

APELLIDO PATERNO AUGUSTE		APELLIDO MATERNO VICUÑA		NOMBRES ROSEL ENRIQUE		Nº DE HISTORIA CLINICA
FECHA DE NACIMIENTO			SERVICIO		SALA	
DIA	MES	AÑO	UROLOGIA		207	
		1982				

DIAGNOSTICO PROVISIONAL LITIASIS VRETERAL IZQUIERDA

DIAGNOSTICO DEFINITIVO PRIMARIO IDET

DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS

OPERACIONES URETROSTOMIA + COLOCACION DE CATER DUBLE J
LADO IZQUIERDO (21 - XI - 06) DR. GILBERT - DR. S. VILLEJO

HISTORIA BREVE Y HALLAZGOS ESPECIALES DE EXAMEN FISICO dolor en FEM CUBAR IZQUIERDA
tipo COLICO DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD DE 4 dias de EVOLUCION +
ALTA FIEBRE NO CONTINUADA EF: CONIENTE, MODERADO, AFRASIL, HETEROGINA
paciente ESTABLE CI NORMAL, ABDOMEN DURO, DEPRESIBLE, NO DOLORO
RHA (+), EL DP CUBAR IZQ (+), NO DOLORO

HALLAZGOS DE LABORATORIO, RAYOS X E INTERCONSULTAS

EVOLUCION, COMPLICACIONES SI LAS HUBO paciente con EVOLUCION POSTERIORIA
SATISFACTORIA SIN COMPLICACIONES.

CONDICION TRATAMIENTO, REFERENCIA FINAL AL DAR EL ALTA Y PRONOSTICO paciente
HETEROGINA, CATENTE ESTABLE, BINTONATICO, CON DIURESIS ESPONTANEA
Y CLARA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. ALTA CON
INDICACIONES DE MEDICO TRATANTE

EN CASO DE INTERNACION

DIAS DE HOSPITALIZACION

1

FF: 21 - XI - 06

Fecha: 22 - XI - 06

DR. TAPIA

FIRMA Y NOMBRE DEL MEDICO

INFORMES DE ENFERMERIA

FECHA	HORA		FECHA	HORA	
21-11-06	17h	<p>INMORSA Pcte SEXO MASCULINO de 54 años para Ho QUIRURGICO con el DR. OSCAR GILBERT.</p> <p>TA 7 TB</p> <p>140/80 104x1 36.5°C</p> <p>Peso: 90Kg. <u>Ms</u></p>		12 ³⁰	<p>Pte ambulatorio, en buenas condiciones generales, estable, buen TO.</p> <p>floracion suave, depreciable, se retira SF.</p> <p>Realiza ECO.</p> <p>Realiza DE.</p>
	19:45	<p>150/90 100x 36.3°C</p> <p>Pte sigue de cirugía limpia con corte quirúrgico estable.</p> <p>signos vitales abdomen suave depreciable, no doloroso a la palpación SF permeable.</p> <p>oído claro <u>msf</u></p>		16A	<p>TA R TB <u>plg</u></p> <p>130/90 92x1 36.5°C</p>
	22h	<p>150/80 120x 37°C</p>			
22-11-06	06h	<p>140/80 100x 36.6°C</p>			
	08h	<p>Pte tranquilo estable su- nomotor, hidratado, abdo- men suave depreciable, no doloroso a la palpación SF permeable oído claro vis permeable <u>plg</u></p>			
		<p><u>1</u> <u>P</u> <u>T</u></p>			
22-11-06	10 ⁰⁰	<p>180/80 98x1 36.8°C</p>			

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA
------------------	---------	---------	---------------------

RECORDATORIO

1.- MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

ENUMERAR SINTOMAS PRINCIPALES

- A) Comienzo
B) Evolución
C) Medicación Recibida

2.- REVISION DEL ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMAS

Respiratorio - Circulatorio - Gastrointestinal - Génito-Urinario - Endócrino
Metabólico - Locomotor - Hemolinfático
Neurógico - Organos de los Sentidos.

