

RESUMEN DE HISTORIA

NOMBRE: JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ **TIPO DE DOC:** CC **Nº DOC:** 9857902
EDAD: 43 AÑOS **SEXO:** M **FECHA DE NACIMIENTO:** 08/04/1975

FECHA DE INGRESO: 02/11/2018 06:05:4 **FECHA DE EGRESO:** / / 00:00:00
SERVICIO INGRESO: HOSPITALIZACION **SERVICIO EGRESO:** HOSPITALIZACION
PABELLON EVOLUCIÓN: 2 UCI

INGRESO DEL PACIENTE

FECHA: 02/11/2018 **HORA:** 06:05: **SERVICIO:** HOSPITALIZACION **CAUSA EXTERNA:** OTRO TIPO DE ACCIDENTE

MOTIVO DE CONSULTA

PACIENTE REMITIDO DE MEISSEN

ENFERMEDAD ACTUAL

hace 8 horas presentó caída por las escaleras en estado de embriaguez con posterior pérdida de conciencia, además al ingreso a urgencias del hospital de Meissen se documentó otorragia izquierda, Glasgow 6/15 por lo que proceden a realizar intubación para protección de vía aérea, realizan TAC de cráneo cuyo reporte es hematoma subdural derecho extenso con hemorragia subaracnoidea hemisférica ipsilateral edema cerebral marcado de hemisferio derecho y desplazamiento de la línea media con colapso del ventrículo lateral derecho además de fractura del seno esfenoidal con hemorragia intraventricular y remiten.

REVISIÓN POR SISTEMAS

CABEZA Y ORAL: otorragia izq. CUELLO: normal

EXAMEN FÍSICO

FC. 93 FR. 20 TA. 135 / 96 T. 36 SAO2. 100 AMBIENTE GLASGOW: 8
CABEZA Y ORAL: otorragia derecha. CARDÍACO: RSCS RS SIN SOPLOS. PULMONAR: RSCS CONSERVADOS NO AGREGADOS EN EL MOMENTO. ABDOMEN: BLANDO SIN DOLOR APARENTE A PALPACIÓN NI DEFENSA. GENITOURINARIO: SONDAA VESICAL DRENADO ORINA CLARA. CUELLO: SIN INGURGITACIÓN YUGULAR. EXTREMIDADES INFERIORES: BUENA PERFUSIÓN DISTAL

DIAGNÓSTICOS

Principal S065 HEMORRAGIA SUBDURAL TRAUMÁTICA

MEDICO : MARIA TERESA OSPINA CABRERA

RM: 52104493

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRÍTICO

NOTA MÉDICA

FECHA: 02/11/2018 **HORA:** 06:26:21

PACIENTE DE 43 AÑOS QUE SUFRE TCE EN CAÍDA POR ESCALERAS EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ CON PERDIDA DE CONCIENCIA Y OTORRAGIA DERECHA SE REALIZÓ PROTECCIÓN DE VÍA AEREA EN MEISSEN A DONDE ACUDIO CON GLASGOW INICIAL DE 6, TOMOGRAFÍA COANFIRMA HEMATOMA SUBDURAL DERECHO CON HSA Y EDEMA CEREBRAL QUE DESVIA LÍNEA MEDIA, NO TRAE IMÁGENES POR LO QUE SE TAC PARA VALORACIÓN POR NEUROCIRUGÍA Y DEFINIR MANEJO QX SE MANTIENE SEDACIÓN

MEDICO : MARIA TERESA OSPINA CABRERA

RM: 52104493

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRÍTICO

NOTA MÉDICA

FECHA: 02/11/2018 **HORA:** 12:32:27

RESUMEN DE HISTORIA

INGRESO UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS

FI HUN-UCIN 02/11/18

JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ

43 AÑOS

CC 9857902

EPS Sanitas

Natural: Pensilvania, Caldas

Procedente: Bogotá

Escolaridad: 3ro primaria

Vive con esposa e Hijos

Ocupación: Cotero en Abasto

Acompañante: Gloria Castro (Esposa) 3125082184

MC: trauma craneoencefalico

EA: Paciente masculino de 43 años de edad, cuadro clínico que inicia el día 02/11/2018 con caída por las escalera en estado de embriaguez con pérdida del conocimiento, inicialmente llevado por Policía Nacional a Hospital de Meissen, al ingreso encuentran Glasgow 6/15, pupilas isocóricas normorreactivas, otorragia, hematoma en región parieto temporal izquierda, deciden realizar protección de vía aérea con intubación orotraqueal y toma de TAC cerebral donde evidencian hematoma subdural derecho extenso con hemorragia subaracnoidea ipsilateral, con edema cerebral asociado, desplazamiento de línea medial y colapso del ventrículo lateral derecho motivo por el cual remiten a la institución para valoración y manejo por Neurocirugía. Ingresó bajo efectos de sedación, con IOT,

Antecedentes:

Patológicos: niega

Farmacológicos: niega

Quirúrgicos: niega

Traumáticos: Accidente de tránsito atropellado por vehículo hace 6 meses con fractura clavicular izquierda manejo ortopédico

