

RESUMEN DE HISTORIA

NOMBRE: JESUS ORTIZ DIAZ **TIPO DE DOC:** CC **Nº DOC:** 91105186
EDAD: 52 AÑOS **SEXO:** M **FECHA DE NACIMIENTO:** 21/10/1966

FECHA DE INGRESO: 16/11/2018 13:33:0 **FECHA DE EGRESO:** / / 00:00:00
SERVICIO INGRESO: HOSPITALIZACION **SERVICIO EGRESO:** HOSPITALIZACION
PABELLON EVOLUCIÓN: 5 UCI INTERMEDIO

INGRESO DEL PACIENTE

FECHA: 16/11/2018 **HORA:** 13:33: **SERVICIO:** HOSPITALIZACION **CAUSA EXTERNA:** ENFERMEDAD GENERAL

ENFERMEDAD ACTUAL

*****ANESTESIOLOGÍA*****

VALORACIÓN PREANESTÉSICA

NOMBRE: JESUS ORTIZ DIAZ
EDAD: 52 AÑOS
CC: 91105186

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

DIAGNÓSTICOS: FRACTURA DE RADIO DISTAL INTRAARTICULAR DERECHO

1. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO

1.1. CONTUSIONES BIFRONTAL + HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CON HEMATOMA SUBDURAL FRONTO PARIETAL BILATERAL

1.1.1. ALTERACIÓN CONDUCTUAL POSTRAUMA

2. CELULITIS DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO A ESTUDIO

2.1. FRACTURA DE RADIO DISTAL INTRAARTICULAR DERECHO

3. TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO

4. PÉRDIDA FUNCIONAL DEL TERCER DEDO DE MANO IZQUIERDA

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS: DESCONOCIDOS

FARMACOLÓGICOS: DESCONOCIDOS

QUIRÚRGICOS: DESCONOCIDOS

ANESTÉSICOS: DESCONOCIDOS

TÓXICOS: DESCONOCIDOS

ALÉRGICOS: DESCONOCIDOS

HOSPITALARIOS: DESCONOCIDOS

FAMILIARES: DESCONOCIDOS

REVISIÓN POR SISTEMAS

PACIENTE EN DELIRIUM, SIN ACOMPAÑANTE, NO RESPONDE PREGUNTAS DEL INTERROGATORIO

EXAMEN FÍSICO:

*SIGNOS VITALES: PA 130/74, FC 81, FR 18, T 36, SAT 93 AIRE AMBIENTE

*VÍA AÉREA: AO > 4 CM MALLAMPATI 2, DTM > 7 CM, DEM > 12.5 CM, NO LIMITACIÓN A LA FLEXO-EXTENSIÓN CERVICAL.

ACEPTABLE ESTADO GENERAL.

ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS, SIN

INGURGITACIÓN YUGULAR. TÓRAX EXPANSIBLE, SIMÉTRICO, RSCS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RSRs CONSERVADOS SIN AGREGADOS.

ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO, NO MEGALIAS. EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, SIN EDEMA, LLENADO < 2 SEG, SIN VÁRICES.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO APARENTE. CON AGITACION PSICOMOTORA, SE HA RETIRADO MONITORIA E INMOVILIZACIÓN

PARACLÍNICOS

TAC CEREBRAL SIMPLE 16/11/2018: NO FRACTURAS, OCUPACIÓN DE CELDILLAS MASTOIDEAS IZQUIERDAS, HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO 6 MM DE MÁXIMO GROSOR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMÁTICA EN RESOLUCIÓN. CONTUSIONES HEMORRAGIAS BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN PROCESO DE RESOLUCIÓN CON MÍNIMO EDEMA PERILESIONAL, DESVIACIÓN DE LÍNEA MEDIA 2 MM A LA DERECHA, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

BUN 9.8 CREAT 0.75 NA 136 K 3.3 CL 99 PCR 44

LEUCO 9200 N 77% HB 15.2 HCTO 40.9% PLT 254000 INR 1.07

GLUCEMIA BASAL: 83.6

MANEJO FARMACOLÓGICO ACTUAL

CLORURO DE SODIO 0.9% A 75 CC HORA

OMEPRAZOL 20 MG VO CADA DIA

ION K 10 CC CADA 8 HORAS

HIDROMORFONA 0.4 MG IV CADA 4 HORAS

ACETAMINOFÉN 1 GR IV CADA 8 HORAS

FENITOÍNA 125 MG IV CADA 8 HORAS

HALOPERIDOL 2.5 MG IV CADA 12 HORAS

CONCEPTO

PACIENTE DE 52 AÑOS DE EDAD CON TRAUMA CRANEAL CON PÉRDIDA DE LA CONSCIENCIA HACE 7 DÍAS EN CONTEXTO DESCONOCIDO, INGRESA A HOSPITAL DE KENNEDY EN GLASGOW 5 POR LO QUE REALIZAN IOT, DOCUMENTAN CONTUSIONES CEREBRALES Y HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR QUE NO REQUIEREN MANEJO QUIRÚRGICO, PRESENTA EVOLUCIÓN FAVORABLE EXTUBAN EL 12/11/2018. REMITEN PARA VIGILANCIA NEUROLOGICA, VALORADO POR NEUROCIRUGIA QUIENES NO CONSIDERAN REALIZACION DE INTERVENCION QUIRURGICA, SIN EMBARGO PRESENTA FRACTURA DE RADIO QUE REQUIERE MANEJO QUIRURGICO, PRESENTA DELIRIUM HIPERACTIVO EN MANEJO CON HALOPERIDOL, SIN EMBARGO AL MOMENTO DE LA VALORACION CON AGITACION PSICOMOTORA Y POCO COLABORADOR CON ENTREVISTA. NO HAY FAMILIARES AL MOMENTO Y EL PACIENTE NO SE ENCUENTRA EN CAPACIDAD DE CONSENTIR PROCEDIMIENTO. DE MOMENTO SE CONSIDERA PACIENTE ASA III QUIEN REQUIERE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE RIESGO JOHNS HOPKINS 3, NCEPOD 3, ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR, CAPACIDAD FUNCIONAL NO EVALUABLE, ÍNDICE DE LEE AL PARECER CON PUNTAJE DE 0 (RIESGO DEL 0.4% DE EVENTO CARDÍACO MAYOR), SIN PREDICTORES DE VÍA AÉREA DIFÍCIL, SE CONSIDERA POR PARTE DE ANESTESIA

- AUTORIZAR PROCEDIMIENTO

- AYUNO DE 8 HORAS PARA SÓLIDOS Y LÁCTEOS, 4 HORAS PARA LÍQUIDOS CLAROS

- CONTINUAR ANTICONVULSIVANTE Y OPTIMIZAR MANEJO DE DELIRIUM

- SE DIFIERE FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO HASTA CONTAR CON FAMILIARES.

DIAGNOSTICOS

Principal	S525	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO
Relacionado 1	S069	TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE

RM: 129597

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 16/11/2018 HORA: 15:37:59

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

INGRESO UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

TURNO TARDE 16-11-2018

FI UCIN 16-11-2016 13+00

Nombre: Jesús Ortiz Díaz

DI: 91105186

Edad: 52 años (FN: 21-10-1966)

Natural/Procedente: Socorro (Santander) / Bogotá (32a)

Ocupación: Vendedor de frutas en Corabastos

MC: "Trauma craneoencefálico"

EA: paciente que viene remitido del Hospital de Kennedy por cuadro clínico de 6 días de evolución consistente en politraumatismo del que se desconocen las circunstancias; se caracteriza por fractura de miembro superior derecho y trauma craneoencefálico severo con alteración del estado de consciencia; fue llevado a CAMI Patio Bonito y de allí fue trasladado al Hospital de Kennedy, donde se registró Glasgow de 5/15 con requerimiento de intubación orotraqueal y posterior extubación el 12-11-2018. Durante hospitalización presentó episodios de agitación psicomotora sin déficit motor ni sensitivo; por pico febril registrado el 15-11-2018, bajo la sospecha de celulitis, solicitaron manejo por ortopedia quienes no realizaron manejo ni estudios de extensión. Es traído para vigilancia neurológica. Sin otra sintomatología asociada

Antecedentes:

Patológicos: Niega

Alérgicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Traumáticos: Trauma craneoencefálico (10-11-2018) y Fractura de Miembro superior derecho

Farmacológicos: Niega

Tóxicos: alcohol ocasional.

Familiares: Niega

RSxS: en el momento el paciente refiere dolor en extremidad superior derecha. Niega cefalea, alteraciones visuales, auditivas o sensitivas.

Genitourinario

Examen físico

Cabeza: normocéfalo sin lesiones sin depresiones con lesión abrasiva en región parietooccipital izquierda sin heridas con leves estigmas de sangrado sin secreciones ni hemorragia activa. Equimosis periorbitaria bilateral (Signo de mapache positivo), escleras anictéricas con hemorragia subconjuntival bilateral de predominio derecho, pupilas isocóricas normorreactivas sin alteraciones visuales aparentes sin alteración en músculos extraoculares. Canal auditivo permeable sin lesiones, presencia de cono luminoso, membranas timpánicas íntegras sin secreciones sin otorraquia. Nariz simétrica, sin desviaciones, narinas permeables sin lesiones ni secreciones sin rinorraquia. Mucosa oral húmeda sin lesiones ni signos locales inflamatorios; úvula simétrica.

Cuello: simétrico, móvil sin masas ni adenomegalias, sin soplos ni ingurgitación yugular. No tiromegalia

Tórax: simétrico, expansible sin lesiones. No se auscultan silencios respiratorios sin agregados patológicos. Ruidos cardíacos rítmicos normotimbrados sin reforzamiento ni desdoblamiento.

Abdomen: simétrico sin lesiones ni cicatrices, peristaltismo auscultable sin soplos sin masas ni visceromegalias sin dolor a la palpación superficial ni profunda sin signos de irritación peritoneal.

RESUMEN DE HISTORIA

Genitales externos: normoconfigurados sin secreciones sin sangrado

Neurológico: somnoliento, alertable al llamado, consciente, desorientado alopsiquicamente sin desorientación autopsíquica. Glasgow 14/15 (O3V5M6). Pares craneales normales. Reflejos ++/++++, fuerza 5/5. Sin déficit motor ni sensitivo. Sin signos de focalización ni meníngeos. No se evalúa marcha.

Extremidades: Miembro superior derecho con férula por fractura de brazo antebrazo derecho, no signos compartimentales. Mano izquierda con pérdida funcional de tercer dedo. Resto de extremidades simétricas sin lesiones sin atrofia, distrofia ni hipertrofia con arcos de movilidad conservados. Pulsos distales presentes y simétricos

Paraclínicos:

***11-11-2018: TAC simple de cráneo: Contusión bifrontal + Hemorragia subaracnoidea postrauma + hematoma subdural frontoparietal bilateral

***11-11-2018: Glucemia basal: 62 BUN 3.3 Creat 0.44 Na 149 K 1.72 (Confirmado) Cloro 128.1 // Leu 7.730 N 6620 Linf 610 Hb 8.5 Hcto 24.6% PLQ 108.000 PT 19.2 INR 1.75 PTT 41.4

Troponina I < 0.10 (0.16)

***14-11-2018: BUN 11.3 Creat 0.81 Na 140 K 3.44 Cl 104 Mg 2// Leu 10.400 N 7.720 Linf 1.720 Hb 14.9 Hcto 42.8% PLQ 217.000

***16-11-2018: Glucometría: 81 mg/dL //

Análisis

Masculino de 52 años que viene remitido del Hospital de Kennedy por trauma craneoencefálico severo que requirió intubación orotraqueal hasta el 12-11-2018 con reporte de TAC que discrimina contusión bifrontal, hemorragia subaracnoidea y hematoma subdural frontoparietal bilateral (no traen reporte físico ni oficial del estudio tomográfico); no presentó deterioro clínico ni neurológico y se evidenció episodio de agitación psicomotora en manejo con haloperidol. Presenta signos de fractura en miembro superior derecho sin signos compartimentales con signo locales inflamatorios con sospecha de celulitis en cubrimiento con clindamicina. En el momento tranquilo, somnoliento, alertable, consciente, desorientado en tiempo y espacio, colaborador, sigue órdenes sin alteración en pares craneales; presenta signos de fractura de base de cráneo, no presenta déficit motor ni sensitivo, sin signos de focalización. Es traído para vigilancia neurológica y manejo de fractura de miembro superior derecho. Se explica a paciente y familiar quienes entienden y aceptan.

Diagnósticos:

1. Trauma craneoencefálico Severo
 - 1.1. Contusiones bifrontal + Hemorragia subaracnoidea con hematoma subdural frontoparietal bilateral
 - 1.1.1. Alteración conductual postrauma
2. Celulitis de miembro superior derecho a estudio
 - 2.1. Fractura de miembro superior derecha a estudio
3. Trastorno del comportamiento
4. Pérdida funcional del tercer dedo de mano izquierda

Problemas:

- Hemorragia subaracnoidea / Hematoma subdural
- Alteración del comportamiento / Agitación psicomotora
- Fractura de miembro superior derecho / Celulitis >> Riesgo de fascitis necrotizante

Plan de manejo

Cabecera a 0°

Nada vía oral

SSN 75 ml / hora a 1 kg/kg/h

Hospitalizar en unidad de cuidados intermedios

Haloperidol 2.5 mg / 12 horas ***SUSPENDER***

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

Hidrocodona 0.4 mg IV cada 4 horas
Acetaminofen 1 gr IV cada 8 horas
Clindamicina 600 mg IV cada 8 horas (FI: 13-11-2018) ***SUSPENDER***
Hoja neurológica
Vigilancia de signos vitales - Avisar cambios
SS//: 2 algodones laminados + 2 bandas elásticas de 5 pulgadas
SS//: Ionograma + Hemograma + PCR + Azoados + Glucemia basal ahora + Rx simple de brazo derecho
SS//: TAC simple de cráneo ahora + Interconsulta por neurocirugía + Interconsulta por Ortopedia

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE

RM: 129597

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 16/11/2018 HORA: 19:58:30

RESPUESTA INTERCONSULTA ORTOPEDIA.