3.- ANTECEDENTES PERSONALES

Antenatal - Natal - Neonatal - Desarrollo
Psicomotor - Historia de la Alimentación -
Inmunizaciones - Enfermedades de la
Infancia - Enfermedades Infecciosas
Parasitarias - Respiratorias - Circulatorias
Gastrointestinales - Génito-Urinas
Venéreas - Endócrinas - Hemolinfáticas
Neurológicas - Psiquiátricas - Metabólicas
Nutricionales - Alérgicas - Aparato Locomotor
- Tegumentarias - Intervenciones - Quirúrgicas
- Traumatismos - Antecedentes Gineco-
Obstétricos - Pubertad - Ciclo Características
de la Menstruación - Última Menstruación -
Metrorragias - Flujo Genital Relaciones
Sexuales - Embarazos a Término Prematuros -
Tipo de Parto - Abortos-Hijos Vivos -
Hijos Muertos - Mortinatos y Clímatarios.

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

Pcte consciente, orientado, afebril
hemodinamicamente estable. TA: 150/80

Piel: elastica, hidratada.

Cabeza: Normocefalia, anillo de implantación
normal para su edad y el sexo

Ojos: Pupilas isocóricas normoreactivas
a la luz y a la acomodación

Boca: Mucosa oral húmeda, piezas
dentales en regular estado.

Guello: Mandibulidad conservada, no adenopáticos
Tiroides OA.

Tórax: Dinámico, expansibilidad conservada.

Corazón: RSCS no ruidos.

Pulmones: RV conservado en ambos campos
pulmonares.

Abdomen: Leno deprende, no doloroso a
la palpación. RHA: (+)
no visceronegativa.

R. Lumbos: Puro percusión izquierda dolorosa +
derecha normal.

R. inguinal: Genitales externos masculinos de
aparición normal

Extremidades: Dinámicas, no edemas.

Hemod. capilar < 2 seg. p/los
periféricos presentes.

MDg: Urolitiasis Izq.
Obesidad.

D. S. Pinto

21-03-2006

APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRES		Nº HISTORIA CLINICA	
ESTATURA	PESO ACTUAL 90 kg.	PESO HABITUAL	PULSO	TENSION ARTERIAL 140/80	TEMPERATURA	RESPIRACION	
RECORDATORIO EXAMEN SOMATICO GENERAL		<p>Pcte musculino de 59 años de edad, nacido en Milagro y residente en Sta Dominga de los Colorados, de ocupación agricultor. De instrucción secundaria completa, estado civil, católico, GR: A R H (+)</p> <p>Habitos: Miccional: 5-6 veces/día. Defecatorio: 1 vez/día. Alimentario: 3 veces/día. Tabaco: Fumó desde los 19 años al momento fumó 2 cajetillas/día. Alcohol: (-) Medicamentos: Amlodipina 1 tableta c/2 días desde hace 3 meses. Oreja 3 desde hace 1 año.</p> <p>APP: Qx: Vasectomía hace 30 años. Uretroscopia + 25 en el 2001. Clínicos: Dx de HTA hace 3 meses.</p> <p>APT: No refiere.</p> <p>MC: Dolor en región lumbar.</p> <p>EA: Pcte acude por presentar dolor tipo colico de leve a moderada intensidad localizado en región lumbar izquierdo, que tiene presencia desde hace 4 días, además refiere algo térmico no cuantificando, con este cuadro acude a familiar que quien Dx de Pielonefritis Aguda, e inicia terapia antibiótica y analgésica, acude a este centro de salud para Hx de especialidad.</p> <p>RAS: Sin Patología Asociada</p>					
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 en la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación.							
7.- REGION LUMBAR Anomalías en el Aspecto, Tamaño y Sensibilidad.							
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, Sensibilidad y Movilidad.							
11.- EXAMEN NEUROLOGICO ELEMENTAL							
12.- IMPRESION DIAGNOSTICA Fecha y Firma de quien realiza el Examen							

