometria la cual da como resultado 189MG/DL, se administra su insulina segun esquema 12UI de insulina glargina, continua paciente en cama con baradandas elevadas por su seguridad, bajo observacion medica y cuidados de enfermeria.

Firmado por: NAYDELIN GARCIA MEJIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1193285154, CC 1193285154

Fecha: 24/02/2024 06:27 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 35 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 96/59, Presión arterial media(mmhg): 71, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 100 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 35. 8 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

Nota de enfermería: Continua paciente en iguales condiciones de salud, durante el turno duerme intervalos cortos, continua en cama con baradas elevadas pors u seguridad, bajo observacion medica y cuidados de enfermeria.

Firmado por: NAYDELIN GARCIA MEJIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1193285154, CC 1193285154

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 24/02/2024 10:49 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 35 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 113/74, Presión arterial media(mmhg): 87, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 110 Pulso(Pulsa/min): 92 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 35. 2 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

Saturación de oxígeno(%): 96, Con o sin oxígeno: No, Glicemia por micrométodo(mg/dl): 96

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, con un minimo de conciencia, apertura ocular espontanea, retira aa minimos estimulos, s in respuesta verbal por su traqueostomia, glasgow aparente 9/15, fuerza muscular, mueve a voluntad, respirandoa l medio ambiinte, herida en cabeza occipital saturada en cicatrización, traqueostomia funcional con reguraes secresiones, sin acceso venoso, en abdomen sonda de gastrotomia par ael paso de su nutrición enteral Glucerna de 1. 5kcla a 42cc/hra, genitales integros, eliminando espontaneo en pañal, paciente con sobrepeso. Durante la mañana se monitorizan signos vitales, glucometria, se realizan medidasde bienestar y confort, baño en cama, higene oral, se lubrica piel con linovera, se le colocacn aposito aguasel en sacra y hidrocelular en escapula, no realiza deposición, elimina en basatante cantidad, terapia respiratoria ocluye traqueostomia, sin dificultad arespiratoria, se realizan cambios de posición pero paciente muy inquieta no los conserva, indiferente al medio, se administra su mediación ordenada. Queda en cama barandas arriab, cabecer aa 45°, inmoovilizada, bajo al observación dle personal de la sala y compañia de familiar.

Firmado por: SARA MARIA ARCINIEGAS SOLARTE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25395471, CC 25395471

Fecha: 24/02/2024 14:43 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 35 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 125/80, Presión arterial media(mmhg): 95, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 98 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 2 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 15/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 12, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 3, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: recibo paciente en cama despierta en glasgow de 10/15 fuerza muscular de 4/5, con apertura ocular espontanea, con traqueostomia la cual esta ocluida al 100%, sonda de gastrostomia la cual esta permeable y recibe su nutrion, glucerna frasco por 1000ml a 46cc/hora por bomba de alimientacion, sin acceso venoso, elimina espontaneo en pañal.
paciente se observa calmada.
esta en compañia del familiar el cual es permanente.
durante la tarde se le realizan cambios de poscion y se lubrica la piel, recibe y tolera la via oral y su tratamiento farmacologico y la nutricion.

Firmado por: EMMA MARIANA ANGULO ESTACIO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 760946, CC 66918953

Fecha: 24/02/2024 23:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente de 55 Años, Género Femenino, 36 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 115/75, Presión arterial media(mmhg): 88
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 120 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno: 94%
Temperatura(°C): 36 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 11/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 12, Gravedad

Nota de enfermería: recibo paciente en cama con barandas de seguridad elevadas con manilla de identificacion paciente despierta desorentada alerta sin compañia de familiar paciente respirando oxigeno ambiente sin signos de dificultad respiratoria paciente que traquostomia ocluida paciente que eliminaq en pañal no deambula paciente con gastrostomia con alimentacion por bomba de infucion paciente que esta inmovilizada de miembros superiores e inferiores paciente que continua muy desorientada paciente que duerme intervalos cortos afebril continua bajo manjo medico y cuidados de enfermeria s ele realiza cambios de posicion cada dos hjoras paciente no condserva los cambios de posicion

Firmado por: MARIA EUGENIA SANCHEZ ZULELTA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 31978553, CC 31978553

Fecha: 25/02/2024 05:44 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 36 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 101/65, Presión arterial media(mmhg): 77
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 90 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno: 99%
Temperatura(°C): 36 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 12/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 12, Gravedad

Nota de enfermería: entrego paciente en cama con barandas de seguridad elevadas con manilla de identificacion paciente despierta confusa alerta sin compañia de familiar paciente respirando oxigeno ambiente sin signos de dificultad respiratoria paciente que durante la noche y la madrugada duerme intervalos cortos paciente que continua con traqueotomia ocluida paciente con gastrostomia con alimentacion por bomba de infucion paciente queda inmovilizada de miembroa supeiores e inferiores paciente que se le realiza majo de confort s el toman signos vitlaes s el admtran medicamtos paciente que s el realiza cambios de posicion cada dos horas paciente muy inquita durante toda la noche paciente queda bajo manjo medico y de cuidados de enfermerioea paciente elimina en pañal .

Firmado por: MARIA EUGENIA SANCHEZ ZULELTA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 31978553, CC 31978553

Fecha: 25/02/2024 09:51 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 36 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 130/78, Presión arterial media(mmhg): 95, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 125 Pulso(Pulsa/min): 92
Saturación de oxígeno: 97%
Temperatura(°C): 36. 2 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0.