PACIENTE DE 52 AÑOS QUE PRESENTA POLITRAUMATISMO MECANISMO DESCONOCIDO, INTERCONSULTA POR TRAUMA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO.

AL EXAMEN FISICO ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, DESORIENTADO MAL INFORMANTE, PRESENTA FERULA EN PINZA DE AZUCAR DE ANTEBRAZO IZQUIERDO. SE RETIRA SE EVIDENCIA QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO SUPERFICIAL EN CODO IZQUIERDO 1*1 CM SIN SIGNOS DE SOBREENFECCION, ABRASION SUPERFICIAL EN CARA ANTERIOR DE MUÑECA IZQUIERDA, COSTRA HEMATICA SIN SECRECION PURULENTE, PERFUSION DISTAL ADECUADA, SENSIBILIDAD CONSERVADA, MOTOR SIN DEFICIT. DOLOR A LA PALPACION EN BORDE RADIAL DE MUEÑECA. NO DEFORMIDADES EN OTRAS EXTREMIDADES.

RADIOGRAFIAS DE CODO, ANTEBRAZO Y MUÑECA: FRACTURA DE RADIO DISTAL INTRAARTICULAR DERECHO

PACIENTE QUE PRESENTA SEGUN HC POLITRAUMATISMO HACE 6 DIAS, EVIDENCIA DE FRACTURA EN RADIO DISTAL DERECHO, LESIONES SUPERFICIALES EN PIEL SIN SIGNOS DE SOBRE INFECCION, NO RPESNETA SIGNOS DE COMPARTIMENTAL NI DEFICIT NEUROVASCULAR DE LA EXTREMIDAD.

PLAN:

SS TAC DE PUÑO PARA DEFINIR CONDUCTA QUIRURGICA.
VAL ANESTESIOLOGIA.
SE REVALORARA CON IMAGENES.

MEDICO : JORGE ROLANDO ORTIZ MORALES

RM: 18448

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 16/11/2018 HORA: 20:05:

VER FOLIO 15. .

Solicitado por : JORGE ROLANDO ORTIZ MORALES

RM: 18448

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Realizado por : LUIS FERNANDO CALIXTO BALLESTEROS

RM: 16996-88

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

NOTA MEDICA

RESUMEN DE HISTORIA

FECHA: 16/11/2018 **HORA:** 21:10:40

UCI intermedia

FI UCIN 16-11-2016 13+00

Nombre: Jesús Ortiz Díaz

Edad: 52 años (FN: 21-10-1966)

Diagnósticos:

1. Trauma craneoencefálico Severo
 - 1.1. Contusiones bifrontal + Hemorragia subaracnoidea con hematoma subdural frontoparietal bilateral
 - 1.1.1. Alteración conductual postrauma
2. Celulitis de miembro superior derecho a estudio
 - 2.1. Fractura de miembro superior derecha a estudio
3. Trastorno del comportamiento
4. Pérdida funcional del tercer dedo de mano izquierda

s, en el momento niega dolor, o disnea. niega tos u otros síntomas

Examen físico: PA 163/83 PAM 122 FC 74 FR 15 Sat 94% FiO2 21% T 36.2 sin signos de dificultad respiratoria
Cabeza: normocéfalo sin lesiones sin depresiones con lesión abrasiva en región parietooccipital izquierda sin heridas, equimosis periorbitaria bilateral, escleras anictéricas con hemorragia subconjuntival bilateral de predominio derecho, pupilas isocóricas normorreactivas sin alteraciones visuales aparentes sin alteración en músculos extraoculares. Nariz simétrica, sin desviaciones, narinas permeables sin lesiones ni secreciones sin rinorrea. Mucosa oral húmeda sin lesiones ni signos locales inflamatorios; úvula simétrica. Cuello: simétrico, móvil sin masas ni adenomegalias, sin soplos ni ingurgitación yugular. No tiromegalia
Tórax: simétrico, expansible sin lesiones. No se auscultan silencios respiratorios sin agregados patológicos. Ruidos cardíacos rítmicos normotimbrados sin reforzamiento ni desdoblamiento. Abdomen: simétrico sin lesiones ni cicatrices, peristaltismo auscultable sin soplos sin masas ni visceromegalias sin dolor a la palpación superficial ni profunda sin signos de irritación peritoneal. Genitales externos: normoconfigurados sin secreciones sin sangrado
Neurológico: somnoliento, alertable al llamado, consciente, desorientado alopsiquicamente sin desorientación autopsíquica. Glasgow 14/15 (O3V5M6). Pares craneales normales. Reflejos ++/++++, fuerza 5/5. Sin déficit motor ni sensitivo. Sin signos de focalización ni meníngeos. No se evalúa marcha.
Extremidades: Miembro superior derecho con férula por fractura de brazo antebrazo derecho, no signos compartimentales. Mano izquierda con pérdida funcional de tercer dedo. Resto de extremidades simétricas sin lesiones sin atrofia, distrofia ni hipertrofia con arcos de movilidad conservados. Pulsos distales presentes y simétricos

* bun 9.8 creat 0.75 Na 136 K 3.3 Cl 99 PCR 44

* leuco 9200 N 77% hb 15.2 hcto 40.9% PLT 254000 INR 1.07

* tac de cráneo: sin reporte oficial. contusiones bifrontales, hematoma subdural temporoparietal izquierdo laminar, sin edema, tercer y cuarto ventrículo permeables

* glucomeria 81

* Sin distermias

* LA 1120cc LE 400cc balance 720cc positivo, gasto uirinario 0.8cc/kg/h

análisis. paciente quien se encuentra en el sexto día de TCE severo, no requirió procedimiento quirúrgico y al parecer presenta evolución neurológica con tendencia a la mejoría. no hay claridad sobre la indicación de fenitoína (no se describen convulsiones...profilaxis?). en el momento estable hemodinámicamente, sin signos de dificultad respiratoria, sin signos de respuesta inflamatoria. tac que se ve con mejoría con relación a la

RESUMEN DE HISTORIA

descripción de los previos. para este momento mejor control de agitación. por el momento se continúa vigilancia en la unidad, sin indicación de antibiótico. según evoluciona se considerará posibilidad de traslado a piso el día de mañana. se inicia reposición de potasio

- * Cabecera a 30°
- * dieta blanda dependiendo de momento quirúrgico definido por ortopedia
- * SSN 75 ml / hora a 1 kg/kg/h
- * Hidrocodona 0.4 mg IV cada 4 horas
- * Acetaminofen 1 gr IV cada 8 horas
- * omeprazol 20mg vo cada día
- * Hoja neurológica
- * Vigilancia de signos vitales - Avisar cambios
- * cloruro de potasio a 3meq/h

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 80085694

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 17/11/2018 **HORA:** 08:14:

RESPUESTA A INTERCONSULTA NEUROCIRUGIA

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS, DATOS TOMADOS DE LA HC, YA QUE EL PACIENTE NO RECUERDA EL EVENTO. AL PARECER TRAUMA CRANEAL CON PERDIDA DE LA CONSCIENCIA HACE 7 DIAS EN CONTEXTO DESCONOCIDO, INGRESA A HOSPITAL DE KENEDY EN GLASGOW 5 POR LO QUE REALIZAN IOT, DOCUMENTAN CONTUSIONES CEREBRALES Y HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR QUE NO REQUIEREN MANEJO QUIRURGICO, PRESENTA EVOLUCION FAVORABLE, EXTUBAN EL 12/11/2018. REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO. EN EL MOMENTO NIEGA CEFALEA, NO EMESIS, NO CONVULSIONES, TOLERA VIA ORAL, NO FIEBRE.

ANTECEDENTES: DESCONOCIDOS

EF: TA: 100/74, FC: 74, FR: 17, T: 37, SO2 97%, GLASGOW 14 DADO POR DESORIENTACION EN TIEMPO Y LUGAR, EQUIMOSIS PERIORBITARIA BILATERAL, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, MOVIMIENTOS OCULARES, SIMETRIA Y SENSIBILIDAD FACIAL CONSERVADOS, PARES BAJOS SIN ALTERACION, MOVILIZA 4 EXTREMIDADES FM 5/5 NO DEFICIT SENSITIVO, NO SIGNOS MENINGEOS, NO FISTULA DE LCR.

TAC CEREBRAL SIMPLE 16/11/2018: NO FRACTURAS, OCUPACION DE CELDILLAS MASTOIDEAS IZQUIERDAS, HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO 6 MM DE MAXIMO GROSOR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMATICA EN RESOLUCION. CONTUSIONES HEMORRAGICAS BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN PROCESO DE RESOLUCION CON MINIMO EDEMA PERILESIONAL, DESVIACION DE LINEA MEDIA 2 MM A LA DERECHA, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

A/ PACIENTE CON TCE GLASGOW 14 DE 7 DIAS DE EVOLUCION QUIEN NO HA REQUERIDO MANEJO QUIRURGICO POR NEUROCIRUGIA, SE ENCUENTRA EN EL MOMENTO SIN SINTOMAS NI SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEANA, SIN FOCALIZACION NEUROLÓGICA, HALLAZGOS TOMOGRAFICOS EN RESOLUCION, NO REQUIERE MANEJO QUIRURGICO, SE INDICA TRASLADO A PISO SEGUN CONSIDERACION DE UCI INTERMEDIO, SEGUIMOS ATENTOS A EVOLUCION.

Solicitado por : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 80085694

Realizado por : GERMAN RENE ALVAREZ BERAESTEGUI
ESPECIALIDAD: CIRUGIA DE COLUMNA

RM: 80243152

NOTA MEDICA

FECHA: 17/11/2018 **HORA:** 08:16:24

RESUMEN DE HISTORIA

EVOLUCIÓN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

TURNO MAÑANA 17-11-2018

FI UCIN 16-11-2016 13+00

Nombre: Jesús Ortiz Díaz

Edad: 52 años (FN: 21-10-1966)

DI: 91105186

Diagnósticos:

1. Trauma craneoencefálico Severo
 - 1.1. Contusiones bifrontal + Hemorragia subaracnoidea con hematoma subdural frontoparietal bilateral
 - 1.1.1. Alteración conductual postrauma
2. Celulitis de miembro superior derecho a estudio
- 2.1. Fractura de miembro superior derecha a estudio
3. Trastorno del comportamiento
4. Pérdida funcional del tercer dedo de mano izquierda

Subjetivo: en el momento niega dolor, o disnea. Niega tos u otros síntomas. Refiere

Examen físico: PA 157/101 PAM 119 FC 73 FR 16 Sat 93% FiO2 21% T 36.8

* LA 1120cc LE 400cc balance 720cc positivo, gasto uirnaio 0.8cc/kg/h

Cabeza: normocéfalo sin lesiones sin depresiones con lesión abrasiva en región parietooccipital izquierda sin heridas, equimosis periorbitaria bilateral, escleras anictéricas con hemorragia subconjuntival bilateral de predominio derecho, pupilas isocóricas normorreactivas sin alteraciones visuales aparentes sin alteración en músculos extraoculares. Nariz simétrica, sin desviaciones, narinas permeables sin lesiones ni secreciones sin rinorrea. Mucosa oral húmeda sin lesiones ni signos locales inflamatorios; úvula simétrica. Cuello: simétrico, móvil sin masas ni adenomegalias, sin soplos ni ingurgitación yugular. No tiromegalia. Tórax: simétrico, expansible sin lesiones. No se auscultan silencios respiratorios sin agregados patológicos. Ruidos cardíacos rítmicos normotímbrados sin reforzamiento ni desdoblamiento. Abdomen: simétrico sin lesiones ni cicatrices, peristaltismo auscultable sin soplos sin masas ni visceromegalias sin dolor a la palpación superficial ni profunda sin signos de irritación peritoneal. Genitales externos: normoconfigurados sin secreciones sin sangrado. Neurológico: somnoliento, alertable al llamado, consciente, desorientado alopsíquicamente sin desorientación autopsíquica. Glasgow 14/15 (O3V5M6). Pares craneales normales. Reflejos ++/++++, fuerza 5/5. Sin déficit motor ni sensitivo. Sin signos de focalización ni meníngeos. No se evalúa marcha. Extremidades: Miembro superior derecho con férula por fractura de brazo antebrazo derecho, no signos compartimentales. Mano izquierda con pérdida funcional de tercer dedo. Resto de extremidades simétricas sin lesiones sin atrofia, distrofia ni hipertrofia con arcos de movilidad conservados. Pulsos distales presentes y simétricos

* BUN 9.8 creat 0.75 Na 136 K 3.3 Cl 99 PCR 44

* Leuco 9200 N 77% hb 15.2 hcto 40.9% PLT 254000 INR 1.07

* TAC de craneo: sin reporte oficial. contusiones bifrontales, hematoma subdural temporoparietal izquierdo laminar, sin edema, tercer y cuarto ventrículo permeables

* Glucemia basal: 83.6

* Sin distermias

Análisis

Masculino de 52 años que se encuentra en unidad de cuidados intermedios bajo vigilancia neurológica por

RESUMEN DE HISTORIA

traumatismo craneoencefálico severo el pasado 10-11-2018 sin conocimiento de las circunstancias. No requirió manejo quirúrgico, TAC simple de cráneo institucional con contusiones bifrontales, hematoma subdural temporoparietal izquierdo laminar, sin edema, tercer y cuarto ventrículo permeables. En el momento sin déficit clínico ni neurológico sin signos de hipertensión endocraneana ni alteración en patrón respiratorio; en el momento estable hemodinámicamente sin SIRS. Paraclínicos normales, pendiente TAC de muñeca derecha para definir manejo por parte de ortopedia; dada la adecuada evolución clínica se ordena traslado a pisos de medicina interna para continuar con vigilancia neurológica y definir manejo de fractura de muñeca; se ordena acompañamiento familiar permanente por episodios recurrentes de agitación. Se inicia vía oral.

