

APELLIDO PATERNO <u>Arroyo</u>		MATERNO	NOMBRES <u>Cristofer</u>	Nº HISTORIA CLINICA
FECHA DE NACIMIENTO			SERVICIO	SALA
DIA	MES	AÑO	<u>Cirugía Pediatría</u>	<u>206</u>

DIAGNOSTICO PROVISIONAL

DIAGNOSTICO DEFINITIVO PRIMARIO

Hernias inguinales bilaterales

DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS

OPERACIONES

Hernioplastia bilateral. (21-XII-01)

HISTORIA BREVE Y HALLAZGOS ESPECIALES DE EXAMEN FISICO

Padres refieren que luego del primer control luego de meses evidencian masa inguinal izquierda manteniendo tratamiento expectante de cese espontáneo, luego de control persisten bilateralmente por lo que actualmente deciden tratamiento definitivo

HALLAZGOS DE LABORATORIO, RAYOS X E INTERCONSULTAS

Nada encuentran en historia clínica

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 el alta

EN CASO DE INTERNACION

DIAS DE HOSPITALIZACION

Fecha 21-XII-01

FIRMA Y NOMBRE DEL MEDICO

Dr. Marcos Salas

INFORMES DE ENFERMERIA

[illegible]



APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRES		Nº HISTORIA CLINICA	
Larayo				Cristofer			
ESTATURA	PESO ACTUAL	PESO HABITUAL	PULSO	TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	RESPIRACION	
	12,3 Kg.						
RECORDATORIO EXAMEN SOMATICO GENERAL 1.- APARIENCIA GENERAL Actividad Psicomotora Estado Nutricional 2.- EXAMEN REGIONAL 3.- PIEL Y TEGUMENTOS Linfáticos 4.- CABEZA Y CUELLO Anomalías en el Aspecto, Forma, y Tamaño. Ojos, Oídos, Nariz, Boca, Garganta. 5.- TORAX Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación, A) Corazón, B) Pulmones 6.- ABDOMEN Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación. 7.- REGION LUMBAR Anomalías en el Aspecto, Tamaño y Sencibilidad. 8.- REGION INGUINO-GENITAL Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño. A) Examen Ginecológico B) Examen Urológico 9.- REGION ANO-PERINEAL Anomalías a la Inspección y a la Palpación Tacto Rectal 10.- EXTREMIDADES Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño, Sencibilidad y Movilidad. 11.- EXAMEN NEUROLOGICO ELEMENTAL 12.- IMPRESION DIAGNOSTICA Fecha y Firma de quien realiza el Examen		Paciente despierto, tranquilo, hidratado Cabeza-- Normocefalica. Ojos: Pupilas isocoricas, normoreactivas a la luz y la acomodacion Nariz-- Piramide nasal de forma, tamaño e. implantacion normal Boca-- Direccion acorde con la edad, orofaringe normal Cuello-- Movilidad activa y pasiva conservada. Torax-- Pulmones: Conservados, limpios Corazon: Rítmico, no soplos Abdomen: Suave, depresible, no doloroso Region Inguinal-- Velados por espasmos. Extremidades-- Normal. ENE-- Normal. Idg: Hernia inguinal bilateral. 21-11-01 Dr. Salgado					



INSTITUTO
MEDICO
DE UROLOGIA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

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

FECHA

HORA

NOTAS DE EVOLUCION

PRESCRIPCIONES MEDICAS

8hs Cir. P.A.
(A+)
O. la zur. 12.3 kg
Hernia. Inguinal
Bilateral
Plan: Hernioplastia
Inguinal

- N.P.O

- Conciencia S.O.
Auscultación

- Procedimiento 11hs.

DM

11hs Cir. P.A.
Realiza Hernioplastia
Inguinal Bilateral
No complicaciones

- N.P.O x 1h.
Sup. líquidos

- Alts. Conciencia
bien despierta
(2 horas)

DM / Arid

[illegible]



INSTITUTO
MEDICO
DE UROLOGIA

PROTOCOLO OPERATIVO

DPTO. CIRUGIA
ENDOSCOPIA ANESTESIOLOGIA

SERV.

QUIROFANO

NOMBRE:

Alto Cristófer

H. G. N°

A. DIAGNOSTICO

PRE OPERATORIO

Hernia inguinal Bilateral

POST OPERATORIO

Herniorrafia Inguinal Bilateral

OPERACION EFECTUADA

Herniorrafia Bilateral

B. EQUIPO OPERATORIO

CIRUJANO

Mier Arce

ANESTESIOLOGO

E. Prado

PRIMER AYUDANTE

Dorán Ponce

SEGUNDO AYUDANTE

C. FECHA DE OPERACION

D. TIPO DE ANESTECIA

E. TIEMPO QUIRURGICO

DIA

21

MES

12

AÑO

01

HORA

11hs.

30 min.

F. PROTOCOLO OPERATORIO

HALLASGOS:

- Hernia inguinal directa Bilateral

E.T.O.