Saturación de oxígeno(%): 97, Glicemia por micrométodo(mg/dl): 215

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

NOTAS DE ENFERMERÍA

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 9, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 5, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: 7h Recibo paciente en cama con barandas de seguridad arriba, respirando y tolerando oxigeno de medio ambinete, despierta alerta consciente paciente sin respuesta verbal por tranqueostomia ocluida el cual tolera, con una escala de glaslgow d e10/15, una fuerza muscular de 3/5, cuellomovil torax centrado, sin acceso venoso, con una gastrostomia permeable para el paso de su nutricion, se irriga sonda queda permeable, se le adminsitra 250cc de agua libre por su sonda, se evidencia con un enrojecimiento pañalitis en zona glutea, inmovilizada de sus cuatro extremidades, durante el turno se le realizan sus cuidados de enfermeria y confot, se le valoran sus signos vitales, se le administran sus medicamentos, con una glucometria de 215mg/dl, se le adminsitra sus insulinas ordenadas, se le asiste su baño en cama, cambio de pañal, de sabanas lubricacion de piel, queda paciente en cama en iguales condiciones generales bajo revision medica y sin compañia de familiar.

Firmado por: LUISA FERNANDA TOVAR CARMONA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1110282311, CC 1110282311

Fecha: 25/02/2024 15:50 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 36 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 105/58, Presión arterial media(mmhg): 73, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 113 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 97%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 37. 0 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 10, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 5, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: 13+00 Recibo paciente sin compañia de familiar, paciente con glasgow 9/15, fuerza muscular cuadriparesia, se observa con apertura ocular espontanea, pupilas normoreactivas a la luz, tolerando oxigeno a medio ambiente sin signos de aparente dificultad respiratoria, con traqueostomia permeable movilizando secreciones, sin acceso venoso por orden medica, con gastrostomia permeable paa el paso de su nutriccion continua Glucerna 1. 5Kcal a 46cc/hora, eliminando espontaneo en pañal, se realiza control de signos vitales los cuales quedan registrados en historia clinica, se administra su tratamiento farmacologico segun orden medica y kardex de enfermeria el cual tolera sin reaccion adversa, se brindan medidas de bienestar y confort, se asiste a sus cambios de posicion los cuales no conserva, continua en cama con barandas elevadas por su seguridad, bajo observacion medica y cuidados de enfermeria.

Firmado por: NAYDELIN GARCIA MEJIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1193285154, CC 1193285154

Fecha: 25/02/2024 23:47 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 37 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 136/86, Presión arterial media(mmhg): 102, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 105
Saturación de oxígeno 95%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 6 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 16, Riesgo Bajo

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 4, Riesgo de Caida

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama con baranda de seguridad elevadas, sin compañia de familiar, gasglow 10/15, fuerza muscular no valorable, respirando aire medio ambiente por traqueostomia, se observa paciente sin acceso venoso por orden medica, con gastrostomia permeable para el paso de su net glucerna a 46cc/h, eliminando espontaneo en pañal, realzia una deposicion, durante el tutno se realiza control de signos vitales y se registra en el sistema, se administra su tratamienot farmacologico segun prescripicon medica y se registra en el kardex, se realiza sus cambios de posicion, el cual paciente no los tolera, continua paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, sin compañia de familiar, continua bajo observacion medica y personal de enfermeria.

Firmado por: MIGUEL ANGEL ALBAN SANDOVAL, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1006099928, CC 1006099928

Fecha: 26/02/2024 07:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 37 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 126/87, Presión arterial media(mmhg): 100, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 102
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 0 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 11/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

Nota de enfermería: Entrego paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, sin compañia de familiar, gasglow 11/15, fuerza muscular no valorable, respirando aire medio ambiente por traqueostomia, paciente que duerme intervalos cortos, no conserva los cambios de posicion, se realiza control de signos vitales y se registra en el sistma, se administra su tratamiento faramcologico y se registra en el kardex, se realiza toma de glucometria la cual da 192 mg/dl se adminsitra 6 ui de insulina glulisina, queda paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, sin compañia de familiar, queda bajo observacion medica y personal de enfermeria.

Firmado por: MIGUEL ANGEL ALBAN SANDOVAL, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1006099928, CC 1006099928

Fecha: 26/02/2024 11:16 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 37 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 131/80, Presión arterial media(mmhg): 97
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 111
Saturación de oxígeno: 94%
Temperatura(°C): 36. 3 Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 10/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Gravedad

Nota de enfermería: recibo paciente en cama con barandas de seguridad elevadas, en glasgow de 10/15 fuerza muscular de cuadriparecia, apertura ocular espontanea, pupilas isocoricas reactivas a la luz, respirando oxigeno a medio ambiente, cuello movil, con cateter picc permeable, abdomen depresible, con gastrostomia permeable para el paso de su net glucerna a 46cc/hora, resto de piel integra, pasa en iguales condiciones.
durante el turno se monitorizan signos vitales y se registran en el sistema, se administra tratamiento farmacologico segun prescripcion medica, se realiza baño en cama, se brindan medidas de bienestar y confort, paciente queda en cama con barandas de seguridad elevadas, bajo observacion medica y de enfermeria.

Firmado por: LILIBELH ARARAT ARENAS, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1007444040, CC 1007444040

Fecha: 26/02/2024 16:06 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente de 55 Años, Género Femenino, 37 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 108/78, Presión arterial media(mmhg): 88, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 90
Saturación de oxígeno 97%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 1 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 12, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 3, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, con barandas de seguridad elevdas, en compñaai de fmailair, despierto, glasgow 11/15, fuerza muscular 3/5, a la valoracion fisica s eosberva normocefalica, con apertura ocular espontanea, con traqueostomia al ambiente, sin acceso venoso, con gastrsotomia permable para el paso de su nutricion glucerna a 46cc/hr, elimianndo espontaneo en pañal, piel integra y extremidades moviles.
Druante el turno s emonitroizna los signos vitale, s se administra por roden emdica su tratamiento farmacolgocio el caul recibe y tolera, se brindan medidas de beisntar y confort, se realizan cambios de psocion, pasa traqnuila, hemodianmicamente estable.