Plan de manejo

Traslado a pisos de Medicina Interna

* Cabecera a 30°

* Dieta Normal

* dieta blanda dependiendo de momento quirúrgico definido por ortopedia

* SSN 75 ml / hora a 1 kg/kg/h

* Hidrocodona 0.4 mg IV cada 4 horas

* Acetaminofen 1 gr IV cada 8 horas

* omeprazol 20mg vo cada día

* Hoja neurológica

* Vigilancia de signos vitales - Avisar cambios

* cloruro de potasio a 3meq/h

ss//: Ionograma para la tarde y suspender reposición de potasio.

MEDICO : LUIS HERNAN CALDERON MESA

RM: 79845352

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 17/11/2018 HORA: 08:29:58

RESPUESTA A INTERCONSULTA NEUROCIRUGIA

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS, DATOS TOMADOS DE LA HC, YA QUE EL PACIENTE NO RECUERDA EL EVENTO. AL PARECER TRAUMA CRANEAL CON PERDIDA DE LA CONSCIENCIA HACE 7 DIAS EN CONTEXTO DESCONOCIDO, INGRESA A HOSPITAL DE KENEDY EN GLASGOW 5 POR LO QUE REALIZAN IOT, DOCUMENTAN CONSTUSIONES CEREBRALES Y HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR QUE NO REQUIEREN MANEJO QUIRURGICO, PRESENTA EVOLUCION FAVORABLE, EXTUBAN EL 12/11/2018. REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO. EN EL MOMENTO NIEGA CEFALEA, NO EMESIS, NO CONVULSIONES, TOLERA VIA ORAL, NO FIEBRE.

ANTECEDENTES: DESCONOCIDOS

EF: TA: 100/74, FC: 74, FR: 17, T: 37, SO2 97%, GLASGOW 14 DADO POR DESORIENTACION EN TIEMPO Y LUGAR, EQUIMOSIS PERIORBITARIA BILATERAL, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, MOVIMIENTOS OCULARES, SIMETRIA Y SENSIBILIDAD FACIAL CONSERVADOS, PARES BAJOS SIN ALTERACION, MOVILIZA 4 EXTREMIDADES FM 5/5 NO DEFICIT SENSITIVO, NO SIGNOS MENINGEOS, NO FISTULA DE LCR.

TAC CEREBRAL SIMPLE 16/11/2018: NO FRACTURAS, OCUPACION DE CELDILLAS MASTOIDEAS IZQUIERDAS, HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO 6 MM DE MAXIMO GROSOR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMATICA EN RESOLUCION. CONTUSIONES HEMORRAGICAS BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN PROCESO DE RESOLUCION CON MINIMO EDEMA PERILESIONAL, DESVIACION DE LINEA MEDIA 2 MM A LA DERECHA, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

A/ PACIENTE CON TCE GLASGOW 14 DE 7 DIAS DE EVOLUCION QUIEN NO HA REQUERIDO MANEJO QUIRURGICO POR NEUROCIRUGIA, SE ENCUENTRA EN EL MOMENTO SIN SINTOMAS NI SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEANA, SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, HALLAZGOS TOMOGRAFICOS EN RESOLUCION, NO REQUIERE MANEJO QUIRURGICO, SE INDICA TRASLADO A PISO SEGUN CONSIDERACION DE UCI INTERMEDIO, SEGUIMOS ATENTOS A EVOLUCION.

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : GERMAN RENE ALVAREZ BERASTEGUI
ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

RM: 80243152

NOTA MEDICA

FECHA: 17/11/2018 **HORA:** 09:10:46

- Suspendir reposición endovenosa de Potasio
- Iniciar gluconato de potasio 10 ml VO con cada comida

MEDICO : LUIS HERNAN CALDERON MESA
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 79845352

NOTA MEDICA

FECHA: 17/11/2018 **HORA:** 09:41:40

OROTPEDIA

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS EDAD

DX.

TEC SEVERO GLASGOW 5 INICIAL, HOY EN 14 SEGUN NOTA NEUROCIRUGIA SIN MANEJO QUIRURGICO.
FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL RADIO DERECHO INTRAARTICULAR
CELULITIS EN DORSO MUÑECA DERECHA
POLITRAUMATISMO NO RECUERDA EVENTO TRAUMATICO

REFIERE SENTIRSE BIEN CON DOLOR Y CALOR MUÑECA DERECHA NO HA TENIDO FIEBRE.

EX FISICO. BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA CONSCIENTE.

MUÑECA DERECHA CON ABRASION EN ZONA VOLAR Y CALOR LOCAL CON ERITEMA PERILESIONAL ADEMAS DE DOLOR A PALPAICON METAFISIS DSTAL RAIDO DERECHO. NO SCERECION. NO DEFORMIDAD NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL

A. PACIENTE CON DX ANOTADOS EN UENA EVOLUCION CLINICA. CONSIDERMAOS PODRIA BENEFICIARSE DE MANEJO QUIRRUGICO REDUCCION ABIERTA FIJACION INTERNA FRACTURA EN RADIO DSTAL DERECHO, SIN EMBARGO DEBE OBJETIVARSE MEJOR CARACTERISTICAS DE LA FRACTURA POR LO QUE SE SOLICITA TAC DE MUÑCA, ADEMAS TIENE SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES SOBRE EL SITIO D ELA FRACTURA PROBABLEMENTE CELULITIS, POR LO QUE DEBE RECIBIR MANEJO MEDICO ANTIBITICO Y MEJROIA DE LOS TEJIDOS BLANDOS ANTES DE PENSAR EN CIRUGIA. SE EPXLICA A PACIENTE

PLAN DIETA NORMAL. CLINDAMICINA IV 600MG CADA 8 H. CURACONES POR CLINICA HERIDAS.

MEDICO : JORGE ROLANDO ORTIZ MORALES
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

RM: 18448

NOTA MEDICA

FECHA: 17/11/2018 **HORA:** 11:29:55

Se suspende acetmainofen endovenoso por tolerancia de la via oral

MEDICO : LUIS HERNAN CALDERON MESA
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 79845352

NOTA MEDICA

RESUMEN DE HISTORIA

FECHA: 17/11/2018 HORA: 14:24:43

nota de turno

paciente que presenta agitación psicomotora, se encuentra desorientado, ingresa con restricción física, sin embargo el paciente es capaz de soltarse del amarre de las mismas, se muestra más colaborador sin restricciones, se ofrece medicación oral para tranquilizarlo, paciente refiere aceptar, se formula lorazepam 1 mg cada 8 horas

MEDICO : CARLOS ARTURO CLAVIJO MONROY

RM: 1018446026

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 17/11/2018 HORA: 16:44:

*****ANESTESIOLOGÍA*****

VALORACIÓN PREANESTÉSICA

NOMBRE: JESUS ORTIZ DIAZ

EDAD: 52 AÑOS

CC: 91105186

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

DIAGNÓSTICOS: FRACTURA DE RADIO DISTAL INTRAARTICULAR DERECHO

1. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO

1.1. CONTUSIONES BIFRONTAL + HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CON HEMATOMA SUBDURAL FRONTO PARIETAL BILATERAL

1.1.1. ALTERACIÓN CONDUCTUAL POSTRAUMA

2. CELULITIS DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO A ESTUDIO

2.1.FRACTURA DE RADIO DISTAL INTRAARTICULAR DERECHO

3. TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO

4. PÉRDIDA FUNCIONAL DEL TERCER DEDO DE MANO IZQUIERDA

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS: DESCONOCIDOS

FARMACOLÓGICOS: DESCONOCIDOS

QUIRÚRGICOS: DESCONOCIDOS

ANESTÉSICOS: DESCONOCIDOS

TÓXICOS: DESCONOCIDOS

ALÉRGICOS: DESCONOCIDOS

HOSPITALARIOS: DESCONOCIDOS

FAMILIARES: DESCONOCIDOS

REVISIÓN POR SISTEMAS

PACIENTE EN DELIRIUM, SIN ACOMPAÑANTE, NO RESPONDE PREGUNTAS DEL INTERROGATORIO

EXAMEN FÍSICO:

*SIGNOS VITALES: PA 130/74, FC 81, FR 18, T 36, SAT 93 AIRE AMBIENTE

*VÍA AÉREA: AO > 4 CM MALLAMPATI 2, DTM > 7 CM, DEM > 12.5 CM, NO LIMITACIÓN A LA FLEXO-EXTENSIÓN CERVICAL.

ACEPTABLE ESTADO GENERAL.

RESUMEN DE HISTORIA

ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR. TÓRAX EXPANSIBLE, SIMÉTRICO, RSCS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RSRs CONSERVADOS SIN AGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO, NO MEGALIAS. EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, SIN EDEMA, LLENADO < 2 SEG, SIN VÁRICES. SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO APARENTE. CON AGITACION PSICOMOTORA, SE HA RETIRADO MONITORIA E INMOVILIZACIÓN

PARACLÍNICOS

TAC CEREBRAL SIMPLE 16/11/2018: NO FRACTURAS, OCUPACIÓN DE CELDILLAS MASTOIDEAS IZQUIERDAS, HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO 6 MM DE MÁXIMO GROSOR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMÁTICA EN RESOLUCIÓN. CONTUSIONES HEMORRAGIAS BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN PROCESO DE RESOLUCIÓN CON MÍNIMO EDEMA PERILESIONAL, DESVIACIÓN DE LÍNEA MEDIA 2 MM A LA DERECHA, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.
BUN 9.8 CREAT 0.75 NA 136 K 3.3 CL 99 PCR 44
LEUCO 9200 N 77% HB 15.2 HCTO 40.9% PLT 254000 INR 1.07
GLUCEMIA BASAL: 83.6

MANEJO FARMACOLÓGICO ACTUAL

CLORURO DE SODIO 0.9% A 75 CC HORA
OMEPRAZOL 20 MG VO CADA DIA
ION K 10 CC CADA 8 HORAS
HIDROMORFONA 0.4 MG IV CADA 4 HORAS
ACETAMINOFÉN 1 GR IV CADA 8 HORAS
FENITOÍNA 125 MG IV CADA 8 HORAS
HALOPERIDOL 2.5 MG IV CADA 12 HORAS

CONCEPTO

PACIENTE DE 52 AÑOS DE EDAD CON TRAUMA CRANEAL CON PÉRDIDA DE LA CONSCIENCIA HACE 7 DÍAS EN CONTEXTO DESCONOCIDO, INGRESA A HOSPITAL DE KENNEDY EN GLASGOW 5 POR LO QUE REALIZAN IOT, DOCUMENTAN CONTUSIONES CEREBRALES Y HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR QUE NO REQUIEREN MANEJO QUIRÚRGICO, PRESENTA EVOLUCIÓN FAVORABLE EXTUBAN EL 12/11/2018. REMITEN PARA VIGILANCIA NEUROLÓGICA, VALORADO POR NEUROCIRUGIA QUIENES NO CONSIDERAN REALIZACIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, SIN EMBARGO PRESENTA FRACTURA DE RADIO QUE REQUIERE MANEJO QUIRÚRGICO, PRESENTA DELIRIUM HIPERACTIVO EN MANEJO CON HALOPERIDOL, SIN EMBARGO AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN CON AGITACION PSICOMOTORA Y POCO COLABORADOR CON ENTREVISTA. NO HAY FAMILIARES AL MOMENTO Y EL PACIENTE NO SE ENCUENTRA EN CAPACIDAD DE CONSENTIR PROCEDIMIENTO. DE MOMENTO SE CONSIDERA PACIENTE ASA III QUIEN REQUIERE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE RIESGO JOHNS HOPKINS 3, NCEPOD 3, ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR, CAPACIDAD FUNCIONAL NO EVALUABLE, ÍNDICE DE LEE AL PARECER CON PUNTAJE DE 0 (RIESGO DEL 0.4% DE EVENTO CARDÍACO MAYOR), SIN PREDICTORES DE VÍA AÉREA DIFÍCIL, SE CONSIDERA POR PARTE DE ANESTESIA

- AUTORIZAR PROCEDIMIENTO
- AYUNO DE 8 HORAS PARA SÓLIDOS Y LÁCTEOS, 4 HORAS PARA LÍQUIDOS CLAROS
- CONTINUAR ANTICONVULSIVANTE Y OPTIMIZAR MANEJO DE DELIRIUM
- SE DIFIERE FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO HASTA CONTAR CON FAMILIARES.

Solicitado por : CARLOS ARTURO CLAVIJO MONROY

RM: 1018446026

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Realizado por : MARTHA PATRICIA LAZARO OVALLE

RM: 543223-14

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

NOTA MEDICA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

FECHA: 18/11/2018 HORA: 12:06:56

OROTPEDIA

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS EDAD

DX.

TEC SEVERO GLASGOW 5 INICIAL, HOY EN 14 SEGUN NOTA NEUROCIRUGIA SIN MANEJO QUIRURGICO.

FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL RADIO DERECHO INTRAARTICULAR

CELULITIS EN DORSO MUÑECA DERECHA

POLITRAUMATISMO NO RECUERDA EVENTO TRAUMATICO

-REFIERE QUE PASO BUENA NOCHE, NO HA TENIDO FIEBRE O VOMITOS. TOLERA LA VIA ORAL MEJORIA DE DOLOR EN MUÑECA DERECHA

-EX FISICO.

BUEN ESTADO GENERAL, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, NO DISNEA
MUÑECA DERECHA CON DISMINUCION LEVE ERITE, A PERPO PERSISTE CON CALOR LOCAL EN DORSO Y REGION VOLAR NO DEFICIT
NEUROVASCULAR DISTAL

A. PACIENTE CON DX ANOTADOS TIENE UNA EVOLUCION CLINICA FAVORABLE Y YA SE TRASLADO A PISO. PACIENTE TIENE
PENDIENTE REALIZAR TOMOGRAFIA DE MUÑECA PARA DEFINIR MANEJO: QUIRURGICO VS ORTOPEDICO POR FRACTURA RADIO DISTAL
DERECHO. SIN EMBARGO NO SE LE HA PODIDO TOMAR. SE SOLICITA NUEVAMENTE LA ORDEN.