500 H. bond 75 yrs. negro. tiro y retiro igual

NOTA DE EVOLUCION

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº DE LA HISTORIA CLINICA
Andrade		Vicuña	Rosel Enrique	
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	
21-NOV-2006		NOTA DE INGRESO	1.) N. P. O	
			2.) C.V. /	
		Paciente masculino de 59 años.	3.) L. / Ringer 1500 cc IV 8hrs	
		con antecedentes de HTA	4.) Mexiprine 1g IV 9/12h	
		controlada y de uretroscopia	5.) Ordenes de anestesia	
		de colocación 25 en el 2001	6.) Novedades.	
		al momento acude con		
		crudo aumentado por dolor		
		tipo cólico localizado en	Dr. O. Gilbert	
		región lumbar de izquierda	Dr. S. Pinto	
		de alta técnica no certificada		
		acude a facultativo quien		
		prescribe antibiótico y	1.) Xanax 0.5g VO 5 pm.	
		analgesia, al momento		
		acude por persistencia de	Dr. P. Vargas	
		síntomas para resolución de	Dr. S. Pinto	
		el día de hoy.		
21-NOV-2006		NOTA POST QUIRURGICA	1.) N. P. O hasta	
			2.) C.V. / CI/E	
		Bajo anestesia Puesten 7	3.) Dext 0.9% 1000 cc + 10	
		con normas de oxigenación y antiemético	electrolit K IV 9/8h.	
		se realiza Uretroscopia +	4.) Mexiprine 1g IV 9/12h	
		colocación 25 uretra 12qnt.	5.) Metimazol 2.5g IV 9/8h	
		procedimiento que se realiza sin	6.) Control de cond.	
		complicaciones.	7.) Novedades	
		Histología: 1.) Vejiga tuberculosa	8.) Cero Ramp número 8.	
		2.) poliposis en vejiga	Dr. O. Gilbert	
		3.) Lito suburetral en 1/3 medio	Dr. S. Pinto	
		uretra 12g.		
		Temo: Dr. O. Gilbert		

APELLIDO PATERNO Andrade		MATERNO Vicuña		NOMBRES Zamel Enrique		Nº DE LA HISTORIA CLINICA																					
MES Nov	AÑO 2006.	PARA GRAFICAR SE MARCA LOS PUNTOS SOBRE LAS LINEAS VERTICALES RESPECTIVAS																									
DIA DEL MES (fecha)		21	22																								
DIAS DE HOSPITALIZACION		1	1																								
DIAS DE POST-OPERATORIO		1	1																								
INDICAR CON COLOR AZUL LA TEMPERATURA Y CON ROJO EL PULSO	PULSO	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																										
	110																										
	100																										
	90																										
	80																										
	70																										
	60																										
	50																										

RESPIRACION																											
TENSION ARTERIAL mx/min		140/80/40																									
	PERENETRAL	1500																									
	ORAL	300																									
	TOTAL	1800																									
	ORINA	4100																									
	DRENAJE																										
	OTROS																										
		4100																									
NUMERO DE DEPOSICIONES		-																									
NUMERO DE COMIDAS		-																									
ASEO / BAÑO		✓																									
ACTIVIDAD		RA																									
NUMERO DE BIBERONES		MTN																									
DIETA																											
TALLA EN CENTIMETROS																											
PESO EN KILOGRAMOS		90kg.																									

CONTROL HIDRICO

HOSPITALIZACION

RECORD DE 24 HORAS

Clave Orina:O

CateterismoC

VómitoVóm.

Incontinencia:Inc.

Sonda Foley.....S.F.

Deposición Líquida.....D.L.

HORA	ADMINISTRACION					ELIMINACION				
	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	Dx/ss	600.	400	bebe	200					
8 - 9 am	g	200.		jugo	200.	O.S.	barro			
9 - 10 am										
10 - 11 am				agua	600.					
11 - 12 am						oe	barro			
12 - 1 pm				Sopa	300					
				jugo	200.					
						O.S.	barro			
Sub Total 7am-1pm			400		1800.		AE			
1 - 2 pm	Dx/ss	200.								
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:

FORMA 001 TIRO Y RETIRO IGUAL

500 hojas en bond de 75 grs. tiro y retiro igual. negro, no #

Vaso pequeño

150 c.c.

Café o té

200 c.c.

Vaso grande

240 c.c.

Sopera

200 c.c.

Gelatina

100 c.c.

Helados

100 c.c.

Cuarto:

207.

Fecha: 22-11-06

Nombre del Paciente:

Ronald Enrique Lucio de Vicuña

CONTROL HIDRICO

HOSPITALIZACION

RECORD DE 24 HORAS

Clave Orina:O

CateterismoC

VómitoVóm.

Incontinencia:Inc.

Sonda Foley.....S.F.

Deposición Líquida.....D.L.