Firmado por: ANGIE CAROLINA NARANJO MANRIQUE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234195591, CC 1234195591

Fecha: 27/02/2024 00:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 38 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 117/73, Presión arterial media(mmhg): 87, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 92 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 95%, sin oxígeno
Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 9/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: recibo paciente en cama, acompañada de familiar la cual se observa con barandas arriba manilla de identificacion, apertura ocualr expontanea movilidad de la cabeza, traqueostomia funcional al ambiente tolerando, torax simetrico normo expandible, paciente inquieta movimientos no coordinados de sus cuatro extremidades sin aceso venoso no requiere por el momento, se monitorizan signos vitales normotensa afebril glucometria 135mg/dl abdomen blando depresible con tejido adiposo, gastrostomia funcional tolerando net continua, se le diluyen medicamentos y se pasan por la gastrostomia permeable. elimina expontaneo en pañal continua bajo cuidados permanentes.

Firmado por: JUANA GISELA MINDINERO VALENCIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1130644923, CC 1130644923

Fecha: 27/02/2024 07:10 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 38 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 112/54, Presión arterial media(mmhg): 73, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 104 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16
Saturación de oxígeno 92%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 2 Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

NOTAS DE ENFERMERÍA

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: entrego paciente en els ervicio en cama barandas arriba alerta y reactiva acompañada de familiar con traqueostomia funcional al ambiente son monitorizados signos vitales normotensa afebril ultima glucometrai 208mg/dl continua bajo cuidados permanentes. elimian exponatneo en pañal.

Firmado por: JUANA GISELA MINDINERO VALENCIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1130644923, CC 1130644923

Fecha: 27/02/2024 09:43 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 38 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 98/57, Presión arterial media(mmhg): 70
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 101
Saturación de oxígeno: 96%
Temperatura(°C): 36 Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 9/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: Recibo paciente en sala de neurocirugia en cama, con medidas de sujeccion, con barandas de seguridad elevadas en compañia de familiar, con apertura ocular espontanea, respirando aire al medio ambiente por traqueostomia, con gastrostomia permeable para el paso de su nutricion GLUCERNA a 46cc/h, sin acceso venoso, gasglow 9/15, fuerza muscular no valorable debido que el paciente no obedece ordenes, durante el turno se la mañana se controlan signos vitales y se registran en el sistema, se realiza baño en cama con compañia del familiar, hidratacion de la piel, cambio de tendidos, se administra su tratamiento farmacologico segun orden medica, lo tolera sin reaccion adversa y se registra en el kardex, paciente inquieta durante el turno, no recibe ni tolera su via oral, elimina espontaneo en pañal, se brindan medidas de comodidad y confort, continua paciente en cama con barandas de seguridad elevadas en compañia de familiar, con medidas de sujeccion, bajo vigilancia medica y del personal de enfermeria

Firmado por: NAYDELIN GARCIA MEJIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1193285154, CC 1193285154

Fecha: 27/02/2024 18:55 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 38 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 123/76, Presión arterial media(mmhg): 91, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 91
Saturación de oxígeno: 97%
Temperatura(°C): 36. 1 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 11/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 12, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 3, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: 13:00 PM
Continuo con paciente que durante la tarde se le toman signos vitales, se le administran sus medicamentos ordenados, se irriga gastrostomia con 20cc de agua permeable, se le realizan cambios de posicion los cuales no conserva, en compañia de familiar, no deposicion, eliminando en abundante cantidad sin mas cambios queda en cama.

Firmado por: NAYDELIN GARCIA MEJIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1193285154, CC 1193285154

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 27/02/2024 22:42 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 39 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 125/74, Presión arterial media(mmhg): 91, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 110
Saturación de oxígeno 95%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 1 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 11, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 4, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: recibo paciente en cama, con barandas de seguridad elevdas, despierto, glasgow 9/15, fuerza muscular 4/5, inmovilizada de sus cuatro extremidades por riesgo de caida y autoretiro de dispositivos, a la valoracion fisica s eosberva normocefalica, con apertura ocualr espontanea, con traqueostomia la cual se encunetra ocluida, sin acceso venoso, con gastrostomia permeable para el pasod e su nutricion glucerna a 46c/hr, eliminando espontaneo en pañal, se observa en la zona inguinal pañalitis, piel integra y extremidades moviles. Druante el turno se monitorizan los signos vitales, se admnistra por orden emdica su tratamiento farmacolgocio el cual recibe y tolera, se realizan cambios de posicion, realiza una deposicion, se le toma glucometria la cual se encuentra en 157mg/dl medico ordena admnistrar insulina glargina 22ui, pasa traqnuila, hemodinamciente estbale.

Firmado por: ANGIE CAROLINA NARANJO MANRIQUE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234195591, CC 1234195591

Fecha: 28/02/2024 05:23 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 39 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 112/73, Presión arterial media(mmhg): 86, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 100
Saturación de oxígeno 95%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 0 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

Nota de enfermería: continua paciente en cama, con barandas de seguridad elevdas, inmovilizada de sus cuatro extremidades, duerme intervalos cortos, se irriga sonda de la gastrostomia, queda bajo la cupervision medica y de enfermeria.

Firmado por: ANGIE CAROLINA NARANJO MANRIQUE, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1234195591, CC 1234195591

Fecha: 28/02/2024 11:22 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 39 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 119/75, Presión arterial media(mmhg): 89, Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 117 Pulso(Pulsa/min): 92
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 3 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 11/15.