LAN DIETA NORMAL. CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO. PTE TAC DE MUÑECA. Y DEFINIR

MEDICO : EDWARD JULIAN SALAVARRIETA VARELA

RM: 251245

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 18/11/2018 HORA: 12:52:44

EVOLUCION NEUROCIRUGIA

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS CON DX

1. TCE DIA 8 DE EVOLUCION

1.1 CONTUSIONES BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN RESOLUCION

2. CELULITIS DE MUÑECA DERECHA

S/ NIEGA CEFALEA, NO EMESIS, NO FIEBRE, NO CONVULSIONES, TOLERA VIA ORAL.

O/ TA: 115/70, FC: 68, FR: 17, T: 37, SO2 97%, GLASGOW 14 DADO POR DESORIENTACION EN TIEMPO, EQUIMOSIS
PERIORBITARIA BILATERAL, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, MOVIMIENTOS OCULARES, SIMETRIA Y SENSIBILIDAD FACIAL
CONSERVADOS,

PARES BAJOS SIN ALTERACION, MOVILIZA 4 EXTREMIDADES FM 5/5 NO DEFICIT SENSITIVO, NO SIGNOS MENINGEOS, NO
FISTULA DE LCR.

RESUMEN DE HISTORIA

TAC CEREBRAL SIMPLE 16/11/2018: NO FRACTURAS, OCUPACION DE CELDILLAS MASTOIDEAS IZQUIERDAS, HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR

FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO 6 MM DE MAXIMO GROSOR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMATICA EN RESOLUCION. CONTUSIONES HEMORRAGICAS BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN PROCESO DE RESOLUCION CON MINIMO EDEMA PERILESIONAL, DESVIACION DE LINEA

MEDIA 2 MM A LA DERECHA, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

A/ PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE, SIN SINTOMAS NI SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEAL, SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, CAMBIOS CONDUCTUALES SE EXPLICA A LA ESPOSA QUE SON SECUELA DE CONTUSIONES BIFRONTALES Y QUE PUEDEN IR MEJORANDO CON LOS MESES O PERSISTIR. NO REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO ADICIONAL POR NEUROCIRUGIA, SE DEJAN ORDENES DE MANEJO AMBULATORIO YA QUE EN EL MOMENTO NO PUEDE DARSE EGRESO DADO MANEJO DE CELULITIS EN MUÑECA DERECHA Y TAC DE MANO SOLICITADO POR ORTOPEDIA. SE CIERRA INTERCONSULTA. SE EXPLICA CLARA Y AMPLIAMENTE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS A FAMILIAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

MEDICO : GERMAN RENE ALVAREZ BERAESTEGUI
ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

RM: 80243152

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 18/11/2018 HORA: 13:09:

ES AMBULATORIA.

Solicitado por : GERMAN RENE ALVAREZ BERAESTEGUI
ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

RM: 80243152

Realizado por : GERMAN RENE ALVAREZ BERAESTEGUI
ESPECIALIDAD: CIRUGIA DE COLUMNA

RM: 80243152

NOTA MEDICA

FECHA: 19/11/2018 HORA: 09:19:56

SE REVISAN IMAGENES DE TAC DE MUÑECA. SE EVIDENCIA FRACTURA EN EL SEGMENTO DISTAL DE RADIO DERECHO INTRAARTICULAR.

CONSIDERAMOS QUE TIENE CRITERIOS QUIRURGICOS POR LO QUE SE SOLICITA ORDEN DE CIRUGIA: REDUCCION ABIERTA FIJA CON INTERNA FRACTURA SEGMENTO DISTAL RAIDO CON PLACA ANATOMICA ANGULO VARIABLE. PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA

SE PASA BOLETA COMO URGENCIAS, PERO JEFE DE SALAS INFORMA HAY URGENCIAS MAS PRIORITARIAS PENDIENTE POR SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

SE SOLICITA VAL POR ANESTESIOLOGIA POR ANTECEDENTE DE TEC SEVERO Y POR CONDICION CLINICA.

MEDICO : ENRIQUE MANUEL VERGARA AMADOR
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

RM: 6815

NOTA MEDICA

FECHA: 19/11/2018 HORA: 13:40:36

*****ANESTESIOLOGIA*****

VALORACION PREANESTESICA

NOMBRE: JESUS ORTIZ DIAZ

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

EDAD: 52 AÑOS
CC: 91105186

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: REDUCCION ABIERTA FIJACION INTERNA FRACTURA SEGMENTO DISTAL RADIO

DIAGNÓSTICOS:

1. TCE DIA 8 DE EVOLUCION
- 1.1 CONTUSIONES BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN RESOLUCION
2. FRACTURA SEGMENTO DISTAL RADIO DERECHO
- 2.1 CELULITIS DE MUÑECA DERECHA

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS: NIEGA
FARMACOLÓGICOS: NIEGA
QUIRÚRGICOS: NIEGA
ANESTÉSICOS: NIEGA
TÓXICOS: INGESTA DE ALCOHOL HASTA LA EMBRIAGUEZ
ALÉRGICOS: NIEGA
HOSPITALARIOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA

REVISIÓN POR SISTEMAS

CLASE FUNCIONAL (ESCALA DASI): 39.45 - 7.5 METS
NIEGA PALPITACIÓN, SÍNCOPE, DISNEA, ORTOPNEA, DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA, DOLOR PRECORDIAL O EQUIVALENTES
ANGINOSOS, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NO SANGRADO, NO EQUIMOSIS, NIEGA OTROS.

EXAMEN FÍSICO:

*PESO: 75 KG TALLA: 170 CMS IMC: 25.95
*SIGNOS VITALES: TA: 120/78 MMHG FC: 80 LAT/MIN FR: 20 RESP/MIN SPO2 92% AL AIRE AMBIENTE
*VÍA AÉREA: AO > 4 CM MALLAMPATI 3, DTM > 7 CM, DEM > 12.5 CM, DENTADURA INCOMPLETA, NO LIMITACIÓN A LA FLEXO-EXTENSIÓN CERVICAL.

ACEPTABLE ESTADO GENERAL.

ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR. TÓRAX EXPANSIBLE, SIMÉTRICO, RSCS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RSRs CONSERVADOS SIN AGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO, NO MEGALIAS. EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, SIN EDEMA, LLENADO < 2 SEG, SIN VÁRICES. SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO APARENTE.

PARACLÍNICOS

TAC CEREBRAL SIMPLE 16/11/2018: NO FRACTURAS, OCUPACION DE CELDILLAS MASTOIDEAS IZQUIERDAS, HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR
FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO 6 MM DE MAXIMO GROSOR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMATICA EN RESOLUCION. CONTUSIONE HEMORRAGICAS BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN PROCESO DE RESOLUCION CON MINIMO EDEMA PERILESIONAL, DESVIACION DE LINEA
MEDIA 2 MM A LA DERECHA, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA
BUN 9.8 CREAT 0.75 NA 136 K 3.3 CL 99 PCR 44
LEUCO 9200 N 77% HB 15.2 HCTO 40.9% PLT 254000 INR 1.07

MANEJO FARMACOLÓGICO ACTUAL

SSN 75 ML / HORA A 1 KG/KG/H
HIDROCODONA 0.4 MG IV CADA 4 HORAS
ACETAMINOFEN 1 GR IV CADA 8 HORAS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

OMEPRAZOL 20MG VO CADA DIA
CLINDAMICINA 600MG IV CADA 8 HORAS

CONCEPTO

PACIENTE ASA III QUIEN REQUIERE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE RIESGO JOHNS HOPKINS 2, NCEPOD 3, ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR, CAPACIDAD FUNCIONAL DE 7 METS DASI SCORE, ÍNDICE DE LEE CON PUNTAJE DE 0 (CLASE 1, RIESGO DEL 0.4% DE EVENTO CARDÍACO MAYOR), CON PREDICTORES DE VÍA AÉREA DIFÍCIL PARA LARINGOSCOPIA DIRECTA SIN OTROS HALLAZGOS, SE CONSIDERA POR PARTE DE ANESTESIA

- AUTORIZAR PROCEDIMIENTO
- AYUNO DE 8 HORAS PARA SÓLIDOS Y LÁCTEOS, 2 HORAS PARA LÍQUIDOS CLAROS
- SE EXPLICA TÉCNICA ANESTÉSICA, SE ACLARAN DUDAS, DICE ENTENDER Y ACEPTAR Y EN CONSTANCIA FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.
- DADO ANTECEDENTE DE TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO, SE CONSIDERA PODRIA REALIZARSE PROCEDIMIENTO BAJO ANESTESIA REGIONAL

MEDICO : PEDRO JOSE HERRERA GOMEZ
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

RM: 19309722

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 19/11/2018 HORA: 13:41:

*****ANESTESIOLOGÍA*****

VALORACIÓN PREANESTÉSICA

NOMBRE: JESUS ORTIZ DIAZ
EDAD: 52 AÑOS
CC: 91105186

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: REDUCCION ABIERTA FIJACION INTERNA FRACTURA SEGMENTO DISTAL RADIO

DIAGNÓSTICOS:

1. TCE DIA 8 DE EVOLUCION
- 1.1 CONTUSIONES BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN RESOLUCION
2. FRACTURA SEGMENTO DISTAL RADIO DERECHO
- 2.1 CELULITIS DE MUÑECA DERECHA

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS: NIEGA
FARMACOLÓGICOS: NIEGA
QUIRÚRGICOS: NIEGA
ANESTÉSICOS: NIEGA
TÓXICOS: INGESTA DE ALCOHOL HASTA LA EMBRIAGUEZ
ALÉRGICOS: NIEGA
HOSPITALARIOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA

REVISIÓN POR SISTEMAS

CLASE FUNCIONAL (ESCALA DASI): 39.45 - 7.5 METS
NIEGA PALPITACIÓN, SÍNCOPE, DISNEA, ORTOPNEA, DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA, DOLOR PRECORDIAL O EQUIVALENTES ANGINOSOS, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NO SANGRADO, NO EQUIMOSIS, NIEGA OTROS.

RESUMEN DE HISTORIA

EXAMEN FÍSICO:

*PESO: 75 KG TALLA: 170 CMS IMC: 25.95

*SIGNOS VITALES: TA: 120/78 MMHG FC: 80 LAT/MIN FR: 20 RESP/MIN SPO2 92% AL AIRE AMBIENTE

*VÍA AÉREA: AO > 4 CM MALLAMPATI 3, DTM > 7 CM, DEM > 12.5 CM, DENTADURA INCOMPLETA, NO LIMITACIÓN A LA FLEXO-EXTENSIÓN CERVICAL.

ACEPTABLE ESTADO GENERAL.

ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR. TÓRAX EXPANSIBLE, SIMÉTRICO, RSCS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RSRs CONSERVADOS SIN AGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO, NO MEGALIAS. EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, SIN EDEMA, LLENADO < 2 SEG, SIN VÁRICES. SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO APARENTE.

PARACLÍNICOS

TAC CEREBRAL SIMPLE 16/11/2018: NO FRACTURAS, OCUPACION DE CELDILLAS MASTOIDEAS IZQUIERDAS, HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR

FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO 6 MM DE MAXIMO GROSOR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMATICA EN RESOLUCION. CONTUSIONES HEMORRAGICAS BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN PROCESO DE RESOLUCION CON MINIMO EDEMA PERILESIONAL, DESVIACION DE LINEA

MEDIA 2 MM A LA DERECHA, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA

BUN 9.8 CREAT 0.75 NA 136 K 3.3 CL 99 PCR 44

LEUCO 9200 N 77% HB 15.2 HCTO 40.9% PLT 254000 INR 1.07

MANEJO FARMACOLÓGICO ACTUAL

SSN 75 ML / HORA A 1 KG/KG/H

HIDROCODONA 0.4 MG IV CADA 4 HORAS

ACETAMINOFEN 1 GR IV CADA 8 HORAS

OMEPRAZOL 20MG VO CADA DIA

CLINDAMICINA 600MG IV CADA 8 HORAS

CONCEPTO

PACIENTE ASA III QUIEN REQUIERE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE RIESGO JOHNS HOPKINS 2, NCEPOD 3, ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR, CAPACIDAD FUNCIONAL DE 7 METS DASI SCORE, ÍNDICE DE LEE CON PUNTAJE DE 0 (CLASE 1, RIESGO DEL 0.4% DE EVENTO CARDÍACO MAYOR), CON PREDICTORES DE VÍA AÉREA DIFÍCIL PARA LARINGOSCOPIA DIRECTA SIN OTROS HALLAZGOS, SE CONSIDERA POR PARTE DE ANESTESIA

- AUTORIZAR PROCEDIMIENTO

- AYUNO DE 8 HORAS PARA SÓLIDOS Y LÁCTEOS, 2 HORAS PARA LÍQUIDOS CLAROS

- SE EXPLICA TÉCNICA ANESTÉSICA, SE ACLARAN DUDAS, DICE ENTENDER Y ACEPTAR Y EN CONSTANCIA FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

- DADO ANTECEDENTE DE TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO, SE CONSIDERA PODRIA REALIZARSE PROCEDIMIENTO BAJO ANESTESIA REGIONAL

Solicitado por : PEDRO JOSE HERRERA GOMEZ

RM: 19309722

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

Realizado por : PEDRO JOSE HERRERA GOMEZ

RM: 19309722

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

NOTA MEDICA

RESUMEN DE HISTORIA

FECHA: 19/11/2018 **HORA:** 18:32:17

EVOLUCIÓN ORTOPEDIA

MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS:

1. FRACTURA INTRAARTICULAR RADIO DISTAL DERECHO

S: REFIERE SENTIRSE BIEN, BUEN CONTROL DEL DOLOR, NO FIEBRE NI EMESIS, NO OTRA SINTOMATOLOGÍA

O: BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA

EXTREMIDADES: MIEMBO SUPERIOR DERECHO INMOVILIZADO CON FÉRULA EN ADECUADA POSICIÓN, NO DÉFICIT NEUROVASCULAR DISTAL, NO SIGNOS DE COMPARTIMENTAL.