HORA	ADMINISTRACION					ELIMINACION			
	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									
Sub Total 7am-1pm									
1 - 2 pm									
2 - 3 pm									
3 - 4 pm									
4 - 5 pm									
5 - 6 pm	LR.	1000cc.							
6 - 7 pm									
Sub Total 1 - 7 pm									
7 - 8 pm			100'	agua	300	S.F.	600		
8 - 9 pm	Dxss	1000'	1000'						
9 - 10 pm									
10 - 11 pm						S.F.	800		
11 - 12 pm						S.F.	1000		
12 - 1 am						S.F.	500		
1 - 2 am									
2 - 3 am						S.F.	400		
3 - 4 am									
4 - 5 am	Dxss	1000	400						
5 - 6 am						S.F.	800		
6 - 7 am		9 600							
Sub Total 7pm-7am			1500				4100		
Total en 24 H			1500		300		4100		

Total de ingesto:

Total Eliminación:

FORMA 001 TIRO Y RETIRO IGUAL

500 hojas en bond de 75 grs. tiro y retiro igual, negro, no #

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:207.....

Fecha: 21-11-06

Nombre del Paciente: ROMEL ENRIQUE ANDRADE VICOÑA

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº DE LA HISTORIA CLINICA
------------------	------------------	---------	---------------------------

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS	FECHAS DE ADMINISTRACION																								
	DIA 21			DIA 22			DIA 23			DIA			DIA			DIA			DIA			DIA			
	Hor	Ini	Fin	Hor	Ini	Fin	Hor	Ini	Fin	Hor	Ini	Fin	Hor	Ini	Fin	Hor	Ini	Fin	Hor	Ini	Fin	Hor	Ini	Fin	
Lactato R. 1000 cc IV.	17 ⁰⁰	14	14	1																					
Moxipime 1 gr IV. q12h	17 ⁰⁰	14	14	06	14	14	06	14	14	14	06														
Xanax 0.25. ug.	17 ⁰⁰	14	14																						
Dx 5% wss 1000 +10K. su q8h	21	14	14	06	14	14																			
Housgenio + amp su (e/8h.) 22/11/06 PRN.	22	14	14	06	14	14																			

PROTOCOLO OPERATORIO

DPTO. CIRUGIA
ENDOSCOPIA ANESTESIOLOGIA

SERV.

QUIROFANO

NOMBRE: ANDRADE ROMEL ENRIQUE

H. G N°

A. DIAGNOSTICO

PRE OPERATORIO	<u>URETEROLITIASIS IZQUIERDA</u>
POST OPERATORIO	<u>IDEM?</u>
OPERACION EFECTUADA	<u>URETEROSCOPIA + COLOCACION 2J</u>

B. EQUIPO OPERATORIO

CIRUJANO	<u>Dr. O. Gilbert</u>	ANESTESIOLOGO	<u>Dr. P. Vargas</u>
PRIMER AYUDANTE	<u>Dr. S. Vallejo</u>		
SEGUNDO AYUDANTE			

C. FECHA DE OPERACION

D. TIPO DE ANESTESIA

E. TIEMPO QUIRURGICO

DIA	MES	AÑO	HORA		
<u>21</u>	<u>11</u>	<u>2006</u>	<u>06h</u>	<u>RAQUIOSEA</u>	<u>50 min</u>

F. PROTOCOLO OPERATORIO

HALLAZGOS

- 1.) Vejiga trabeculada GI-II
- 2.) Mento ventral izquierdo edematizado.
- 3.) Vejiga con múltiples polipos.
- 4.) Lito submucoso en 1/3 medio de ureter izquierdo.

E.T.O.

PROCEDIMIENTO:

- 1.) Asepsia y Antiseptia
- 2.) Colocacion de curpes de
- 3.) Colocacion de cistoscopio
- 4.) Introduccion de guia Rudopaca.
- 5.) Litotripia Intracorporea con ultrasonido
- 6.) Colocacion de Cisteter 2J cook 28x7
- 7.) Retiro de instrumentul
- 8.) Colocacion de sonda Foley

PREPARADO POR:

FECHA:

APROBADO POR:

FECHA:

Dr. S. Pinto
21-NOV-2006

APELLIDO PATERNO <u>Andrade</u>		MATERNO <u>Vicuna</u>		NOMBRES <u>Ron P. Gonzalez</u>		N° DE LA HISTORIA CLINICA	
FECHA <u>21-XI-06</u>	EDAD <u>54</u>	SEXO <u>M</u>	ESTATURA	PESO <u>90 kg</u>	OCCUPACION ACTUAL	SERVICIO <u>Urologia</u>	CAMA <u>7</u>
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO <u>Litrosis ureteral 1/3 inf 134</u>			DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO		OPERACION PROPUESTA <u>Litotricia intracorporea + dabo T</u>		
CIRUJANO <u>Dr. O. Gilbert</u>			AYUDANTES		OPERACION REALIZADA <u>Idem</u>		
ANESTESIOLOGO <u>Dr. Ugalde</u>			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		94		94		94		94		94	
T.A.	220										
MAX	21										
MIN	40'										
PULSO	38'										
INDUCCION	36'										
FIN-ANESTESIA	34'										
RESPIRACION	32'										
ESP	30'										
ASIS	28'										
CONT	26'										
TEMPERATURA											
INICIO CIRUGIA											
FIN DE CIRUGIA											
PRES. VENOSA											
TORNIQUETE											
POSICION		<u>0-1</u>									

DROGAS ADMINISTRADAS

TIEMPOS

N°	TIPO	4	8	DURACION ANESTESIA
1	Furosemida 20mg	5	9	HS. MIN. 30
2		6	10	DURACION OPERACION
3		7	11	HS. MIN. 25

TECNICAS		INFUSIONES		COMPLICACIONES OPERATORIAS	
GENERAL	CONDUCTIVA <input checked="" type="checkbox"/>	D	DEXTROSAS cc	Hipotension <input type="checkbox"/>	Arritmias <input type="checkbox"/>
SISTEM. ABIERTO <input type="checkbox"/>	ASEPSIA DE PIEL	R	RINGER 1.000 cc	Depresion Respiratoria <input type="checkbox"/>	Perforacion Duramadre <input type="checkbox"/>
SISTEM. CERRADO <input type="checkbox"/>	CON: <u>RM - fclab</u>	S	SANGRE cc	Dificultad Tecnica <input type="checkbox"/>	Naucias - Vomitos <input type="checkbox"/>
SISTEM. SEMI-CERR <input type="checkbox"/>	HABON <input checked="" type="checkbox"/>	E	EXPANSORES cc	Conductiva Insuficiente <input type="checkbox"/>	Laringoespasmio <input type="checkbox"/>
APARATOS USADOS	RAQUIDEA <input checked="" type="checkbox"/>	SS	SOLUCION ISOTONICA cc	Paro Cardiaco <input type="checkbox"/>	
CIRC. <input type="checkbox"/> VAIVEN <input type="checkbox"/>	EPIDURAL CAUD. <input type="checkbox"/>	P	PLASMA cc	Cambio de Tecnica	
MASCARA <input type="checkbox"/>	SIMPLE <input checked="" type="checkbox"/>	TOTAL 1.000		COMENTARIOS:	
INTB. TRAQUEAL	CONTINUA <input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA			
ORAL <input type="checkbox"/> NASAL <input type="checkbox"/>	ALTURA PUNCION	cc APROX			
RAPID <input type="checkbox"/> LENT. <input type="checkbox"/>	<u>21-11</u>	TECNICAS ESPECIALES			
TUBO N°	PUNCION LAT. <input type="checkbox"/>				
MANGUITO INFLAB. <input type="checkbox"/>	LINEA MEDIA <input checked="" type="checkbox"/>				
TAPONAMIENTO <input type="checkbox"/>	AGUJA N° <u>27 u'</u>				
ANST. TOPICA <input type="checkbox"/>	NIVEL <u>0</u> <input type="checkbox"/>	CONDUCIDO A: <u>Recuperacion</u>		FIRMA DEL ANESTESIOLOGO	
ANST. TRANSORAL <input type="checkbox"/>	HIPERBARA <input checked="" type="checkbox"/>	POR: <u>Dr. Ugalde</u> HORA <u>19:20</u>			
MASCARA LARINGEA <input type="checkbox"/>	POSICION PACIENTE <u>9</u>				

Autorización y explicación de tratamiento Médico - Quirúrgico

Nombre..... ANDRAPE ROMEL ENRIQUE Edad..... H.CI. #.....

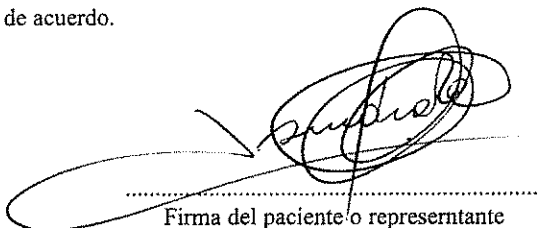
Diagnóstico..... URETEROLITIASIS IZQUIERDA

Tratamiento planificado..... URETEROSCOPIA + COLOCACION 2J.