Saturación de oxígeno(%): 96, Con o sin oxígeno: No, Glicemia por micrométodo(mg/dl): 226

NOTAS DE ENFERMERÍA

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama, barandas de seguridad elevadas, en compañia del familiar, alerta, despierta, desorientada, glasgow 11/15, fuerza muscular 4/5, a la valoracion fisica se observa apertura ocular espontanea, con traqueostomia funcional ocluidad al 100% tolerando oxigeno al medio, con gastrostomia funcionala recibiendo glucerna a 50cc/hora por bomba cangaroo, sin acceso venoso, piel integra, elimina espontaneo en pañl, con riesgo de caida y lesiones de piel asociadas ala dependencia, se observa tranquila.
Durante el turno de la mañana se le realiza control de signos vitales, se le administra tratamiento farmacologico ordenado, se le realiza baño en cama, higiene oral, arreglo de la unidad, cambios de posicion los cuales no conserva, es asistida por terapia fisica y rehabilitacion, terapia respiratoria, continua paciente en igual condiciones, bajo cuidados del personal asistencial.

Firmado por: ZULLY GONZALEZ CASTRO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25618432, CC 25618432

Fecha: 28/02/2024 16:29 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 39 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 116/71, Presión arterial media(mmhg): 86
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 119 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 20
Saturación de oxígeno: 93%
Temperatura(°C): 36. 8 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 12, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 5, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: PAciente en cama, con glasgow no valorable por la traqueostomia, la cual se recibe el turno con ella ocluida al 100%, pero constantemente presenta presenta episodios de tos, se le comenta al personal de terapia respiratoria, la valora, se le trata de tranquilizar, pero la paciente hace caso omiso, luego de un muy buen rato se tranquiliza duerme a intervalos, demasiado inquieta apesar de tener restricción fisica en las cuatro extremidades, tiene apertura ocular espontanea, localiza al estimulo, permanece con agitación psicomotora, se le realizac los cambios de posición, se le posiciona en angulo de 45° y cuidados de piel, pero la paciente no los conserva, sin acceso venoso, con gastrostomía pasandole la nutrición enteral glucerna de 1. 5 kcall frasco de 1000cc, pasandole a 46cc hora y con irrigación de 30cc cada 2 horas. Se le monitorizan y se le registran los signos vitles. Se le administran y se le registran los medicamentos ordenados. elimina espontaneo en el pañal desechable, hace deposición liquida en bastante cantidad se le observa la región peri anal muy lacerada grado II, debido a las deposiciones, se le aplica la linovera, mezclada con crema nuemro 4, que sugiere la familiar. Queda con cama abajo, cabecera en angulo de 45°, por la traqueostomia y por el paso de la nutrición enteral, barandas de seguridad elevadas, bajo observación y cuidado del personal de la sala.

Firmado por: MYRIAM MARIA FERNANDEZ GUEVARA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 17882, CC 31913183

Fecha: 28/02/2024 19:08 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 39 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Pulso(Pulsa/min): 92
Saturación de oxígeno: 93%
Escala del dolor: No evaluable

Glicemia por micrométodo(mg/dl): 152

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 0

NOTAS DE ENFERMERÍA

Firmado por: MYRIAM MARIA FERNANDEZ GUEVARA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 17882, CC 31913183

Fecha: 29/02/2024 00:12 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 40 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 147/92, Presión arterial media(mmhg): 110
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 115
Saturación de oxígeno: 92%
Temperatura(°C): 35. 8 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 11/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

Nota de enfermería: recibo paciente en cama con barandas de seguridad elevadas ne el serviico de neurocirugia, en glasgow de 11/15 fuerza muscular de 4/5 tolerando oxigeno a medio ambiente sin signos de dificultad respiratoria, sin acceso venoso, cuello movil, con herida en cuero cabelludo, piel integra, con medidas de sujecion a permanencia, con sonda de gastrostomia pasando su nutricion enteral, con traqueostomia ocluida, elimina espontaneo en pañal. Durante la noche se le monitorizan y registran los signos vitales los cuales estan bajo los parametros normales, se le administran medicamentos por orden medica y los tolera, se le realizan cambios de posicion pero no los conserva en compañia de su familiar, paciente en iguales condicones generales no presenta cambios hemodinamcios.

Firmado por: SANTIAGO GUEVARA VELASCO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059234430, CC 1059234430

Fecha: 29/02/2024 06:17 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 40 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 125/89, Presión arterial media(mmhg): 101
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 113
Saturación de oxígeno: 98%
Temperatura(°C): 36. 5 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

Nota de enfermería: entrego paciente en cama con barandas de seguridad elevadas en el servicio de neurocirugia, sin acceso venoso, con medidas de sujecion a permanencia, no duermedurante la noche, paciente que no tolera cambios de posicion, en compañia de su familiar, elimina espontaneo en pañal, realiza deposicion, paciente en iguales condiciones generales, no presenta cambios hemodinamicos.

Firmado por: SANTIAGO GUEVARA VELASCO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1059234430, CC 1059234430

Fecha: 29/02/2024 14:03 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 40 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 131/82, Presión arterial media(mmhg): 98, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 101 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 92%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 6 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 9/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 9, Estupor

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota de enfermería: 07+00 Recibo paciente en compañia de familiar, paciente con glasgow 9/15, fuerza muscular cuadriparesia, se oberva con apertura ocular espontanea, pupilas normoreactivas a la luz, tolerando oxigeno a medio ambiente sin signos de aparente dificultad respitatoria, con traqueostomia ocluida al 100%, sin acceso venoso por orden medica, con gastrosomia permeable para el paso de su nutriccion continua Glucerna a 46cc/hora, eliminando espontaneo en pañal, se realiza control de signos vitales los cuales quedan registrados en historia clinica, administraccion de su tratamiento farmacologico segun orden medica y kardex de enfermeria el cual tolera sin reaccion adversa, se brindan medidas de bienestar y confort, se asiste al baño en cama e hidratacion de piel, continua paciente en cama con barandas elevadas por su seguridad, bajo observacion medica y cuidados de enfermeria.