PROCEDIMIENTO:

- Incisiones Inguinales \pm 2 cm
- Apertura Aponeurosis, e identificación conducto inguinal
- Separación de Vasos y Deferente.
- Sección Ligadura Laca Herniaria (Bilateral)
- Aproximación de aponeurosis.
- Cierre. Planos.

PREPARADO POR:

FECHA:

APROBADO POR:

FECHA:

APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRES		N° DE LA HISTORIA CLINICA <i>0141</i>	
FECHA	EDAD	SEXO	ESTATURA	PESO	OCUPACION ACTUAL	SERVICIO	SALA CAMA
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO			DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO		OPERACION PROPUESTA		
CIRUJANO			AYUDANTES		OPERACION REALIZADA		
ANESTESIOLOGO			AYUDANTES			INSTRUMENTISTA	

REGISTRO TRANS-ANESTESICO

AGENTES / HORA		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
SATURACION O ₂																
T.A.		220	21	200	19	180	17	160	15	140	13	120	11	100	9	80
MAX	✓	40°														
MIN	∧	38°														
PULSO	●	36°														
INDUCCION	⊙	34°														
FIN-ANESTESIA	⊗	32°														
RESPIRACION	○	30°														
ESP	○	28°														
ASIS	⊗	26°														
CONT	●															
TEMPERATURA	△															
INICIO CIRUGIA	↓															
FIN DE CIRUGIA	↑															
PRES. VENOSA	+															
TORNIQUETE	T															
POSICION																

DROGAS ADMINISTRADAS

N°	TIPO	4	8	DURACION ANESTESIA
1		5	9	HS. MIN.
2		6	10	DURACION OPERACION
3		7	11	HS. MIN.

TECNICAS

GENERAL	CONDUCTIVA	<input type="checkbox"/>
SISTEM. ABIERTO	ASEPSIA DE PIEL	<input type="checkbox"/>
SISTEM. CERRADO	CON: _____	<input type="checkbox"/>
SISTEM. SEMI-CERR	HABON	<input type="checkbox"/>
APARATOS USADOS	RAQUIDEA	<input type="checkbox"/>
CIRC. <input type="checkbox"/> VAIVEN <input type="checkbox"/>	EPIDURAL CAUD.	<input type="checkbox"/>
MASCARA <input type="checkbox"/>	SIMPLE	<input type="checkbox"/>
INTB. TRAQUEAL	CONTINUA	<input type="checkbox"/>
ORAL <input type="checkbox"/> NASAL <input type="checkbox"/>	ALTURA PUNCION	<input type="checkbox"/>
RAPID <input type="checkbox"/> LENT. <input type="checkbox"/>	PUNCION LAT.	<input type="checkbox"/>
TUBO N° _____	LINEA MEDIA	<input type="checkbox"/>
MANGUITO INFLAB. <input type="checkbox"/>	AGUJA N°	<input type="checkbox"/>
TAPONAMIENTO <input type="checkbox"/>	NIVEL	<input type="checkbox"/>
ANST. TOPICA <input type="checkbox"/>	HIPERBARA	<input type="checkbox"/>
ANST. TRANSORAL <input type="checkbox"/>	POSICION PACIENTE	<input type="checkbox"/>
MASCARA LARINGEA <input type="checkbox"/>		

INFUSIONES

D	DEXTROSAS	cc
R	RINGER	cc
S	SANGRE	cc
E	EXPANSORES	cc
SS	SOLUCION ISOTONICA	cc
P	PLASMA	cc
TOTAL		
HEMORRAGIA		
cc APROX		
TECNICAS ESPECIALES		

COMPLICACIONES OPERATORIAS

Hipotensión	<input type="checkbox"/>	Arritmias	<input type="checkbox"/>
Depresión Respiratoria	<input type="checkbox"/>	Perforación Duramadre	<input type="checkbox"/>
Dificultad Técnica	<input type="checkbox"/>	Naucias - Vómitos	<input type="checkbox"/>
Conductiva Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Laringoespasma	<input type="checkbox"/>
Paro Cardíaco	<input type="checkbox"/>		
Cambio de Técnica			

COMENTARIOS:

CONDUCTIDO A: _____
POR _____ HORA

FIRMA DEL ANESTESIOLOGO

Autorización y explicación de tratamiento Médico - Quirúrgico

Nombre Cristófer Arroyo Edad 1 año - 7m H.C.I. # 0141

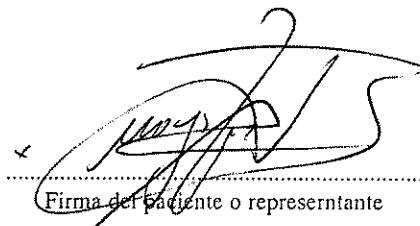
Diagnóstico Hernia inguinal L. lateral

Tratamiento planificado Herniorrafia L. lateral

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.


Firma del paciente o representante

.....
Firma del médico tratante

.....
Firma del testigo

Quito, a 21 de Diciembre de 2011