Beneficios del tratamiento..... REMISION DE LOS SINTOMAS.

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



**CLINICA DE
UROLOGIA**

LITOTRIFAST S.A. Y CIRUGIA LAPAROSCOPICA

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO

1.- Yo ANDRADE ROMEL ENRIQUE
Identificado con cédula de ciudadanía N° _____ por la
presente autorizo a _____
para realizar en mí el **procedimiento anestésico que considere adecuado a
mi cirugía:**

1. Anestesia General ____ 2. Anestesia Regional ☒ para la intervención
quirúrgica

2.- El (la) Dr. A. P. Urylas me ha explicado la
naturaleza y propósito del acto anestésico, también me ha informado
sobre las posibles alternativas, ventajas, molestias, riesgos y
complicaciones que pueden producirse.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido
contestadas satisfactoriamente.

Entiendo que en el curso del procedimiento anestésico pueden
presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el
procedimiento inicialmente consentido o llevar a cabo procedimientos
adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de éstos procedimientos
si lo juzga necesario.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior,
incluido el reverso de ésta hoja y todos los espacios en blanco han sido
llenados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi
consentimiento.

21 - NOV - 2006
Fecha


Nombre y firma del paciente o persona responsable

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del anestesiólogo

EN QUE CONSISTE LA ANESTESIA GENERAL

Para anestesiarse es preciso canalizar una vena por la que se le administrarán los sueros y los medicamentos necesarios según la situación y el tipo de cirugía prevista. Debido al efecto de los fármacos estará inconsciente y relajado durante la cirugía. Durante la anestesia es preciso colocarle un tubo a través de la boca o de la nariz que llega hasta la tráquea (conducto que comunica la garganta con los pulmones). Este tubo se conecta a un ventilador cuya función es mantener la respiración. Unos electrodos adhesivos colocados en el pecho permitirán el control de su función cardíaca. También se le colocará un aparato que medirá su tensión arterial en forma periódica y un dispositivo en el dedo (pulsoxímetro) que indicará la saturación periférica de oxígeno y por ende se conocerá el estado de oxigenación de su sangre, también otros monitores de acuerdo a la patología del paciente.

RIESGOS DE LA ANESTESIA GENERAL

Excepcionalmente la introducción del tubo hasta la tráquea puede presentar alguna dificultad y a pesar de hacerlo con cuidado se pueden producir daños en los dientes o laceraciones en la faringe.

Durante la colocación del tubo puede haber regurgitación del contenido gástrico y pasar al pulmón lo que ocasiona alteraciones respiratorias, ésta complicación es seria, pero su incidencia es muy baja, se produce cuando el paciente tiene alimentos en su estomago.

La administración de sueros y los medicamentos que se usan en ocasiones, pueden tener efectos impredecibles y en algunos pacientes producen reacciones anafilácticas severas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves pero tienen carácter extraordinario. Los expertos no aconsejan la práctica sistemática de pruebas de alergia a los medicamentos usados en anestesia, por considerarlo inadecuado en pacientes sin historia previa de reacciones severas a los mismos o a medicamentos similares. Además éstas pruebas no están exentas de riesgos y aún siendo su resultado negativo, pueden producirse reacciones severas durante el acto anestésico.

Otras complicaciones son las siguientes: Laringoespasmos, broncoespasmos debido a manipulación de la vía aérea, ronquera o dolor de garganta en el post-operatorio, náuseas, vómito, dolores musculares, flebitis en el lugar de la venopunción y de acuerdo a las patologías adyacentes se puede llegar hasta comprometer la vida.

De cualquier forma si ocurriera una complicación usted debe saber que todos los medios médicos técnicos de esta Institución están disponibles de inmediato para intentar solucionar.

EN QUE CONSISTE LA ANESTESIA LOCO-REGIONAL

En éste tipo de anestesia usted permanecerá conciente o bajo sedación ligera, la anestesia se limitará al área en que se va a intervenir. Es necesario también canalizar la vena antes de proceder a la inyección para el bloqueo anestésico. El anestesiólogo le administrará el anestésico mediante inyección en diferentes lugares del organismo tales como la axila, el cuello, la columna vertebral, etc., con la finalidad de anestesiarse una determinada zona del cuerpo, un brazo, una o ambas piernas, la parte inferior del abdomen, el hombro, etc.