Firmado por: NAYDELIN GARCIA MEJIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1193285154, CC 1193285154

Fecha: 29/02/2024 15:55 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 40 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 139/60, Presión arterial media(mmhg): 86, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 114 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 96%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36. 4 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 15/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 10, Estupor

- Escala de Ulceras de Presion Braden : Total: 11, Riesgo Alto

- Escala de Riesgo de Caida Downton : Total: 3, Riesgo de Caida

Nota de enfermería: recibo paciente en cama despierta en glasgow de 10/15 fuerza muscular de 4/5, con apertura ocular espontanea, con traqueostomia la cual esta ocluida al 100%, con sonda de gastrostomia la caul esta permeable y recibe su nutricion glucerna farsco por 1000ml a 46cc/hora por bomba de alimentacion, sin acceso venoso.
elimina espontaneo en pañal.
durante la tarde pasa calamada, recibe y tolera su nutricion y su tratamiento farmacologico, se le realizan cambios de poscion y se lubrica la piel, elimina espontaneo en pañal.
no presento cambios.

Firmado por: EMMA MARIANA ANGULO ESTACIO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 760946, CC 66918953

Fecha: 29/02/2024 20:10 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 41 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 159/90, Presión arterial media(mmhg): 113, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 102
Saturación de oxígeno: 92%
Temperatura(°C): 36 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 15/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 15, Normal

Nota de enfermería: Recibo paciente en cama barandas de seguridad elevadas despierta sin familair, con glasgow de 15/15, fuerza muscular de 5/5, apertura ocular espontanea, tolerando oxigeno almedo, recibe y tolera via oral, con cateter picc en mimebro superior izquierdo permeable para paso de medicamentos ordenados, se le observa herida quirurgica en region lumbo sacra, en proceso de sicatrizacion, elimina espontaneo en baño, con riesgo de caida.

Firmado por: ZULLY GONZALEZ CASTRO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25618432, CC 25618432

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nota aclaratoria

Fecha: 01/03/2024 07:29

nota no es de la pacinete.

Firmado por: ZULLY GONZALEZ CASTRO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25618432, CC 25618432

Fecha: 29/02/2024 20:15 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 41 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 137/85, Presión arterial media(mmhg): 102, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 69
Saturación de oxígeno: 99%
Temperatura(°C): 36. 2 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 11/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

Nota de enfermería: Recibo paciente en caa barandas de seguridad elevadas despierta alerta, en compañia de familiar, con glasgow de 11/15, fuerza muscular cuadriparetica, apertura ocular espontanea, con tarqueostomia funcional ocluida al 100%, gastrostomia funcional recibiendo glucerna a 46cc/hora, sin acceso venoso, piel integra, elimina espontaneo en pañal, paciente con riesgo de caida, y lesiones de piel asociadas ala dependencia.

Firmado por: ZULLY GONZALEZ CASTRO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25618432, CC 25618432

Fecha: 01/03/2024 06:13 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 41 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 137/84, Presión arterial media(mmhg): 101, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 113
Saturación de oxígeno: 97%
Temperatura(°C): 36. 4 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Glasgow 15/15.

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 15, Normal

Nota de enfermería: Paciente que durante el turno de la noche se le realiza control de signos vitales, se le administra tratameinto farmacologico ordenado, duerme a intervalos largos, presenta emesis se le informa a medico de truno el cual ordena adminsitrar ondasetronx8mg se le administra, elimina espontaneo en baño, con riesgo de caida, continua bajo vigilancia neurologica y cudiados del personal aistencial.

Firmado por: ZULLY GONZALEZ CASTRO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25618432, CC 25618432

Nota aclaratoria

Fecha: 01/03/2024 07:28

nota no es de la paciente.

Firmado por: ZULLY GONZALEZ CASTRO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25618432, CC 25618432

NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha: 01/03/2024 06:33 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Nota de enfermería - AUXILIAR DE ENFERMERIA
Paciente de 55 Años, Género Femenino, 41 día(s) en hospitalización

Paciente Crónico

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 159/90, Presión arterial media(mmhg): 113, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 102
Saturación de oxígeno: 92%
Temperatura(°C): 36 Lugar toma temperatura: Axilar Escala del dolor: No evaluable Estado de conciencia: Glasgow 11/15

- Escala Glasgow (Coma) : Total: 11, Gravedad

Nota de enfermería: Paciente que durante el turno de la noche se le realiza control de signos vitales, se le administra tratameinto farmacologico ordenado, se le realizan cambios de posicion, los cuales no conserva, cuidados de la piel, duerme a intervalos cortos, muy tranquila, elimina espontaneo en pañal, realiza dos deposiciones semiblandas, no presneta cambios significativos hasta el momento, continua bajo vigilancia neurologica y cuidados del personal asistencial.

