

APELLIDO PATERNO

Vera

MATERNO

Vicento

NOMBRES

Nº HISTORIA CLINICA

0065

RECORDATORIO

1.- MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

ENUMERAR SINTOMAS PRINCIPALES

- A) Comienzo
B) Evolución
C) Medicación Recibida

Edad - 42 años.

Nace - Chorro. (Manabí)

Reside - Quito.

Instrucción - Superior.

Estado Civil - Divorciado.

Motivo de Consulta - Dolor Lumbor.

Enfermedad Actual - Paciente refiere que desde hace aproximadamente 2 meses viene presentando dolor agudo en región lumbosacra izquierda, en la zona de mínima lito pequeño, posteriormente promueve en dolor en dicha región, en forma lenta espontánea, en ocasiones se hace más intenso acompañándose de espasmos y tics, actualmente ante para tratamiento de especialidad.

PRAS - Ninguno frecuente.

APP - litisi. 1º episodio Agosto / 2001

APP - Pólipo polipoides: Diabetes Madre, Ca de estómago: No.

AGD = Menarquia: 12 años 6:2 A:0 P:0 C:0

FUM 27-IX-01

Habitos: Alimentación: 3 v/d.

Alcohol: 4 v/d.

Dejar de fumar: No.

Alérgico: No

Tabaquismo: No

Alcohol: No.

Fuente de Información - Paciente.

26-X-01

Dr. Sotomayor

4.- HABITOS

5.- PERSONALIDAD

6.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

7.- CONDICIONES ECONOMICAS SOCIO CULTURALES

8.- FUENTE DE INFORMACION

9.- COMENTARIOS

Fecha y Firma de quien realiza la Investigación

APELLIDO PATERNO <i>Vera</i>	MATERNO <i>Vicento</i>	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA <i>0065</i>
---------------------------------	---------------------------	---------	------------------------------------

ESTATURA	PESO ACTUAL	PESO HABITUAL	PULSO	TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	RESPIRACION
----------	-------------	---------------	-------	------------------	-------------	-------------

<p>RECORDATORIO</p> <p>EXAMEN SOMATICO GENERAL</p> <p>1.- APARIENCIA GENERAL Actividad Psicomotora Estado Nutricional</p> <p>2.- EXAMEN REGIONAL</p> <p>3.- PIEL Y TEGUMENTOS Linfáticos</p> <p>4.- CABEZA Y CUELLO Anomalías en el Aspecto, Forma, y Tamaño. Ojos, Oídos, Nariz, Boca, Garganta.</p> <p>5.- TORAX Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación, A) Corazón, B) Pulmones</p> <p>6.- ABDOMEN Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación.</p> <p>7.- REGION LUMBAR Anomalías en el Aspecto, Tamaño y Sensibilidad.</p> <p>8.- REGION INGUINO-GENITAL Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño. A) Examen Ginecológico B) Examen Urológico</p> <p>9.- REGION ANO-PERINEAL Anomalías a la Inspección y a la Palpación Tacto Rectal</p> <p>10.- EXTREMIDADES Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño, Sensibilidad y Movilidad.</p> <p>11.- EXAMEN NEUROLOGICO ELEMENTAL</p> <p>12.- IMPRESION DIAGNOSTICA Fecha y Firma de quien realiza el Examen</p>	<p><i>Paciente hidratado, oxigenado, condiciones actuales bien.</i></p> <p><i>Cabeza: Normocefalia</i></p> <p><i>Ojos: Pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y la acomodación</i></p> <p><i>Nariz: Piramidal nasal. de forma, transmisión e implantación nor- mal.</i></p> <p><i>Boca: Dientes dentados en moderado estado general, exponiéndose normal</i></p> <p><i>Cuello: Movilidad activa y pasiva conservada</i></p> <p><i>Torax: Exponiéndose normal</i></p> <p><i>Pulmones: Límpidos, ventilados</i></p> <p><i>Corazón: R. Frecuente, no se oye</i></p> <p><i>Abdomen: Blando, depresible, RHA presente</i></p> <p><i>Región lumbar: leve dolor a la digitopresión en zona lumbar izquierda.</i></p> <p><i>Región Inguino-Genital.</i></p> <p><i>ONE: Normal.</i></p> <p><i>Extremidades: Normal.</i></p> <p><i>Idy Neoplasias frecuentes</i></p> <p><i>16-X-01</i></p> <p><i>Dr. Sabando</i></p>
---	---