Toxicológicos: bebedor hasta la embriaguez

Alérgicos: niega

Familiares: madre CA de pulmon

PARACLINICOS

02/11/2018

BUN 6.0 Creatinina 0.72

Sodio 142 Potasio 4.73

Leucocitos 13100 Neutrófilos 11120 Hb 14.2 Hcto 40.2 VCM 84.5 HCM 29.7 RDW 13.8 Plaquetas 186.000

PT 13.2 INR 0.96

Glucometría 114 mg/dl

TAC Cráneo Simple:

Colección subdural laminar en la convexidad fronto temporoparietal derecha, con grosor irregular alcanzando un máximo de 6 mm. Contusión hemorrágica en los lóbulos frontal y temporal derecheros. Disminución el volumen del ventrículo lateral del mismo lado. Leve desviación de la línea media hacia la izquierda, de 5 mm. Senos densos y signos de hemorragia subaracnoidea difusa.

Disminución en la amplitud de las cisternas basales sin obliteración.

Aumento de los tejidos blandos en la región parieto occipital izquierda con trazo de fractura lineal

RESUMEN DE HISTORIA

comprometiendo el parietal y la escama del temporal. Dos trazos de fractura de la apófisis mastoides izquierda, pared anterior del CAE y densidad de tejidos blandos ocupando el oído medio y CAE y celdillas mastoideas.

Ocupación de las celdillas etmoidales, antros maxilares y senos esfenoidales, este último hiperdenso relacionado con el trauma.

Órbitas y silla turca aspecto usual.

Conclusión

hematoma subdural laminar en la convexidad frontotemporoparietal derecha asociado con contusión hemorrágica los lóbulos frontal y temporal del mismo lado, con efecto de masa sobre la línea media de 5 mm hacia la izquierda.

Hemorragia subaracnoidea postraumática.

Fracturas en la mastoides con contenido de tejidos blandos en el oído medio, CAE y celdillas mastoideas izquierdas.

Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdos.

Trauma tejidos blandos parietooccipital izquierda.

Paraclínicos extrainstitucionales:

02/11/18 Tac cráneo simple:

hematoma subdural derecho extenso con hemorragia subaracnoidea hemisférica ipsilateral, edema cerebral marcado en hemisferio derecho y desplazamiento de la línea media con colapso de ventrículo lateral derecho, fractura de seno esfenoidal con hemoseno y hematoma subgaleal occipital izquierdo. (reporte no oficial en Historia clínica)

Examen físico:

Paciente en mal estado general, bajo sedación, acoplado a ventilador

Signos vitales: Fc 70 lpm, PA: 134/80 Sat: 92% FiO2 0.40, Fr: 16rpm.

Soporte Ventilatorio: VC-AC FiO2 40% VT 480 Ti 0.9 FR 14 PEEP 8 PIP 36 Pplat 18

Cabeza: otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS - 5, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporeactivas, Babinski negativo

Análisis:

Paciente masculino de 43 años de edad, quien sufre caída por escaleras en estado de embriaguez con Trauma Craneoencefálico Severo inicialmente manejado en Hospital de Meissen donde realizan intubación orotraqueal y remiten a la institución, al ingreso bajo sedación, con IOT acoplado a ventilador, no movimiento anormales, isocoria hiporreactiva, hematoma parieto occipital izquierdo y otorragia izquierda, estable hemodinámicamente, con TAC cerebral intrahospitalario que muestra hematoma subdural laminar derecho, contusiones frontal y temporal con edema cerebral asociado que condiciona compresión de ventrículo lateral derecho y desviación leve de línea media, hemorragia subaracnoidea difusa con fractura parietooccipital izquierdo y fractura mastoideo izquierdo. Se inicia medidas anti edema, continúa soporte ventilatorio, sedación para RASS - 4 - 5 con remifentanilo + propofol con el fin de realizar valoraciones neurológicas intermitentes según requerimiento, protección gástrica, y se completa imágenes diagnósticas para descartar fracturas vertebrales por severidad del trauma.

Se solicita valoración por neurocirugía para definir manejo y determinar necesidad monitorización de PIC.

RESUMEN DE HISTORIA

Manejo en unidad de cuidados intensivos por requerimiento de soporte ventilatorio y seguimiento hemodinámico.
Pronóstico reservado.

Idx:

1 Trauma Craneoencefálico Severo

1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecho + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral

1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.

1.3 Fracturas en la mastoides

1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.

2. Antecedente de Consumo de Alcohol

Plan:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)

Cabecera 30 grados

Ventilación Mecánica Invasiva

Nutrición enteral

L ringer a 60cc hora

Remifentanil 0.1 mcg/kg/min titulado para RASS -4 - 5

Propofol 4 mg/kg/h titulado para RASS -4 - 5

Noradrenalina 0.05mcg/kg/min titulado para PAM > 90

Solución Hipertónica 3% 250 ml cada 8 horas

Suspender fentanyl + midazolam

Omeprazol 20 mg IV cada día

Medias de Compresión

SS/ Valoración por neurocirugía

SS/ TAC de cuello, Rx de tórax portátil, Rx de columna cervical

Control glucométrico cada 6 horas

Control de líquidos administrados y eliminados.