Firmado por: ZULLY GONZALEZ CASTRO, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 25618432, CC 25618432

OTRAS NOTAS

Fecha: 19/01/2024 22:28 - Ubicación: 1 PISO URGENCIAS SOAT
Registro de documentos - ENFERMERIA

Firmado por: MARTHA ISABEL MONTENEGRO YEPE, ENFERMERIA, Registro 27124057, CC 27124057

Fecha: 20/01/2024 01:50 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - ENFERMERIA

Firmado por: LAURA PATRICIA GALLO VELASQUEZ, ENFERMERIA, Registro 1062320632, CC 1062320632

Fecha: 20/01/2024 02:03 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - CIRUGIA CARDIOVAS

Firmado por: CARLOS ALBERTO LIZCANO BALBUENA, CIRUGIA CARDIOVAS, Registro 68523/97, CC 91265248

Fecha: 20/01/2024 02:03 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - CIRUGIA CARDIOVAS

Firmado por: CARLOS ALBERTO LIZCANO BALBUENA, CIRUGIA CARDIOVAS, Registro 68523/97, CC 91265248

Fecha: 20/01/2024 05:36 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 20/01/2024 07:14 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

OTRAS NOTAS

Fecha: 20/01/2024 08:13 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - ENFERMERIA

Firmado por: LUIS FELIPE JOJOA RIVERA, ENFERMERIA, Registro 1113686227, CC 1113686227

Fecha: 20/01/2024 19:32 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 21/01/2024 19:43 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

Firmado por: LUISA FERNANDA PAREDES ARBELAEZ, FISIOTERAPEUTA, Registro 1144066297, CC 1144066297

Fecha: 22/01/2024 07:30 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 22/01/2024 23:34 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 23/01/2024 07:11 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 23/01/2024 19:31 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 24/01/2024 07:54 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - ENFERMERIA

Firmado por: LUIS FELIPE JOJOA RIVERA, ENFERMERIA, Registro 1113686227, CC 1113686227

Fecha: 24/01/2024 17:09 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Trabajo social - Apoyo - TRABAJO SOCIAL

Causa externa: ACCIDENTE DE TRANSITO

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA
Religión: CRISTIANO

Escolaridad: Primaria

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

OTRAS NOTAS

ANÁLISIS DEL CASO
Tiene apoyo familiar: Si Intervención: Intervención familiar
Análisis psicosocial: Se realiza valoración sociofamiliar de la paciente Gloria Siabato Gil de 55 años, identificada con cédula 29401014. UCI CRÍTICO.

En la valoración sociofamiliar se indagan aspectos familiares, condiciones socioeconómicas, redes de apoyo. Se entrevista a la sra. Angie Johana Gamboa, hija de la paciente. Según lo manifestado, la sra Gloria es oriunda del Líbano/Tolima, actualmente reside en Chile. Desde el mes de diciembre de 2023 se encontraba en la vereda el Salto, kilómetro 41 vía Cabal Pombo/Buenaventura, visitando a sus hijas.

Su grupo familiar está compuesto por sus hijas: Angie Johana Gamboa (33) tel: 3143544001 y Marcela Rincón (18), yerno y dos nietos. Describe relaciones cercanas y afectivas entre sus integrantes.
Respecto al proceso hospitalario, la sra Johana comenta que entre ella y su hermana se encuentran acompañándola, da cuenta de la condición clínica de la paciente. Adicionalmente, expresa que no tiene familia en la ciudad de Cali que pueda brindarle apoyo durante su permanencia.

Se identifica paciente adulta con diagnósticos anotados en historia clínica, red de apoyo familiar limitada, no obstante, dispuesta a atender a sus necesidades emocionales. En el diálogo se explica a la sra Johana sobre los hogares de paso, pero define esperar. Se socializan normas del servicio, derechos y deberes del paciente, canales de atención para PQRSFD, rutas de evacuación y ubicación de extintores. La familiar refiere comprensión de lo abordado.
Se direcciona hasta el área aseguramiento dado que la paciente a su ingreso aparece retirada de la EPS.

Firmado por: LEIDY TATIANA VERA SUAZA, TRABAJO SOCIAL, Registro 67025351, CC 67025351

Fecha: 24/01/2024 19:29 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 25/01/2024 08:16 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - ENFERMERIA

Firmado por: LAURA PATRICIA GALLO VELASQUEZ, ENFERMERIA, Registro 1062320632, CC 1062320632

Fecha: 25/01/2024 16:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - CIRUGIA GENERAL

Firmado por: ADOLFO GONZALEZ HADAD, CIRUGIA GENERAL, Registro 37485, CC 79142613

Fecha: 25/01/2024 16:03 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - CIRUGIA GENERAL

Firmado por: ADOLFO GONZALEZ HADAD, CIRUGIA GENERAL, Registro 37485, CC 79142613

Fecha: 25/01/2024 17:29 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 26/01/2024 07:23 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

OTRAS NOTAS

Fecha: 26/01/2024 22:49 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

Firmado por: ANA MARIA VALENCIA TORRES, FISIOTERAPEUTA, Registro 1061800893, CC 1061800893

Fecha: 27/01/2024 07:31 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 27/01/2024 22:23 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 28/01/2024 08:24 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - ENFERMERIA

Firmado por: LAURA PATRICIA GALLO VELASQUEZ, ENFERMERIA, Registro 1062320632, CC 1062320632

Fecha: 28/01/2024 19:15 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 29/01/2024 08:29 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - ENFERMERIA

Firmado por: GUSTAVO ALEXANDER GRISALES, ENFERMERIA, Registro 18494461, CC 18494461

Fecha: 29/01/2024 19:53 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - ENFERMERIA

Firmado por: ADRIANA PAOLA ALTAMAR ALTAHONA, ENFERMERIA, Registro 761378, CC 1065611724

Fecha: 30/01/2024 07:16 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 30/01/2024 14:20 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 30/01/2024 20:00 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - ENFERMERIA

Firmado por: LAURA PATRICIA GALLO VELASQUEZ, ENFERMERIA, Registro 1062320632, CC 1062320632

OTRAS NOTAS

Fecha: 31/01/2024 07:48 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: JINETH TATIANA ESPAÑA PEREZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1010015945, CC 1010015945

Fecha: 31/01/2024 13:33 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 31/01/2024 14:34 - Ubicación: UCI CRITICO QUIRURGICO
Registro de documentos - ANESTESIOLOGO(A)

Firmado por: ANDRES FELIPE GUZMAN SILVA, ANESTESIOLOGO(A), Registro 1115075032, CC 1115075032