ANÁLISIS: PACIENTE CON FRACTURA DESCRITA, LA CUAL REQUIERE MANEJO QUIRÚRGICO PARA RAFI. SE PREGUNTA EN SALAS DE CIRUGÍA, EN EL MOMENTO SIN DISPONIBILIDAD DE QUIRÓFANOS, SE AUTORIZA VÍA ORAL Y SE CONTINUA MANEJO MÉDICO INSTAURADO. SE LLEVARÁ A CIRUGÍA DE ACUERDO A DISPONIBILIDAD DE QUIRÓFANOS. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER YA CEPTAR.

PLAN:

CONTINUA MANEJO MÉDICO INSTAURADO

CIRUGÍA MAÑANA

MEDICO : FABIO ALBERTO BERNAL TORRES

RM: 80505181

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

NOTA MEDICA

FECHA: 20/11/2018 **HORA:** 07:21:50

ORTOPEDIA

MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD

DX

1. FRACTURA INTRAARTICULAR RADIO DISTAL DERECHO

2. TEC SEVERO RESUELTO

3. ALETRACION CONDUCTUAL POSTRAUMA

REFIERE SENTIRSE BIEN, PASO BUENA NOCHE. NO TIENE FIEBRE NO HA DESAYUNADO.

EX FISICO.

BUEN ESTADO GENERAL. CONSCIENTE ALERTA ORIENTADO.

EXTREMIDADES: MIEMBO SUPERIOR DERECHO SIN FERULA (SE LA RETIRA VOLUNTARIAMENTE). TIENE ABRASIONES EN CARA VOLAR DE MUÑECA EN MEJORIA SIN CALOR O RUBOR, NO SECRECION PURULENTA.

ANÁLISIS: PACIENTE CON DX DESCRITOS EN MANEJO MEDICO, CON BUENA EVOLUCION CLINICA. AL PARECER LLEVA 10 DIAS DEL EVENTO TRAUMATICO INICIAL, PERO NO TIENE MEMORIA CLARA SOBRE EL MISMO. ESTAMOS PENDIENTES A QUE LLEGUE FAMILIAR PARA ACLARAR EL ASUNTO.

RESUMEN DE HISTORIA

PLAN CIRUIGA HOY. NADA VIA ORAL. ANALGESIA. FIRMA CONSETIMIENTO.

MEDICO : ENRIQUE MANUEL VERGARA AMADOR RM: 6815
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

NOTA MEDICA

FECHA: 20/11/2018 HORA: 17:33:33
SE ABRE FOLIO PARA SOLICITAR FLUOROSCOPIA Y AB PROFILÁCTICO.

MEDICO : ENRIQUE MANUEL VERGARA AMADOR RM: 6815
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

NOTA MEDICA

FECHA: 20/11/2018 HORA: 19:31:07
NOTA OPERATORIA ORTOPEDIA:

DX PREQX: FRACTURA INTRAARTICULAR RADIO DERECHO
DX POSQX: IDEM - FRACTURA TIPO DIE PUNCH

PROCEDIMIENTO: REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA + TENOSINOVECTOMÍA DE FLEXORES + APLICACIÓN DE INJERTO
ÓSEO EN EL RADIO
CIRUJANO. DR VERGARA
AYUDANTES: CAMACHO - LOPEZ R2-R1
COMPLICACIONES: NINGUNA

PLAN:
CONTINUA MANEJO INTRAHOSPITALARIO PARA VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA
ANALGESIA
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA
RX POP
VIGILANCIA CLÍNICA.

MEDICO : ENRIQUE MANUEL VERGARA AMADOR RM: 6815
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

NOTA MEDICA

FECHA: 20/11/2018 HORA: 21:36:12
paciente poco colaborador, se descanaliza, no acepta manejo por parte de enfermeria, con deambulacion
frecuente, se dirige hacia el ascensor y con tendencia a la agresividad e intento de fuga en 2 oportunidades,
se considera manejo con midazolam 4 mg iv ahora, se administra oxigeno suplementario dado riesgo de apnea
secundaria a medicamento.

plan
oxigeno por canula nasal a 2/lt min
midazolam 4 mg im dosis unica

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : JONATHAN DANY ESPITIA OLARTE
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1053330038

NOTA MEDICA

FECHA: 20/11/2018 **HORA:** 22:24:20
se corrige formula de midazolam

MEDICO : JONATHAN DANY ESPITIA OLARTE
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1053330038

NOTA MEDICA

FECHA: 21/11/2018 **HORA:** 08:09:07
EVOLUCIÓN MÉDICO
ORTOPEDIA

MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD

DX

1. POP RAFI FRACTURA INTRAARTICULAR RADIO DISTAL DERECHO DR VERGARA 20 NOV 2018
2. TEC SEVERO RESUELTO
3. ALETRACION CONDUCTUAL POSTRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO FRONTAL

REFIERE QUE PASO BUENA NOCHE, TOLERA VIA ORAL. SIN EMBARGO PERSONAL ENFERMERIA REFIERE QUE TUVO AGITAICON PSICOMOTORA ANOCHE, SE RETIRO LAS FERUULAS Y LA CANALIZACION ENDOVENOSA. SE TUVO QUE SEDAR CON MIDAZOLAM

EX FISICO.

BUEN ESTADO GENERAL. ALERTA DESORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO NO EN PERSONA
EXTREMIDADES: MIEMBO SUPERIOR DERECHO SIN FERULA HERIDA ABORDAJE VOLAR AL RADIO DEREHCO EXPUESTA SIN APARENTE DESHICENCIA. NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL MANO DERECHA

A. PACIENTE CON DX ANOTADOS. SIGUE CON SIGNOS DE ALTERACION CONDUCTUAL POR TRAUMATISMO FRONTAL, POR LO QUE ANOCHE SE RETIRO LA FERULA. CONSIDERAMOS ES NECESARIO SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA Y NEURLOGIA, SE DEBE COLOCAR NUEVA FERULA PREVIA CURACION EN MUÑECA DERECHA. SE SOLICITA VAL PR TRABAJO SOCIAL.LUEO DE ESTO, SE DARAN ORDENES AMBULAOTRIAS PARA MANEJO POR NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA POR DIAGNOSTICO DE BASE (SECUELAS DE TEC)

PLAN INMOVILIZAR CON FERULA POR OROTPEDIA. CIERRE DE IC POR OROTPEIDA. SIGUE POR NEUROCIRUGIA NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA. CITA EN 10 DIAS CONTROL POP. ANALGESIA PROFILAXIS ANTIBIOTICA. SIGNOS DE ALARMA ESCRITOS Y VERBALES. INCAPACIDAD MEDICA.

MEDICO : LUIS CARLOS PARDO RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

RM: 79515837

NOTA MEDICA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

FECHA: 21/11/2018 **HORA:** 09:47:25

RESPUESTA DE INTERCONSULTA POR PSIQUIATRIA

Paciente masculino de 52 años de edad, natural de Bucaramanga (Santander), procedente de Bogota donde vive desde hace 23 años, actualmente vive solo, es separado tiene dos hijas de 23 y 26 años que viven con su ex esposa, escolaridad 8 grado, es evangelico.

MC: "Agitacion"

Enfermedad actual

Paciente sin antecedente de enfermedad mental, hospitalizado por politraumatismo con TCE severo, ha presentado alteraciones mentales y del comportamiento secundarias, con episodios de agitacion psicomotora, con estado de desorientacion, pensamiento desorganizado, inquietud motora, por lo cual ha requerido manejo con haloperidol y midazolam, se encuentra en POP mediato de procedimiento ortopedico, con persistencia de sintomas mentales que dificultan el cuidado por lo cual no sinterconsultan.

Examen mental

paciente con porte desorganizado, alerta, desorientado en espacio, parcialmente en tiempo, orientado en persona, actitud de cooperacion, con fallas mnesicas ocasionales, disprosexico, pensamiento desorganizado con asociaciones laxas, no verbaliza delirios explicitos, referencial con la esposa, afecto mal modulado de fondo irritable, sin actitud alucinatoria en el momento, inquietud motora, inteligencia dificil de evaluar, lenguaje altisonante, introspeccion y prospeccion nulas, juicio comprometido.

Analisis

Paciente sin antecedente de enfermedad mental, con cuadro compatible con trastorno mental y del comportamiento secundario a lesion cerebral por TCE severo, en el momento con dificil manejo por episodios de agitacion e inquietud motora persistente. Se decide iniciar manejo con Quetiapina via oral, se recomiendan medidas no farmacologicas antidelirium, se recomienda en lo posible evitar uso de medicamentos pro confusores, seguimiento por Psiquiatria

Plan

- Quetiapina tab x25mg 1/2-1/2-1
- Medidas no farmacologicas antidelirium
- En lo posible evitar uso de medicamentos pro confusores (Como benzodiacepinas)
- Seguimiento por Psiquiatria

MEDICO : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 21/11/2018 **HORA:** 09:52:

RESPUESTA DE INTERCONSULTA POR PSIQUIATRIA

Paciente masculino de 52 años de edad, natural de Bucaramanga (Santander), procedente de Bogota donde vive desde hace 23 años, actualmente vive solo, es separado tiene dos hijas de 23 y 26 años que viven con su ex esposa, escolaridad 8 grado, es evangelico.

MC: "Agitacion"

Enfermedad actual

Paciente sin antecedente de enfermedad mental, hospitalizado por politraumatismo con TCE severo, ha presentado alteraciones mentales y del comportamiento secundarias, con episodios de agitacion psicomotora, con estado de desorientacion, pensamiento desorganizado, inquietud motora, por lo cual ha requerido manejo con haloperidol y midazolam, se encuentra en POP mediato de procedimiento ortopedico, con persistencia de sintomas mentales que dificultan el cuidado por lo cual no sinterconsultan.

Examen mental

RESUMEN DE HISTORIA

paciente con porte desorganizado, alerta, desorientado en espacio, parcialmente en tiempo, orientado en persona, actitud de cooperación, con fallas mnésicas ocasionales, disprosexico, pensamiento desorganizado con asociaciones laxas, no verbaliza delirios explícitos, referencial con la esposa, afecto mal modulado de fondo irritable, sin actitud alucinatoria en el momento, inquietud motora, inteligencia difícil de evaluar, lenguaje altisonante, introspección y prospección nulas, juicio comprometido.

Análisis

Paciente sin antecedente de enfermedad mental, con cuadro compatible con trastorno mental y del comportamiento secundario a lesión cerebral por TCE severo, en el momento con difícil manejo por episodios de agitación e inquietud motora persistente. Se decide iniciar manejo con Quetiapina vía oral, se recomiendan medidas no farmacológicas antidelirium, se recomienda en lo posible evitar uso de medicamentos pro confusores, seguimiento por Psiquiatría

Plan

- Quetiapina tab x25mg 1/2-1/2-1
- Medidas no farmacológicas antidelirium
- En lo posible evitar uso de medicamentos pro confusores (Como benzodiacepinas)
- Seguimiento por Psiquiatría.

Solicitado por : MIGUEL COTE MENENDEZ
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 19476924

Realizado por : MIGUEL COTE MENENDEZ
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 19476924

NOTA MEDICA

FECHA: 21/11/2018 **HORA:** 09:57:26

RESPUESTA INTERCONSULTA NEUROLOGIA 21/11/2018

Jesús Ortiz Díaz

52 años

CC: 91105186

Natural: Socorro, Santander

Procedente y residente: Bogotá, DC

Ocupación: Vendedor frutas Corabastos

Datos recolectados de historia clínica y versión del paciente (no confiable) - No se cuenta con familiar al momento de la valoración - Hora de valoración 6:15

MOTIVO DE CONSULTA: "Politraumatismo"

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente quien ingresa a institución el 16 de noviembre por cuadro clínico ocurrido el 10 de noviembre, consistente en trauma (no se conoce cinemática de lo ocurrido), con trauma craneoencefálico severo y trauma en antebrazo derecho, requiriendo intubación orotraqueal, con posterior extubación y adecuada tolerancia a la misma. Ingresa a unidad de cuidados intermedios para vigilancia, donde presenta adecuada evolución y trasladan a pisos de hospitalización para continuar manejo por ortopedia. Durante estancia en pisos es valorado por servicio de ortopedia quienes llevan a corrección quirúrgica de fractura evidenciada en radio distal (intraarticular) el día 20/11/2018. Durante estancia clínica ha presentado episodios de desorientación, con alteración en el juicio, con poca colaboración con personal de salud. Ayer en la noche, paciente se descanaliza, se retira férula colocada por servicio de ortopedia, e intenta fugarse requiriendo manejo con benzodiacepina, razón por la cual interconsultan a nuestro servicio.

RESUMEN DE HISTORIA

ANTECEDENTES:

PERSONALES: No refiere

FARMACOLÓGICOS: No refiere

QUIRÚRGICOS: No refiere

TÓXICO: Ingesta de alcohol no bien especificada.

ALÉRGICOS: No refiere

FAMILIARES: No refiere

EXAMEN FÍSICO:

Paciente alerta, con PA 114/76 FC 76 Fr 18 Sat 95% ambiente T 36.5°. Paciente con conjuntivas normocromicas, equimosis infraorbitaria derecha, mucosa oral sin lesiones orales, con cuello móvil, sin dolor, sin masas, con tráquea centrada, sin ingurgitación yugular. Tórax normodinamico, normoexpansible, con RSCs cardiacos rítmicos sin soplos RSRs sin agregados con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresibles sin masas, sin dolor abdominal a la palpación sin signos de irritación peritoneal, extremidades con llenado capilar normal, con cicatriz operatoria en antebrazo derecho, sin signos de infección, abierta.. Neurológico: Alerta, atento, desorientado en tiempo y espacio, parcialmente orientado en persona. Con lenguaje con adecuada semántica, alteración en la sintaxis, gramática, prosodia, repite, alteración para nominar algunos objetos, entiende. Discurso no es coherente con el contexto en que se realizan las preguntas. Juicio alterado. Con neologismos. Memoria parcialmente conservada remota y episódica. Hiperbólico, hiperquinético. No compromiso del afecto. Pares craneanos con isocoria normorreactiva, movimientos oculares conservados, simetría facial con sensibilidad conservada. Pares craneanos bajos, con úvula centrada, con elevación simétrica del paladar. Fuerza 5/5 Sensibilidad conservada. RMT ++/++++ respuesta flexora bilateral, no hoffmann. No signos cerebelosos, marcha normal, no disimetría no adiadococinesia. No signos menígeos. Extremidades, se evidencia miembro superior derecho descubierto, con herida quirúrgica con ausencia de algunos puntos de sutura, con estigmas de sangrado reciente, edema perilesional.