INFORMES DE ENFERMERIA

FECHA	HORA		FECHA	HORA	
2001-10-16	10 horas	Ingresar pte de 42 años de edad para tto con Dr. Vallejo.			
		SV: 110/70			
		P: 78x'			
		T: 36.6 °C			
		Ref			
	13 horas	Pte duerme bajo efecto de med. pendiente probar tolerancia oral y diuresis. Vencelisis permeable.			
		SV: 120/70			
		P: 80x'			
		Ref			
	16 h.	TA: 100/70 P: 70x' T: 37.2			

APELLIDO PATERNO <i>Vera</i>		MATERNO <i>Vicente</i>	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA <i>0065</i>
FECHA DE NACIMIENTO			SERVICIO <i>Urologia</i>	SALA <i>206</i>
DIA	MES	AÑO		

DIAGNOSTICO PROVISIONAL _____

DIAGNOSTICO DEFINITIVO PRIMARIO *Nefrolitiasis izquierda*

DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS _____

OPERACIONES *Litotricia (16-10-01)*

HISTORIA BREVE Y HALLAZGOS ESPECIALES DE EXAMEN FISICO *Paciente refiere que desde hace 3 meses viene presentando dolor en zona lumbar izquierda c6-c7 con irradiación hacia genitales eliminando cálculos pequeños el primer episodio, durante todo este tiempo ha persistido la molestia por lo que ingresó por fractura de c6.*

HALLAZGOS DE LABORATORIO, RAYOS X E INTERCONSULTAS
Favor ver historia clinica

EVOLUCION, COMPLICACIONES SI LAS HUBO
Buena evolución sin complicaciones

CONDICION TRATAMIENTO, REFERENCIA FINAL AL DAR EL ALTA Y PRONOSTICO
Buen estado general al momento de dar el alta. Se recomienda control por consulta externa.

EN CASO DE INTERNACION

DIAS DE HOSPITALIZACION <i>1 día</i>

Fecha *16-X-01*

Dr. Marcos S. Sandoz
FIRMA Y NOMBRE DEL MEDICO



Nº. HISTORIA CLINICA

EL MEDICO DEBE FIRMAR AL PIE DE CADA NOTA DE EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES MEDICAS, LAS MISMAS QUE DEBERAN COINCIDIR CON LA FECHA Y HORA EN QUE FUERON FORMULADAS

NOTAS ADICIONALES

NOTAS DE EVOLUCION



APELLIDO PATERNO <i>Vera</i>		MATRNO <i>Mendoza</i>		NOMBRES <i>Licenta</i>		N° DE LA HISTORIA CLINICA <i>0065</i>																								
MES <i>Octubre</i>		AÑO <i>2001</i>		PARA GRAFICAR SE MARCA LOS PUNTOS SOBRE LAS LINEAS VERTICALES RESPECTIVAS																										
DIA DEL MES (fecha)		<i>16 17</i>																												
DIAS DE HOSPITALIZACION		<i>Ing</i>																												
DIAS DE POST-OPERATORIO																														
INDICAR CON COLOR AZUL LA TEMPERATURA Y CON ROJO EL PULSO		PULSO	TEMPERATURA	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
		150																												
		140																												
		130																												
		120	42																											
		110	41																											
		100	40																											
		90	39																											
		80	38																											
		70	37																											
60	36																													
50	35																													
RESPIRACION																														
TENSION ARTERIAL mx/min				<i>110 40</i>																										
LIQUIDOS	INGERIDOS	PERENTERAL																												
		ORAL																												
		TOTAL																												
	ELIMINADOS	ORINA																												
		DRENAJE																												
		OTROS																												
NUMERO DE DEPOSICIONES																														
NUMERO DE COMIDAS																														
ASEO / BAÑO																														
ACTIVIDAD																														
NUMERO DE BIBERONES				<i>MTN MTN</i>																										
DIERTA																														
TALLA EN CENTIMETROS																														
PESO EN KILOGRAMOS																														