Fecha: 31/01/2024 20:10 - Ubicación: UCI4
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: HILARI TATIANA MURILLO PAZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1143972954, CC 1143972954

Fecha: 01/02/2024 09:50 - Ubicación: UCI4
Necesidades, cuidadores y educación - ENFERMERIA

NECESIDADES
El cuidador responde la evaluación.
El paciente no requiere acompañamiento permanente
El paciente y/o el cuidador tiene alguna limitación física, cognitiva o sensorial. Limitaciones del paciente: Ninguna. Limitaciones del cuidador: Ninguna.
El paciente y/o el cuidador requiere apoyo para comunicarse. Requerimientos del paciente: Ninguna. Requerimientos del cuidador: Ninguna.
El paciente tiene alguna condición especial para su alimentación. Información suministrada por el paciente de la condición especial de su alimentación: Otra. Información suministrada por el cuidador de la condición especial de su alimentación: No aplica.
El paciente y/o cuidador tiene alguna creencia religiosa o espiritual. Creencia del paciente: CATOLICA. Creencia del cuidador: CATOLICA.
El nivel de escolaridad del paciente: Secundaria completa.
El conocimiento de la enfermedad del paciente: Bajo. del cuidador: Alto.
El paciente y/o cuidador desea recibir educación sobre la enfermedad. Al cuidador le gustaría: Conversación.
Las emociones que percibe el cuidador: Tranquilidad.

EDUCACIÓN
Plan educativo: SE DA INFORMACION DE FORMA VERBAL DE BRAZALETE DE IDENTIFICACION PREVENCION DE CAIDAS Y DERECHOS Y DEBERES DE LA INSTITUCION
El cuidador responde la evaluación.

Material de apoyo: Folleto.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal.
Temas en los que se educó: Seguridad del paciente
Describa brevemente los temas en que educó: SE DA INFORMACION DE FORMA VERBAL DE BRAZALETE DE IDENTIFICACION PREVENCION DE CAIDAS Y DERECHOS Y DEBERES DE LA INSTITUCION.

Firmado por: LEIDY JHOANNA ESCOBAR PORTILLA, ENFERMERIA, Registro 1113640989, CC 1113640989

Fecha: 01/02/2024 13:02 - Ubicación: UCI4
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

OTRAS NOTAS

Fecha: 01/02/2024 17:16 - Ubicación: UCI4
Necesidades, cuidadores y educación - AUXILIAR DE ENFERMERIA

NECESIDADES
El paciente y/o el cuidador tiene alguna limitación física, cognitiva o sensorial. Limitaciones del paciente: Ninguna.
El paciente y/o el cuidador requiere apoyo para comunicarse. Requerimientos del paciente: Ninguna.
El paciente tiene alguna condición especial para su alimentación. Información suministrada por el paciente de la condición especial de su alimentación: Otra.
El paciente y/o cuidador tiene alguna creencia religiosa o espiritual. Creencia del paciente: CATOLICA.
El nivel de escolaridad del paciente: Secundaria completa.
El conocimiento de la enfermedad del paciente: Bajo.

EDUCACIÓN
Plan educativo: Asistencia Programada educativo de información y orientación al usuario y su familia SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El cuidador responde la evaluación.
Parentesco: HIJO (A)
Material de apoyo: verbal.
Verificación de la comprensión: Evaluación verbal. Observaciones de la comprensión: Se evalúa la comprensión de la información mediante la estrategia Teach Back.
Temas en los que se educó: Seguridad del paciente
Describa brevemente los temas en que educó: Desde el equipo de seguridad del paciente se brinda educación al paciente y su cuidador el señor(A) Marcela Rincon sobre las 7 metas de seguridad del paciente, los riesgos clínicos, medidas de autocuidado para evitar errores en la administración del medicamento, infecciones asociadas al cuidado de la salud y el cuidado de la piel para mantenerla sana.
También se le explica que debe preguntar al personal que lo atiende cualquier dudad que tenga acerca de su diagnóstico, tratamiento, medicamentos que recibe y el cuidado al egreso.
Se evalúa la comprensión de la información mediante la estrategia Teach Back.

Firmado por: JHON EDUARD MILLAN V, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 1107523552, CC 1107523552

Fecha: 01/02/2024 19:56 - Ubicación: UCI4
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: YARITZA FERNANDA VALENCIA VELASQUEZ, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1144095404, CC 1144095404

Fecha: 02/02/2024 07:53 - Ubicación: UCI4
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 03/02/2024 08:25 - Ubicación: UCI4
Registro de documentos - ENFERMERIA

Firmado por: CAROLAY GUZMAN TANGARIFE, ENFERMERIA, Registro 1234190598, CC 1234190598

Fecha: 03/02/2024 08:32 - Ubicación: UCI4
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 03/02/2024 20:27 - Ubicación: UCI4
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

OTRAS NOTAS

Firmado por: JOSE DAVID LOPEZ VALENCIA, FISIOTERAPEUTA, Registro 1107508526, CC 1107508526

Fecha: 04/02/2024 07:37 - Ubicación: UCI4
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 04/02/2024 21:20 - Ubicación: UCI4
Registro de documentos - FISIOTERAPEUTA

Firmado por: ANGELICA BETANCUR CAMAYO, FISIOTERAPEUTA, Registro 1020780967, CC 1020780967

Fecha: 05/02/2024 07:45 - Ubicación: UCI4
Registro de documentos - MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA

Firmado por: JESSICA ANDREA MARTINEZ ANGULO, MED.FI.TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1150936125, CC 1150936125

Fecha: 07/02/2024 08:34 - Ubicación: UCI4
Registro de documentos - ENFERMERIA

Firmado por: YHOSELYN ANDREA CAICEDO M, ENFERMERIA, Registro 1107558536, CC 1107558536

Fecha: 09/02/2024 18:36 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Necesidades, cuidadores y educación - AUXILIAR DE ENFERMERIA

NECESIDADES
El paciente requiere acompañamiento permanente
El paciente y/o el cuidador tiene alguna limitación física, cognitiva o sensorial. Limitaciones del paciente: Uso de dispositivos.
El paciente y/o el cuidador requiere apoyo para comunicarse. Requerimientos del paciente: Otra.
El paciente tiene alguna condición especial para su alimentación. Información suministrada por el paciente de la condición especial de su alimentación: Gastrostomía.