PARACLINICOS:

Extrahistitucionales:

***11-11-2018: TAC simple de cráneo: Contusión bifrontal + Hemorragia subaracnoidea post trauma + hematoma subdural fronto parietal bilateral

***11-11-2018: Glucemia basal: 62 BUN 3.3 Creat 0.44 Na 149 K 1.72 (Confirmado) Cloro 128.1 // Leu 7.730 N 6620 Linf 610 Hb 8.5 Hcto 24.6% PLQ 108.000 PT 19.2 INR 1.75 PTT 41.4

Troponina I < 0.10 (0.16)

***14-11-2018: BUN 11.3 Creat 0.81 Na 140 K 3.44 Cl 104 Mg 2// Leu 10.400 N 7.720 Linf 1.720 Hb 14.9 Hcto 42.8% PLQ 217.000

***16-11-2018: Glucometría: 81 mg/dL //

Intrahistitucionales:

16-11-18 Leu 9200 N 6720 L 1520 Hb 15.2 Plaquetas 254000

Creat 0.75 BUN 9.8 Na 136 K 3.39 CL 99 PCR 44.35

Glu 83.6

17-11-18 K 3.55 Mg 2.04 Na 137 K 3.39 Cl 99

16-11-18 TAC de cráneo simple Contusiones hemorrágicas frontotemporales en ambos lados. Hematoma subdural en su izquierdo con efecto compresivo leve. Fractura lineal parietal izquierdo y aumento de los tejidos blandos en esta misma zona. Rotterdam 5.

RESUMEN DE HISTORIA

ANÁLISIS:

Jesús es un paciente de 52 años sin antecedentes de importancia, quien ingresa a institución por politraumatismo del 10/11/2018, con trauma craneoencefálico severo y fractura de radio distal intraarticular derecho; quien requirió soporte ventilatorio con intubación orotraqueal el 10/11/2018. Fue extubado el 12/11/2018 con adecuada evolución clínica. Es remitido a nuestra institución para continuar manejo integral. Al ingreso valorado por servicio de ortopedia quienes considera reducción quirúrgica de fractura con fijación interna, procedimiento que se llevó a cabo el día de ayer. Dado cambios comportamentales y en el contexto de trauma craneoencefálico severo, fue valorado por neurocirugía quienes revisan neuroimagen considerando que no se beneficia de manejo quirúrgico, y cierran interconsulta. En el momento, se encuentra paciente hemodinámicamente estable, sin SIRS, sin dificultad respiratoria, al examen neurológico con alteración en el juicio, discurso no coherente con el contexto en que se interroga, algunos neologismos. Se revisa neuroimagen en la que se evidencia contusión frontal bilateral, y hematoma subdural fronto parietal izquierdo. En el momento se considera que cambios conductuales, son secundarios a lesiones evidenciadas, se descartó necesidad de intervención quirúrgica. Por nuestro servicio se iniciará manejo con quetiapina para mejorar componente comportamental. Se sugiere no uso de benzodiacepinas. Por ahora no requiere manejo por nuestro servicio, se cierra interconsulta; debe continuar manejo por servicios tratantes. Quedamos pendientes de nuevo llamado.

DIAGNÓSTICOS:

1. Politraumatismo
 - 1.1. Trauma craneoencefálico severo
 - 1.1.1 Contusión frontal bilateral
 - 1.1.2 Hematoma subdural fronto parietal izquierdo
2. Postoperatorio de reducción abierta y fijación interna de fractura de radio distal intraarticular derecho 20/11/2018

PLAN:

Se cierra interconsulta.
Quetiapina 25 mg cada 12 horas
Medidas antidellirium
No uso de benzodiacepinas

MEDICO : PABLO LORENZANA POMBO

RM: 19078948

ESPECIALIDAD: NEUROFISIOLOGIA CLINICA Y EPILEPSIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 21/11/2018 **HORA:** 10:02:

Jesús es un paciente de 52 años sin antecedentes de importancia, quien ingresa a institución por politraumatismo del 10/11/2018, con trauma craneoencefálico severo y fractura de radio distal intraarticular derecho; quien requirió soporte ventilatorio con intubación orotraqueal el 10/11/2018. Fue extubado el 12/11/2018 con adecuada evolución clínica. Es remitido a nuestra institución para continuar manejo integral. Al ingreso valorado por servicio de ortopedia quienes considera reducción quirúrgica de fractura con fijación interna, procedimiento que se llevó a cabo el día de ayer. Dado cambios comportamentales y en el contexto de trauma craneoencefálico severo, fue valorado por neurocirugía quienes revisan neuroimagen considerando que no se beneficia de manejo quirúrgico, y cierran interconsulta. En el momento, se encuentra paciente hemodinámicamente estable, sin SIRS, sin dificultad respiratoria, al examen neurológico con alteración en el juicio, discurso no coherente con el contexto en que se interroga, algunos neologismos. Se revisa neuroimagen en la que se evidencia contusión frontal bilateral, y hematoma subdural fronto parietal izquierdo.

RESUMEN DE HISTORIA

En el momento se considera que cambios conductuales, son secundarios a lesiones evidenciadas, se descartó necesidad de intervención quirúrgica. Por nuestro servicio se iniciará manejo con quetiapina para mejorar componente comportamental. Se sugiere no uso de benzodiacepinas. Por ahora no requiere manejo por nuestro servicio, se cierra interconsulta; debe continuar manejo por servicios tratantes. Quedamos pendientes de nuevo llamado.

DIAGNÓSTICOS:

1. Politraumatismo

1.1. Trauma craneoencefálico severo

1.1.1 Contusión frontal bilateral

1.1.2 Hematoma subdural fronto parietal izquierdo

2. Postoperatorio de reducción abierta y fijación interna de fractura de radio distal intraarticular derecho

20/11/2018

PLAN:

Se cierra interconsulta.

Quetiapina 25 mg cada 12 horas

Solicitado por : PABLO LORENZANA POMBO

RM: 19078948

ESPECIALIDAD: NEUROFISIOLOGIA CLINICA Y EPILEPSIA

Realizado por : PABLO LORENZANA POMBO

RM: 19078948

ESPECIALIDAD: NEUROFISIOLOGIA CLINICA Y EPILEPSIA

NOTA MEDICA

FECHA: 22/11/2018 HORA: 09:49:48

ORTOPEDIA

MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD

DX

1. POP RAFI FRACTURA INTRAARTICULAR RADIO DISTAL DERECHO DR VERGARA 20 NOV 2018

2. TEC SEVERO RESUELTO

3. ALETRACION CONDUCTUAL POSTRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO FRONTAL

REFIERE SENTIRSE BIEN EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, PASO BUENA NOCHE SIN DOLOR, NO SE HA VUELTO A RETIRAR LA FERULA

EX FISICO.

BUEN ESTADO GENERAL. ALERTA DESORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO NO EN PERSONA

EXTREMIDADES: CON FERULA DORSAL EN BUEN ESTADO SIN SANGRADO EN MUÑECA DERECHA SIN SDEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL.

A. PACIENTE CON DX ANOTADOS. PASO BUENA NOCHE, SIN EPISODIOS APARENTES DE AGITACION POR LO QUE SE SOLICITA A SEVRICIO DE PSIQUIATRIA DEFINIR SI EL MANEJO PROPUESTO DEBE SER AMBULATORIO O HOSPITLAARIO Y SI ES ASI DEFINIR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERABILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

REMISION SI LA REQUIERE A UNIDAD DE SALUD MENTAL,,SE ALCARA POR OROTPEDIA QUE DESDE AYER QUE SE CERRO INTERCONSULTA TIERN CRITERIOS POR NUESTRO SEVRICIO Y NO REQUERE MANEJO ADICIONAL NI HAY RAZON PARA ESTAR HOSPITALIZADO POR EL MANEJO DE FRACTURA E RADOO.

PLAN PENDIENTE CONCEPTO PSIQUATRIA

MEDICO : FABIO ALBERTO BERNAL TORRES
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

RM: 80505181

NOTA MEDICA

FECHA: 22/11/2018 HORA: 11:30:20

ORTOPEDIA

SE ACARA QUE EL PACIENTE EN CUESTION ESTA HOSPITALIZADO POR DOS DIAGNOSTICOS, SECUELAS TRAUMA CRANEO ENCEFALICO SEVERO DE MANEJO POR NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA, Y FRACTURA DE RADIO DISTAL EN MANEJO CON NUESTRO SEVRICIO.

LA FRACTURA RADIO DISTAL YA SE LE REALIZO MANO QUIRURGICO Y NO TIENE INDICACION DE HOSPITALIZACION POR NUESTRO SERVICIO. SIN EMBARGO SIGUE CON AGITACION PSICOMOTORA Y ALTERACION CONDUCTUAL POST TRAUMA CRANEOENCEFALICO AUN NO RESUELTO QUE ESTA EN MANEJO CON NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA Y AUN NO SE HA DADO INDICACION DE MANEJO AMBULATORIO POR DICHOS SERVICIOS.

SE SOLICITA INTERCONSULTA DE TRASLADO A NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA. CIERRE DE SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.

MEDICO : FABIO ALBERTO BERNAL TORRES
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

RM: 80505181

NOTA MEDICA

FECHA: 22/11/2018 HORA: 15:56:40

*** SEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA 22/11/2018 ***

Jesús Ortiz Díaz
52 años
CC: 91105186

Diagnósticos:

1. Politraumatismo
 - 1.1. Trauma craneoencefálico severo
 - 1.1.1 Contusión frontal bilateral
 - 1.1.1.1 Alteración comportamental secundaria
 - 1.1.2 Hematoma subdural fronto parietal izquierdo
 2. Postoperatorio de reducción abierta y fijación interna de fractura de radio distal intraarticular derecho
20/11/2018

Subjetivo:

Paciente sin acompañante, en el momento buen estado general, refiere modulación de dolor, tolerando adecuadamente vía oral, con deposiciones y diuresis normales. Persiste con alteraciones comportamentales

RESUMEN DE HISTORIA

descritas en días anteriores.

Objetivo:

Paciente alerta, con PA 102/66 FC 65 Fr 18 Sat 95% ambiente T 36.5°. Paciente con conjuntivas normocromicas, equimosis infraorbitaria derecha, mucosa oral sin lesiones orales, con cuello móvil, sin dolor, sin masas, con tráquea centrada, sin ingurgitación yugular. Tórax normodinamico, normoexpansible, con RsCs cardiacos rítmicos sin soplos RsRs sin agregados con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresibles sin masas, sin dolor abdominal a la palpación sin signos de irritación peritoneal, extremidades con llenado capilar normal, con cicatriz operatoria en antebrazo derecho, sin signos de infección, abierta.. Neurológico: Alerta, atento, desorientado en tiempo y espacio, parcialmente orientado en persona. Con lenguaje con adecuada semántica, alteración en la sintaxis, gramática, prosodia, repite, alteración para nominar algunos objetos, entiende. Discurso no es coherente con el contexto en que se realizan las preguntas. Juicio alterado. Con neologismos. Memoria parcialmente conservada remota y episódica. Hiperbólico, hiperquinético. No compromiso del afecto. Pares craneanos con isocoria normorreactiva, movimientos oculares conservados, simetría facial con sensibilidad conservada. Pares craneanos bajos, con úvula centrada, con elevación simétrica del paladar. Fuerza 5/5 Sensibilidad conservada. RMT ++/++++ respuesta flexora bilateral, no hoffmann. No signos cerebelosos, marcha normal, no disimetría no adiadococinesia. No signos meníngeos. Extremidades, se evidencia miembro superior derecho descubierto, con herida quirúrgica con ausencia de algunos puntos de sutura, con estigmas de sangrado reciente, edema perilesional.

Paraclínicos:

Ninguno nuevo por reportar.

Análisis:

Jesús es un paciente de 52 años, ya conocido por el servicio, quien se encuentra hospitalizado en el contexto de trauma craneoencefálico severo asociado a trauma en miembro superior derecho con fractura de radio distal intraarticular, que fue llevada a reducción abierta con fijación interna hace 2 días. En el momento con evolución clínica estacionaria, sin dificultad respiratoria, con adecuada evolución postoperatoria, persiste con los cambios comportamentales descrito previamente. Fue valorado por nuestro servicio, el día de ayer por cambios comportamentales, con alteración en el juicio, y con intento de fuga y retiro de férula. Como ya se mencionó previamente, se considera que cambios comportamentales son secuelas de trauma craneoencefálico con contusiones hemorrágicas descritas en región bifrontal, que pueden mejorar con el paso del tiempo, sin embargo no se puede establecer un pronóstico definitivo. No requiere manejo por nuestro servicio, debe continuar manejo instaurado con quetiapina como plan para modular síntomas comportamentales. Se cierra interconsulta. No se da cita control por nuestro servicio ya que debe continuar manejo ambulatorio con psiquiatría, neurocirugía y ortopedia. Se explica a familia plan a seguir quien entiende y acepta..

Plan:

Se cierra interconsulta

Debe continuar manejo por servicio tratante

Quetiapina 25 mg (media tableta mañana, media tableta tarde, una tableta noche)

Ya tiene órdenes de cita control por neurocirugía, psiquiatría y cirugía de mano

MEDICO : MIRIAM SAAVEDRA ESTUPIÑAN
ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA

RM: 8550

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 22/11/2018 **HORA:** 15:59:

Análisis:

Jesús es un paciente de 52 años, ya conocido por el servicio, quien se encuentra hospitalizado en el contexto

RESUMEN DE HISTORIA

de trauma craneoencefálico severo asociado a trauma en miembro superior derecho con fractura de radio distal intraarticular, que fue llevada a reducción abierta con fijación interna hace 2 días. En el momento con evolución clínica estacionaria, sin dificultad respiratoria, con adecuada evolución postoperatoria, persiste con los cambios comportamentales descrito previamente. Fue valorado por nuestro servicio, el día de ayer por cambios comportamentales, con alteración en el juicio, y con intento de fuga y retiro de férula. Como ya se mencionó previamente, se considera que cambios comportamentales son secuelas de trauma craneoencefálico con contusiones hemorrágicas descritas en región bifrontal, que pueden mejorar con el paso del tiempo, sin embargo no se puede establecer un pronóstico definitivo. No requiere manejo por nuestro servicio, debe continuar manejo instaurado con quetiapina como plan para modular síntomas comportamentales. Se cierra interconsulta. No se da cita control por nuestro servicio ya que debe continuar manejo ambulatorio con psiquiatría, neurocirugía y ortopedia. Se explica a familia plan a seguir quien entiende y acepta..