Recuerde que ocasiones la anestesia regional por diferentes causas no consigue un nivel de bloqueo suficiente y es necesario cambiar la técnica a anestesia general o complementarla con hipno analgesia.

Unos electrodos adhesivos permitirán el control de su función cardíaca. También se coloca un aparato que medirá su tensión arterial en forma periódica y un dispositivo en el dedo (pulsoxímetro) que indicará la saturación periférica de oxígeno y por ende se conocerá el estado de oxigenación en su sangre.

RIESGOS DE LA ANESTESIA LOCO-REGIONAL

En ocasiones excepcionales como consecuencia de la dificultad que puede presentarse para la punción, puede ocurrir complicaciones tales como: a) Paso de la sustancia anestésica a la sangre. b) Hematomas. c) Ascenso imprevisto del nivel anestésico con las consecuencias subsiguientes de paro respiratorio, hipotensión arterial, convulsiones las cuales requieren que se realice el procedimiento de anestesia general.

Después de la administración de anestesia regional de tipo sub-aracnóideo, pueden presentarse molestias tales como cefaleas o molestias pasajeras en la espalda que normalmente ceden con el tratamiento convencional de suministración de analgésicos y reposo, pero en algunas ocasiones cuando es persistente es necesario colocar un parche de sangre autóloga en el espacio peridural a nivel de sitio de punción, tampoco es frecuente, pero en los bloqueos se puede presentar posteriormente dolores de tipo neurálgico, que en la mayoría de los casos no revisten gravedad y desaparecen a los pocos días.

La administración de los sueros y medicamentos que son usados durante la anestesia, pueden producir excepcionalmente reacciones alérgicas, los expertos no aconsejan la práctica sistemática de pruebas de alergia a los medicamentos usados en anestesia por considerarlo inadecuado en pacientes sin historia previa de reacciones severas a los mismos o a medicamentos similares. Además éstas pruebas no están exentas de riesgos y aún siendo su resultado negativo, pueden producir reacciones severas durante el acto anestésico.

Por último en anestesia general como en loco-regional a consecuencia de su estado clínico o del tipo de procedimiento efectuado puede ser preciso trasfunder sangre

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS

CLINICA BERMUDEZ S.A.

EPICRISIS

Apellido Paterno <u>Andrade</u>		Materno <u>Vicuña</u>		Nombres <u>Zamel Enrique.</u>		No. de la Historia Clínica	
FECHA DE NACIMIENTO			Servicio			Sala	
DIA	MES	AÑO					

Diagnóstico Provisional IVU

Diagnóstico Definitivo Primario Pielonefritis Aguda
Nefrolitiasis izquierda.

Diagnósticos Secundarios IRA

Operaciones

Historia Breve y Hallazgos especiales de Examen Físico Paciente con antecedentes de nefrolitiasis
histórica de 5 años de evolución desde su presentación al Hospital con diagnóstico de
que se acompaña de dolor lumbar y dolor hipogástrico; al EF de ingreso
febril; tachicardia; ORF no congestiva; C.P. normal; abdomen blando sin
signos de irritación peritoneal; Rx dolorosa a la palpación.

Hallazgos de Laboratorio, Rayos X e Interconsultas

Para análisis de orina.

Evolución, Complicaciones si las Hubo

Paciente con antecedentes de nefrolitiasis e infección de vías urinarias
repetitiva; al momento con U: 71 y/dl y evolución de 39 y/dl
dele por la transferencia a Quilón.

Condición Tratamiento, Referencia final al dar el Alta y Pronóstico

1. Dieta blanda y líquidos.
2. Cvd 1/6h.
3. Sol 0.9% 1000cc 10 %/8h.
4. Paracetamol 500 mg 10 %/12h.
5. Nefrolitiasis 500 mg PRN
6. Ceftriaxona 1g 10 %/8h.
7. Proflax 500 mg 10 %/12h.

EN CASO DE INTERNACION

DIAS DE HOSPITALIZACION

2

FECHA:

21/Nov/06

Dr. Luis G. Pinela M.
MEDICO CIRUJANO

FIRMA Y NOMBRE DEL MEDICO

EPICRISIS Y/O TRANSFERENCIAS