CUIDADORES.

Nombre	Teléfono	Estado de salud	Parentesco	Vive con el paciente	Principal	Tiene obligaciones fuera del domicilio	Tiempo de dedicación	Observaciones
Angie Johana Gamboa Siabato	*3143544001	Muy buena	HIJO (A)	Si	Si	Si		datos por Trabajo Social, Usuaria llega sin acompañante.

EDUCACIÓN
Plan educativo:
NO se realiza Educación Usuaria SIN Acompañante

Describa brevemente los temas en que educó:
Se atiende Usuario para Informar sobre La Seguridad del Paciente: con previos Elementos de Protección E. P:P:
1. Derechos y Deberes del Paciente: -Acceder a los servicios de salud con atención integral, oportuna y de calidad. -Mantener comunicación plena y clara con el médico -Recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, etc
2. Guía Hospitalaria - Atención al Usuario: -Manejo de residuos -Todo persona de la salud debemos portar el carnet, además identificarnos con nombre y cargo, etc

OTRAS NOTAS

3. Información para el control de visitas: Diferentes tipos y horarios de visitas: - La tarjeta la entrega: Jefe o secretaria de la sala - Sí llegase perderla colocar denuncia en la Inspección de Policía y presentarla inmediato al Jefe de turno - Elementos de uso personal
4. Recomendaciones para una Atención segura: Lavado de manos antes y después de: Ingresar a la habitación, al consumir alimentos e ingresar al baño. - Preparación para una cirugía: - preguntar que toda la información le quede clara - Prevención de caídas: -mantener barandas de cabecera arriba - Uso de calzado antideslizante - Brazalete de Identificación con sus respectivos riesgos.
FORTALECIMIENTO: *RUTA DE EVACUACIÓN y/o PUNTO DE ENCUENTRO *CÓMO REPORTAR QUEJAS O RECLAMOS *CÓMO ACCEDER AL APOYO ESPIRITUAL O RELIGIOSO Y EMOCIONAL (PSICOLOGIA)
EDUCACION: SIN ACOMPAÑANTE
Red de Apoyo:.

Firmado por: ANA ISABEL ZAMORA SUAREZ, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Registro 0665-2, CC 31172136

Fecha: 13/02/2024 08:11 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Registro de documentos - GRUPO PICC

Firmado por: SANDRA MARCELA GARCIA AGUIRRE, GRUPO PICC, Registro 1144135201, CC 1144135201

Fecha: 19/02/2024 15:58 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Trabajo social - Apoyo - TRABAJO SOCIAL

Tipo de valoración: Control
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

Observaciones del seguimiento: seguimiento de caso

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA
Religión: CRISTIANO

Escolaridad: Primaria

ANÁLISIS DEL CASO
Posible duelo patológico: Si Tiene apoyo familiar: Si Intervención: Soporte psicosocial
Análisis psicosocial: me comunico via telefonica con la sra Angie Johana Gamboa, hija de la paciente a quien indago sobre gestiones de la familia para lograr ubicacion en hogar a la paciente. Familiar refiere no contar en el momento con un hogar o fundacion para la paciente, me indica vendra ella tanto la otra hija (marcela) para reunirse con trabajadora social y recibir informacion de hogares donde de manera particular pueden recibir a la paciente.

continua en seguimiento.

Firmado por: MARIA CAMILA RODAS MEDINA, TRABAJO SOCIAL, Registro 1144088222, CC 1144088222

Fecha: 27/02/2024 16:10 - Ubicación: NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE
Trabajo social - Apoyo - TRABAJO SOCIAL

Tipo de valoración: Control
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

Observaciones del seguimiento: seguimiento de caso

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA
Religión: CRISTIANO

Escolaridad: Primaria

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Evaristo García E.S.E

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 29401014**		
Paciente: **GLORIA SIABATO GIL**		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **19/03/1968**		
Edad y Género: **55 Años, Femenino**		
Identificador único: **2776070-1**	Responsable: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE**	
Ubicación: **NEUROCIRUGIA 4 PISO ALA NORTE**		Cama: **408A**
Servicio: **NEUROCIRUGIA**		

OTRAS NOTAS

ANÁLISIS DEL CASO
Posible duelo patológico: Si Tiene apoyo familiar: Si Intervención: Soporte psicosocial
Análisis psicosocial: paciente que se encuentra pendiente de tener ubicacion de domicilio para agreso con homecare.
me comunico con la sra johana gamboa, hija de la paciente, a quien con anterioridad se le brindó contacto de fhogar geriatrico amigo del anciano, con la finalidad de que familiares gestionaran cupo para la paciente. La sra Johana refiere que tanto ella como su hermana, no cuentan en el momento con las condiciones economicas para poder realizar el pago de 800. 000 pesos mensuales en dicho hogar, por lo cual, brindo datos de hogar geriatrico san mateo, el cual esta proximo en abrir sus puertas por costos modicos para los familiares de los pacientes que lo requieren.

Continua en seguimiento por trabajo social para ubicacion de la paciente.

Firmado por: MARIA CAMILA RODAS MEDINA, TRABAJO SOCIAL, Registro 1144088222, CC 1144088222