Plan:

Se cierra interconsulta

Debe continuar manejo por servicio tratante

Quetiapina 25 mg (media tableta mañana, media tableta tarde, una tableta noche)

Ya tiene órdenes de cita control por neurocirugía, psiquiatría y cirugía de mano

Solicitado por : MIRIAM SAAVEDRA ESTUPIÑAN

RM: 8550

ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA

Realizado por : MIRIAM SAAVEDRA ESTUPIÑAN

RM: 8550

ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA OFTALMOLOGICA

NOTA MEDICA

FECHA: 22/11/2018 HORA: 20:33:09

Paciente que se encuentra al momento con acatisia y que intenta desplazarse hacia otros pisos de hospitalización sin indicación médica ni acompañamiento por parte de familiares. Se considera paciente que al momento tiene riesgo de fuga, así como de autolesión y heteroagresión que no responde a contención verbal, todo lo anterior en el contexto de contusión frontal que promueve conductas de riesgo. Bajo lo anterior se indica dar dosis de lorazepam de 3 mg ahora por vía oral así como quetiapina en dosis indicada por neurología y haloperidol que ya se encontraban formuladas previamente. El paciente requiere acompañante permanente, lo cual se explica a familiares.

MEDICO : JUAN JOSE RIOS VALBUENA

RM: 1110520941

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

NOTA MEDICA

FECHA: 23/11/2018 HORA: 06:44:24

Nota Medicina General

Recibo turno y servicio de enfermería informa que paciente se encuentra en parqueadero del hospital. 3 mg lorazepam 25 mg quetiapina, 5 mg haloperidol.

Auxiliar de enfermería recoge paciente en parqueadero sin lesiones, paciente se retiró férula y vendaje bultoso.

Valorado por servicio de neurología quienes consideran síntomas actuales secundarios a cambios estructurales por antecedente de trauma y consideran podría mejorar en el tiempo sin definir pronóstico definitivo, por servicios quirúrgicos no tiene conductas adicionales para manejo intrahospitalario por lo que está pendiente nueva valoración por psiquiatría para definir sin cambios comportamentales descritos puede ser manejado de forma ambulatoria o requiere unidad de cuidado mental, por el momento se ajusta dosis de quetiapina y se explica a familiar.

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : MONICA ALEXANDRA VARGAS MORENO

RM: 1023892304

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

NOTA MEDICA

FECHA: 23/11/2018 HORA: 07:51:29

NOTA HOSPITALARIA

Atendemos llamado de familiar y enfermería

Paciente con episodios de confusión, desorientación, auto y heteroagresión, taquialia, (golpes fuerte en puerta, elevación tono de voz), intento de escape de piso de hospitalización.

Paciente previamente conocido, además fue valorado por servicio de neurología quienes consideraron síntomas actuales secundarios a cambios estructurales por antecedente de trauma craneo encefálico, sin claro pronóstico.

Ante síntomas actuales se decide manejo farmacológico con haloperidol, evitando uso de benzodiazepinas según última recomendación de psiquiatría. A la espera de revaloración por dicha especialidad para definir si ante cambios descritos se requiere seguimiento en unidad de cuidado mental o manejo ambulatorio.

Paciente con secuelas de trauma craneoencefálico, por hematoma secundario, se solicita valoración por neurocirugía como servicio tratante.

Caso conocido por dirección científica (Dr Sastre), estableciéndose que el seguimiento debe hacerse por dicha especialidad con acompañamiento de psiquiatría según necesidad.

Además ante retiro, de férula e inmovilización de miembro superior derecho, con aumento de edema y dolor en miembro superior derecho se solicita revaloración por ortopedia.

Por lo demás continúa manejo instaurado

SS Acompañamiento permanente por familiar.

Ajuste haloperidol dosis de ahora 5mg en bolo y continuar 2.5mg iv c/8hr / día,

SS/ Valoración por neurocirugía

ss/ revaloración por ortopedia

Pendiente valoración por psiquiatría

Resto igual

MEDICO : LIZETH NATALIA MELGAREJO MORENO

RM: 1015435808

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

NOTA MEDICA

FECHA: 23/11/2018 HORA: 11:49:41

Evolución psiquiatría

Jesús Ortiz

Paciente de 53 años con diagnósticos:

1. Politraumatismo

1.1. Trauma craneoencefálico severo

1.1.1 Contusión frontal bilateral

1.1.1.1 Trastorno mental y del comportamiento secundario a TCE

RESUMEN DE HISTORIA

1.1.2 Hematoma subdural fronto parietal izquierdo

2. Postoperatorio de reducción abierta y fijación interna de fractura de radio distal intraarticular derecho

20/11/2018

Subjetivo:

Familiar y personal de enfermería refieren que continua con alteraciones mentales y del comportamiento secundarias, con episodios de agitación psicomotora, desorientación, pensamiento desorganizado, inquietud motora, por lo cual ha requerido manejo con haloperidol y lorazepam vía oral.

Se reinterroga familiar quien refiere consumo de alcohol y cocaína de forma irregular, sin embargo puede ser de forma diaria en la medida que haya disponibilidad de dinero, además este consumo se asocia a problemas laborales y familiares.

Examen mental

Paciente con porte desorganizado, alerta, desorientado en espacio y tiempo, orientado en persona, actitud de cooperación, con fallas en memoria de trabajo, disprosexico, pensamiento desorganizado con pérdida de las asociaciones, discurso disgregado con parafasias, anomias, no verbaliza delirios explícitos, afecto mal modulado de fondo ansioso, sin actitud alucinatoria en el momento, tendencia a la inquietud motora, inteligencia difícil de evaluar, lenguaje altisonante, introspección y prospección nulas, juicio comprometido.

Análisis:

Paciente de 53 años conocido por nuestro servicio con diagnóstico de trastorno mental y comportamental secundario a secuelas de trauma craneoencefálico severo con persistencia de la sintomatología comportamental y episodios de agitación psicomotora además se reinterroga familiar quien refiere consumo de SPA por lo cual se considera trastorno por consumo de alcohol con patrón de abuso, se considera que puede cursar además con síntomas de abstinencia por lo cual se sugiere aumentar dosis de quetiapina e iniciar clonazepam, debe continuar manejo en unidad de salud mental por lo cual se debe remitir, se explica al familiar.

Plan:

- Remitir a unidad de salud mental
- Aumento de quetiapina tab x 50 mg 1-1-2
- Clonazepam 0.5 mg tab, 1/2-0-1
- Medidas no farmacológicas antidelirium

MEDICO : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 80244483

NOTA MEDICA

FECHA: 23/11/2018 **HORA:** 12:03:54

NOTA HOSPITALARIA

Se abre folio para inicio de trámite de remisión a unidad de salud mental según indicación de psiquiatría

MEDICO : LIZETH NATALIA MELGAREJO MORENO
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1015435808

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 23/11/2018 **HORA:** 12:16:

Evolución psiquiatría

RESUMEN DE HISTORIA

Jesús Ortiz

Paciente de 53 años con diagnósticos:

1. Politraumatismo

1.1. Trauma craneoencefálico severo

1.1.1 Contusión frontal bilateral

1.1.1.1 Trastorno mental y del comportamiento secundario a TCE

1.1.2 Hematoma subdural fronto parietal izquierdo

2. Postoperatorio de reducción abierta y fijación interna de fractura de radio distal intraarticular derecho

20/11/2018

Subjetivo:

Familiar y personal de enfermería refieren que continua con alteraciones mentales y del comportamiento secundarias, con episodios de agitación psicomotora, desorientación, pensamiento desorganizado, inquietud motora, por lo cual ha requerido manejo con haloperidol y lorazepam vía oral.

Se reinterroga familiar quien refiere consumo de alcohol y cocaína de forma irregular, sin embargo puede ser de forma diaria en la medida que haya disponibilidad de dinero, además este consumo se asocia a problemas laborales y familiares.

Examen mental

Paciente con porte desorganizado, alerta, desorientado en espacio y tiempo, orientado en persona, actitud de cooperación, con fallas en memoria de trabajo, disprosexico, pensamiento desorganizado con pérdida de las asociaciones, discurso disgregado con parafasias, anomias, no verbaliza delirios explícitos, afecto mal modulado de fondo ansioso, sin actitud alucinatoria en el momento, tendencia a la inquietud motora, inteligencia difícil de evaluar, lenguaje altisonante, introspección y prospección nulas, juicio comprometido.

Análisis:

Paciente de 53 años conocido por nuestro servicio con diagnóstico de trastorno mental y comportamental secundario a secuelas de trauma craneoencefálico severo con persistencia de la sintomatología comportamental y episodios de agitación psicomotora además se reinterroga familiar quien refiere consumo de SPA por lo cual se considera trastorno por consumo de alcohol con patrón de abuso, se considera que puede cursar además con síntomas de abstinencia por lo cual se sugiere aumentar dosis de quetiapina e iniciar clonazepam, debe continuar manejo en unidad de salud mental por lo cual

RESUMEN DE HISTORIA

se debe
remitir, se explica al familiar.

Plan:

-Remitir a unidad de salud mental

- Aumento de quetiapina tab x 50 mg 1-1-2

- Clonazepam 0.5 mg tab, 1/2-0-1

-Medidas no farmacologicas antidelirium

Solicitado por : LIZETH NATALIA MELGAREJO MORENO
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1015435808

Realizado por : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 80244483

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 23/11/2018 **HORA:** 12:17:

Evolución psiquiatría

Jesús Ortiz

Paciente de 53 años con diagnósticos:

1.Politraumatismo

1.1. Trauma craneoencefálico severo

1.1.1 Contusión frontal bilateral

1.1.1.1 Trastorno mental y del comportamiento secundario a TCE

1.1.2 Hematoma subdural fronto parietal izquierdo

2. Postoperatorio de reducción abierta y fijación interna de fractura de radio distal intraarticular derecho

20/11/2018

Subjetivo:

Familiar y personal de enfermería refieren que continua con alteraciones mentales y del comportamiento secundarias, con episodios de agitacion psicomotora, desorientacion, pensamiento desorganizado, inquietud motora, por lo cual ha requerido manejo con haloperidol y lorazepam vía oral.

Se reinterroga familiar quien refiere consumo de alcohol y cocaína de forma irregular, sin embargo puede ser

RESUMEN DE HISTORIA

de forma

diaria en la medida que haya disponibilidad de dinero, además este consumo se asocia a problemas laborales y familiares.

Examen mental

Paciente con porte desorganizado, alerta, desorientado en espacio y tiempo, orientado en persona, actitud de cooperación, con fallas en memoria de trabajo, disprosexico, pensamiento desorganizado con pérdida de las asociaciones,

discurso disgregado con parafasias, anomias, no verbaliza delirios explícitos, afecto mal modulado de fondo ansioso, sin

actitud alucinatoria en el momento, tendencia a la inquietud motora, inteligencia difícil de evaluar, lenguaje altisonante, introspección y prospectiva nulas, juicio comprometido.

Análisis:

Paciente de 53 años conocido por nuestro servicio con diagnóstico de trastorno mental y comportamental secundario a

secuelas de trauma craneoencefálico severo con persistencia de la sintomatología comportamental y episodios de agitación

psicomotora además se reinterroga familiar quien refiere consumo de SPA por lo cual se considera trastorno por consumo

de alcohol con patrón de abuso, se considera que puede cursar además con síntomas de abstinencia por lo cual se sugiere

aumentar dosis de quetiapina e iniciar clonazepam, debe continuar manejo en unidad de salud mental por lo cual se debe

remitir, se explica al familiar.

Plan:

-Remitir a unidad de salud mental

- Aumento de quetiapina tab x 50 mg 1-1-2

- Clonazepam 0.5 mg tab, 1/2-0-1

-Medidas no farmacológicas antidelirium

Solicitado por : LIZETH NATALIA MELGAREJO MORENO

RM: 1015435808

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Realizado por : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA

RM: 80244483

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 23/11/2018 **HORA:** 12:18:

Evolución psiquiatría

Jesús Ortiz

Paciente de 53 años con diagnósticos:

RESUMEN DE HISTORIA

1. Politraumatismo

1.1. Trauma craneoencefálico severo

1.1.1 Contusión frontal bilateral

1.1.1.1 Trastorno mental y del comportamiento secundario a TCE

1.1.2 Hematoma subdural fronto parietal izquierdo

2. Postoperatorio de reducción abierta y fijación interna de fractura de radio distal intraarticular derecho

20/11/2018

Subjetivo:

Familiar y personal de enfermería refieren que continua con alteraciones mentales y del comportamiento secundarias, con episodios de agitación psicomotora, desorientación, pensamiento desorganizado, inquietud motora, por lo cual ha requerido manejo con haloperidol y lorazepam vía oral.

Se reinterroga familiar quien refiere consumo de alcohol y cocaína de forma irregular, sin embargo puede ser de forma diaria en la medida que haya disponibilidad de dinero, además este consumo se asocia a problemas laborales y familiares.

Examen mental

Paciente con porte desorganizado, alerta, desorientado en espacio y tiempo, orientado en persona, actitud de cooperación, con fallas en memoria de trabajo, disprosexico, pensamiento desorganizado con pérdida de las asociaciones, discurso disgregado con parafasias, anomias, no verbaliza delirios explícitos, afecto mal modulado de fondo ansioso, sin actitud alucinatoria en el momento, tendencia a la inquietud motora, inteligencia difícil de evaluar, lenguaje altisonante, introspección y prospección nulas, juicio comprometido.