CONTROL HIDRICO

HOSPITALIZACION

RECORD DE 24 HORAS

Clave Orina :.....O

CateterismoC

VómitoVóm.

Incontinencia.....Inc.

Sonda Foley.....S.F.

Deposición Líquida.....D.L.

ADMINISTRACION

ELIMINACION

H O R A

PARENTERAL

ORAL

ORINA

OTRA

Solución en la Botella

Cantidad
Absorbida
c.c.

Tipo

Cantidad
c.c.

Cómo
Obtuvo

Cantidad
c.c.

Tipo

Cantidad

7 - 8 am

8 - 9 am

9 - 10 am

10 - 11 am

11 - 12 am

12 - 1 pm

sol Isot q 500cc

N

7

0

pendiente

Sub Total
7am-1pm

1 - 2 pm

2 - 3 pm

3 - 4 pm

4 - 5 pm

5 - 6 pm

6 - 7 pm

Sub Total
1 - 7 pm

7 - 8 pm

8 - 9 pm

9 - 10 pm

10 - 11 pm

11 - 12 pm

12 - 1 am

1 - 2 am

2 - 3 am

3 - 4 am

4 - 5 am

5 - 6 am

6 - 7 am

Sub Total
7pm-7am

Total
en 24 H

Total de ingesto:

Total Eliminación:

Vaso pequeño
Vaso grande

150 c.c.
240 c.c.

Café o té
Sopera
Gelatina
Helados

200 c.c.
200 c.c.
100 c.c.
100 c.c.

Cuarto: 206

Fecha: 2001-10-16

Nombre del Paciente: Vicenta Vera

APELLIDO PATERNO <i>Valle</i>		MATERNO		NOMBRES <i>Vicente</i>		N° DE LA HISTORIA CLINICA	
FECHA <i>16-X-01</i>	EDAD <i>42a</i>	SEXO <i>F</i>	ESTATURA <i>-</i>	PESO	OCUPACION ACTUAL	SERVICIO	SALA CAMA
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO <i>Callos Uteral</i>		DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO <i>Idem</i>		OPERACION PROPUESTA <i>Litolitica</i>			
CIRUJANO <i>D. Vallejo</i>		AYUDANTES <i>Idem</i>		OPERACION REALIZADA <i>Idem</i>			
ANESTESIOLOGO <i>D. Halcón</i>		AYUDANTES		INSTRUMENTISTA - <i>C. Cruz</i> <i>S. A. Florio - S. L. Pedraza</i>			

REGISTRO TRANS-ANESTESICO

AGENTES / HORA	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
SATURACION O ₂																																			
T.A.																																			
MAX	✓																																		
MIN	40°																																		
PULSO	38°																																		
INDUCCION	36°																																		
FIN-ANESTESIA	34°																																		
RESPIRACION	32°																																		
ESP	30°																																		
ASIS	28°																																		
CONT	26°																																		
TEMPERATURA	20																																		
INICIO CIRUGIA	15																																		
FIN DE CIRUGIA	10																																		
PRES. VENOSA	5																																		
TORNIQUETE	1																																		

POSICION *SS*

DROGAS ADMINISTRADAS

TIEMPOS

N°	TIPO	4	5	6	7	8	9	10	11	DURACION ANESTESIA
1	Xilocaina 60mg (1/2 den)									HS. 1 MIN. -
2	Xilocaina 1/2p 200mg Ep									DURACION OPERACION
3	Morcuina 1/2p 25mg Ep									HS. 0 MIN. 50

TECNICAS

INFUSIONES

COMPLICACIONES OPERATORIAS

GENERAL	CONDUCTIVA	<input checked="" type="checkbox"/>	D	DEXTROSAS	cc	Hipotensión	<input type="checkbox"/>	Arritmias	<input type="checkbox"/>
SISTEM. ABIERTO	ASEPSIA DE PIEL	<input type="checkbox"/>	R	RINGER	800 cc	Depresión Respiratoria	<input type="checkbox"/>	Perforación Duramadre	<input type="checkbox"/>
SISTEM. CERRADO	CON: <i>1/2p + Yorb</i>	<input type="checkbox"/>	S	SANGRE	cc	Dificultad Técnica	<input type="checkbox"/>	Naucias - Vómitos	<input type="checkbox"/>
SISTEM. SEMI-CERR	HABON	<input checked="" type="checkbox"/>	E	EXPANSORES	cc	Conductiva Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Laringoespasmio	<input type="checkbox"/>
APARATOS USADOS	RAQUIDEA	<input type="checkbox"/>	SS	SOLUCION ISOTONICA	cc	Paro Cardiaco	<input type="checkbox"/>		
CIRC. <input type="checkbox"/> VAIVEN	EPIDURAL CAUD.	<input checked="" type="checkbox"/>	P	PLASMA	cc	Cambio de Técnica			
MASCARA	SIMPLE	<input checked="" type="checkbox"/>	TOTAL	800					
INTB. TRAQUEAL	CONTINUA	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA						
ORAL <input type="checkbox"/> NASAL <input type="checkbox"/>	ALTURA PUNCION	<input type="checkbox"/>	cc	APROX					
RAPID <input type="checkbox"/> LENT. <input type="checkbox"/>	<i>L2-L3 / L3-L4</i>	<input type="checkbox"/>	TECNICAS ESPECIALES						
TUBO N°	PUNCION LAT.	<input type="checkbox"/>							
MANGUITO INFLAB.	LINEA MEDIA	<input checked="" type="checkbox"/>							
TAPONAMIENTO	AGUJA N° <i>16</i>	<input type="checkbox"/>							
ANST. TOPICA	NIVEL <i>T8</i>	<input type="checkbox"/>	CONDUCIDO A:						
ANST. TRANSORAL	HIPERBARA	<input type="checkbox"/>	POR						
MASCARA LARINGEA	POSICION PACIENTE	<input type="checkbox"/>	HORA						

COMENTARIOS:
- ERG-TAN-Oximet.
- vía: MSD: #20
- Se realizó 1ª punción L2-L3, x
obtuvo sangre. Se realizó 2ª punción
en L3-L4 sin problemas.

D. Halcón
FIRMA DEL ANESTESIOLOGO

Autorización y explicación de tratamiento Médico - Quirúrgico

Nombre..... Vicenta Vera Edad..... 42 años H.C.I. #.....

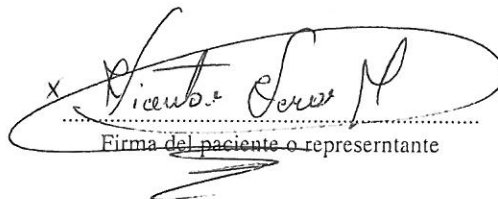
Diagnóstico..... Nefrolitiasis izquierda

Tratamiento planificado..... Litolitico

Beneficios del tratamiento.....

Cualquier procedimiento médico-quirúrgico no está exento de riesgo. Se me explicó el procedimiento y las posibles complicaciones. Autorizo a mi médico u otra especialista para que puedan realizar otros procedimientos que sean necesarios o interconsultas si las circunstancias así lo exigen.

He comprendido y estoy de acuerdo.

x 
Firma del paciente o representante

.....
Firma del médico tratante

.....
Firma del testigo

Quito, a.....de.....de.....