Análisis:

Paciente de 53 años conocido por nuestro servicio con diagnóstico de trastorno mental y comportamental secundario a secuelas de trauma craneoencefálico severo con persistencia de la sintomatología comportamental y episodios de agitación psicomotora además se reinterroga familiar quien refiere consumo de SPA por lo cual se considera trastorno por consumo de alcohol con patrón de abuso, se considera que puede cursar además con síntomas de abstinencia por lo cual se sugiere aumentar dosis de quetiapina e iniciar clonazepam, debe continuar manejo en unidad de salud mental por lo cual se debe remitir, se explica al familiar.

RESUMEN DE HISTORIA

Plan:

-Remitir a unidad de salud mental

- Aumento de quetiapina tab x 50 mg 1-1-2

- Clonazepam 0.5 mg tab, 1/2-0-1

-Medidas no farmacologicas antidelirium

Solicitado por : LIZETH NATALIA MELGAREJO MORENO

RM: 1015435808

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Realizado por : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA

RM: 80244483

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 23/11/2018 HORA: 19:43:

folio 188

Solicitado por : LIZETH NATALIA MELGAREJO MORENO

RM: 1015435808

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Realizado por : LUIS CARLOS PARDO RODRIGUEZ

RM: 79515837

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

NOTA MEDICA

FECHA: 23/11/2018 HORA: 19:45:14

NOTA ORTOPEDIA.

Reinterconsultan paciente por retiro de ferula de muñeca derecha, se evalua se evidencia edema de tejidos blandos , herida quirurgica sin sangrado ni deshicencia, no deficit neurovascular distal.

En sala de procedimientos de ortopedia se realiza inmovilizacion con yeso cerrado, se realiza sin complicaciones, no deficit neurovascular distal.

SS radiografia de control.

Se dan indicaciones a familiares, recomendaciones y signos de alarma.

MEDICO : LUIS CARLOS PARDO RODRIGUEZ

RM: 79515837

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

NOTA MEDICA

FECHA: 23/11/2018 HORA: 20:08:13

RESPUESTA A INTERCONSULTA DE NEUROCIRUGIA**

NOTA RETROSPECTIVA PACIENTE VALORADO 12+30PM

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS CONOCIDO POR NUETSRO SERVICIO POR DIAGNOSTICOS DE:

1. TCE: GCAS 14- ROTTERDAM 2 - DIA 13 DE EVOLUCION

1.1 CONTUSIONES BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN RESOLUCION

RESUMEN DE HISTORIA

2. CELULITIS DE MUÑECA DERECHA
3. FRACTURA EN ANTEBRAZO
POP

S/PACIENTE QUE HABIA SIDO DADO DE ALTA POR NEUROCIRUGIA EL 18/11/2018 POR NO REQUERIR MANEJO QUIRURGICO, EXPLICANDOLE A FAMILIARES QUE ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO SON SECUNDARIAS A CONTUSIONES BIFRONTALES Y QUE PUEDEN SER PERSISTENTES POR LO CUAL REQUERIRIA MANEJO MEDICO SEGUN PSIQUIATRIA, SIN EMBARGO CONTINUO EN HOSPITALIZACION POR CELULITIS EN MUÑECA Y FRACTURA DE ANTEBRAZO. VALORADO POR PSIQUIATRIA QUIENES INDICAN MANEJO CON KETIAPINA Y HALOPERIDOL, PERO PACIENTE CONTINUA CON CAMBIOS COMPORTAMENTALES, AGRESIVIDAD E INTENTA ESCAPARSE DEL HOSPITAL, POR LO CUAL SOLICITAN REEVALUACIÓN.
EN EL MOMENTO PACIENTE ALERTABLE, TRANQUILO PERO POCO COLABORADOR. SIN CEFALEA, SIN EMESIS.

O/ TA: 115/70, FC: 68, FR: 17, T: 37, SO2 97%, GLASGOW 13 ALERTABLE AL LLAMADO, DESORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO, POCO COLABORADOR, EQUIMOSIS PERIORBITARIA BILATERAL EMN RESOLUCIÓN, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, MOVIMIENTOS OCULARES, SIMETRIA Y SENSIBILIDAD FACIAL CONSERVADOS, PARES BAJOS SIN ALTERACION, MOVILIZA 4 EXTREMIDADES FM 5/5 NO DEFICIT SENSITIVO, NO SIGNOS MENINGEOS, NO FISTULA DE LCR.

TAC CEREBRAL SIMPLE 16/11/2018: NO FRACTURAS, OCUPACION DE CELDILLAS MASTOIDEAS IZQUIERDAS, HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO 6 MM DE MAXIMO GROSOR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMATICA EN RESOLUCION. CONTUSIONES HEMORRAGICAS BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN PROCESO DE RESOLUCION CON MINIMO EDEMA PERILESIONAL, DESVIACION DE LINEA MEDIA 2 MM A LA DERECHA, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

A/ PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE, SIN SINTOMAS NI SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEAL, SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, PERO PERSISTE CON CAMBIOS CONDUCTUALES HETEROAGRESIVIDAD A PESAR DE MANEJO MEDICO POR LO CUAL SERVICIO DE PSIQUIATRIA SUGIERE REMISION A UNIDAD DE SALUD DE MENTAL QUE YA SE ENCUENTRA EN TRÁMITE. SE CONSIDERA QUE ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO SON SECUELA DE CONTUSIONES BIFRONTALES Y QUE PUEDEN IR MEJORANDO CON LOS MESES O PERSISTIR. NO REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO ADICIONAL POR NEUROCIRUGIA, PERO SEGUIRA SIENDO VALORADO POR NUESTRO SERVICIO HASTA QUE SEA ACEPTADO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL O SERVICIO DE PSIQUIATRIA AUTORICE ALTA HOSPITALARIA SEGUN EVOLUCIÓN.
SIN FAMILIAR PARA DAR EXPLICACIÓN EN EL MOMENTO.

PLAN/ - VIGILANCIA

- MANEJO MEDICO SEGUN PSIQUIATRIA
- REEVALUACION POR ORTOPEDIA

MEDICO : NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS
ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

RM: 8011695

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 23/11/2018 **HORA:** 20:17:

RESPUESTA A INTERCONSULTA DE NEUROCIRUGIA**
NOTA RETROSPECTIVA PACIENTE VALORADO 12+30PM

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS CONOCIDO POR NUESTRO SERVICIO POR DIAGNOSTICOS DE:

1. TCE: GCAS 14- ROTTERDAM 2 - DIA 13 DE EVOLUCION
- 1.1 CONTUSIONES BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN RESOLUCION
2. CELULITIS DE MUÑECA DERECHA
3. FRACTURA EN ANTEBRAZO

RESUMEN DE HISTORIA

POP

S/PACIENTE QUE HABIA SIDO DADO DE ALTA POR NEUROCIRUGIA EL 18/11/2018 POR NO REQUERIR MANEJO QUIRURGICO, EXPLICANDOLE A FAMILIARES QUE ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO SON SECUNDARIAS A CONTUSIONES BIFRONTALES Y QUE PUEDEN SER PERSISTENTES POR LO CUAL REQUERIRIA MANEJO MEDICO SEGUN PSIQUIATRIA, SIN EMBARGO CONTINUO EN HOSPITALIZACION POR CELULITIS EN MUÑECA Y RACTURA DE ANTEBRAZO. VALORADO POR PSIQUIATRIA QUIENES INDICAN MANEJO CON KETIAPINA Y HALOPERIDOL, PERO PACIENTE CONTINUA CON CAMBIOS COMPORTAMENTALES, AGRESIVIDAD E INTENTA ESCAPARSE DEL HOSPITAL, POR LO CUAL SOLICITAN REVALORACIÓN.

EN EL MOMENTO PACIENTE ALERTABLE, TRANQUILO PERO POCO COLABORADOR. SIN CEFALEA, SIN EMESIS.

O/ TA: 115/70, FC: 68, FR: 17, T: 37, SO2 97%, GLASGOW 13 ALERTABLE AL LLAMADO, DESORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO, POCO COLABORADOR, EQUIMOSIS PERIORBITARIA BILATERAL EMN RESOLUCIÓN, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, MOVIMIENTOS OCULARES, SIMETRIA Y SENSIBILIDAD FACIAL CONSERVADOS, PARES BAJOS SIN ALTERACION, MOVILIZA 4 EXTREMIDADES FM 5/5 NO DEFICIT SENSITIVO, NO SIGNOS MENINGEOS, NO FISTULA DE LCR.

TAC CEREBRAL SIMPLE 16/11/2018: NO FRACTURAS, OCUPACION DE CELDILLAS MASTOIDEAS IZQUIERDAS, HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO 6 MM DE MAXIMO GROSOR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMATICA EN RESOLUCION. CONTUSIONES HEMORRAGICAS BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN PROCESO DE RESOLUCION CON MINIMO EDEMA PERILESIONAL, DESVIACION DE LINEA MEDIA 2 MM A LA DERECHA, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

A/ PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE, SIN SINTOMAS NI SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEAL, SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, PERO PERSISTE CON CAMBIOS CONDUCTUALES HETEROAGRESIVIDAD A PESAR DE MANEJO MEDICO POR LO CUAL SERVICIO DE PSIQUIATRIA SUGIERE REMISION A UNIDAD DE SALUD DE MENTAL QUE YA SE ENCUENTRA EN TRÁMITE. SE CONSIDERA QUE ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO SON SECUELA DE CONTUSIONES BIFRONTALES Y QUE PUEDEN IR MEJORANDO CON LOS MESES O PERSISTIR. NO REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO ADICIONAL POR NEUROCIRUGIA, PERO SEGUIRA SIENDO VALORADO POR NUESTRO SERVICIO HASTA QUE SEA ACEPTADO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL O SERVICIO DE PSIQUIATRIA AUTORICE ALTA HOSPITALARIA SEGUN EVOLUCIÓN.

SIN FAMILIAR PARA DAR EXPLICACIÓN EN EL MOMENTO.

PLAN/ - VIGILANCIA

- MANEJO MEDICO SEGUN PSIQUIATRIA
- REVALORACION POR ORTOPEDIA.

Solicitado por : NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS
ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

RM: 8011695

Realizado por : NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS
ESPECIALIDAD: CIRUGIA DE COLUMNA

RM: 8011695

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 24/11/2018 **HORA:** 12:18:

paciente con pop de fx de radio. control con cx de mano ortopedia ambulatoria.

Solicitado por : NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS
ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

RM: 8011695

Realizado por : RAUL ESTEBAN SASTRE CIFUENTES
ESPECIALIDAD: CIRUGIA PLASTICA

RM: 8269

NOTA MEDICA

RESUMEN DE HISTORIA

FECHA: 24/11/2018 HORA: 16:36:49

EVOLUCIÓN NEUROCIRUGIA

NOTA RETROSPECTIVA PACIENTE VALORADO 11+30AM

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:

1. TCE: GCAS 14- ROTTERDAM 2 - DIA 14 DE EVOLUCION
1.1 CONTUSIONES BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN RESOLUCION

2. CELULITIS DE MUÑECA DERECHA

3. FRACTURA EN ANTEBRAZO: POP

S/PACIENTE EN COMPAÑIA DE ESPOSA QUIE REFIERE QUE AYER CONSILIO EL SUEÑO Y NO PRESENTADO EPISODIOS DE AGITACION NI AGRESIVIDAD EN LAS ULTIMAS 24 HORAS. NIEGA CEFALEA, TOLERA VIA ORAL SIN EMESIS.

O/ TA: 115/70, FC: 68, FR: 17, T: 37, SO2 97%, GLASGOW 13 ALERTA, DESORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO, ANIMO EUFORICO, COLABORA, EQUIMOSIS PERIORBITARIA IZQUIERDA EN RESOLUCIÓN, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, MOVIMIENTOS OCULARES, SIMETRIA Y SENSIBILIDAD FACIAL CONSERVADOS, PARES BAJOS SIN ALTERACION, MOVILIZA 4 EXTREMIDADES FM 5/5 NO DEFICIT SENSITIVO, NO SIGNOS MENINGEOS, NO FISTULA DE LCR.

TAC CEREBRAL SIMPLE 16/11/2018: NO FRACTURAS, OCUPACION DE CELDILLAS MASTOIDEAS IZQUIERDAS, HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR

FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO 6 MM DE MAXIMO GROSOR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMATICA EN RESOLUCION. CONTUSIONE HEMORRAGICAS BIFRONTALES Y BITEMPORALES EN PROCESO DE RESOLUCION CON MINIMO EDEMA PERILESIONAL, DESVIACION DE LINEA

MEDIA 2 MM A LA DERECHA, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

A/ PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE, SIN SINTOMAS NI SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEAL, SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, PERO PERSISTE CON CAMBIOS CONDUCTUALES Y HETEROAGRESIVIDAD QUE HA CEDIDO EN LAS ULTIMAS 24 HORAS CON MANEJO MÉDICO INSTAURADO POR PSIQUIATRIA AYER. SE CONSIDERA QUE ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO SON SECUELA DE CONTUSIONES BIFRONTALES Y QUE PUEDEN IR MEJORANDO CON LOS MESES O PERSISTIR. NO REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO ADICIONAL POR NEUROCIRUGIA, PERO SEGUIRA SIENDO VALORADO POR NUESTRO SERVICIO HASTA QUE SEA ACEPTADO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL O SERVICIO DE PSIQUIATRIA AUTORICE ALTA HOSPITALARIA SEGUN EVOLUCIÓN. SE EXPLICA A LA ESPOSA

MEDICO : NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS

RM: 8011695

ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

CIERRE DE EPICRISIS - EGRESO DE PACIENTE

FECHA: / / HORA: : :

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

Dx salida 1	S525	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO
Dx salida 2	F063	TRASTORNOS DEL HUMOR [AFECTIVOS] ORGANICOS
Dx salida 3	S069	TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

RESUMEN DE HISTORIA

CONDICION DE SALIDA:

DIAS DE INCAPACIDAD: 30