MEDICO : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ

RM: 79267639

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 02/11/2018 HORA: 13:06:

RESPUESTA A INTERCONSULTA NEUROCIRUGIA

PACIENTE QUIEN HACE 16 HORAS SUFRE CAIDA POR ESCALERAS RECIBIENDO TRAUMA CRANEAL CON PERDIDA DE LA CONSCIENCIA, INGRESA A SITIO DE REMISION DONDE REALIZAN IOT Y VENTILACION MECANICA POR GLASGOW MENOR A 8. ACTUALMENTE BAJO SEDACION PROFUNDA CON MIDAZOLAM Y FENTANYL. ACOMPAÑANTE NIEGA ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. EF: TA: 100/78, FC: 74, FR: 17, T: 37, S02: 97%, IOT, VENTILACION MECANICA, SEDACION RASS-5, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, CORNEAL, CARINAL, OCULOCEFALOGIROS PRESENTES, NO RESPUESTA AL ESTIMULO EN 4 EXTREMIDADES, ESTIGMAS DE OTORRAGIA IZQUIERDA.

TAC CEREBRAL SIMPLE 02/11/2018 7+42 am: Aumento de los tejidos blandos en la región parietooccipital izquierda con trazo de fractura lineal comprometiendo el parietal y la escama del temporal. Dos trazos de fractura de la apófisis mastoides izquierda, pared anterior del CAE y densidad de tejidos blandos ocupando el oído medio y CAE y celdillas mastoideas. hematoma subdural laminar de 7 mm de maximo grosor en la convexidad frontotemporoparietal derecha asociado con contusión hemorrágica los lóbulos frontal y temporal del mismo lado, con efecto de masa sobre la línea media de 4 mm hacia la izquierda. cisternas de la base abiertas, no

RESUMEN DE HISTORIA

ventriculomegalia, no migracion transependimaria

A/ PACIENTE CON TCE SEVERO Y LESIONES HEMORRAGICAS INTRACRANEALES DESCRITAS, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEAL, SIN EMBARGO POR SEDACION PROFUNDA NO ES POSIBLE VALORAR DE FORMA OBJETIVA ESTADO NEUROLOGICO, SE SUGIERE SUSPENDER SEDACION PARA MEJOR VALORACION DEL ESTADO NEUROLOGICO Y SEGUIMIENTO DEL MISMO. EN EL MOMENTO NO REQUIERE MANEJO QUIRURGICO POR NEUROCIRUGIA, SE ESTARA ATENTOS A CAMBIOS. SEGUIMIENTO POR NUESTRO SERVICIO, SE EXPLICA CLARA Y AMPLIAMENTE A LA ESPOSA DEL PACIENTE.

PLAN

CABECERA A 30 GRADOS

SUSPENDER SEDACION

LEV, ANALGESIA

FENITOINA 125 MG IV C/8H

PROTECCION GASTRICA

HOJA NEUROLOGICA

CSV/AC

TAC CEREBRAL SIMPLE CONTROL SI PRESENTA DETERIORO NEUROLOGICO.

Solicitado por : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ

RM: 79267639

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

Realizado por : JUAN CARLOS PEREZ RODRIGUEZ

RM: 1121829063

ESPECIALIDAD: CIRUGIA DE COLUMNA

NOTA MEDICA

FECHA: 02/11/2018 HORA: 13:18:01

RESPUESTA A INTERCONSULTA NEUROCIRUGIA

PACIENTE QUIEN HACE 16 HORAS SUFRE CAIDA POR ESCALERAS RECIBIENDO TRAUMA CRANEAL CON PERDIDA DE LA CONSCIENCIA, INGRESA A SITIO DE REMISION DONDE REALIZAN IOT Y VENTILACION MECANICA POR GLASGOW MENOR A 8. ACTUALMENTE BAJO SEDACION PROFUNDA CON MIDAZOLAM Y FENTANYL. ACOMPAÑANTE NIEGA ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. EF: TA: 100/78, FC: 74, FR: 17, T: 37, S02: 97%, IOT, VENTILACION MECANICA, SEDACION RASS-5, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, CORNEAL, CARINAL, OCULOCEFALOGIROS PRESENTES, NO RESPUESTA AL ESTIMULO EN 4 EXTREMIDADES, ESTIGMAS DE OTORRAGIA IZQUIERDA.

TAC CEREBRAL SIMPLE 02/11/2018 7+42 am: Aumento de los tejidos blandos en la región parietooccipital izquierda con trazo de fractura lineal comprometiendo el parietal y la escama del temporal. Dos trazos de fractura de la apófisis mastoides izquierda, pared anterior del CAE y densidad de tejidos blandos ocupando el oído medio y CAE y celdillas mastoideas. hematoma subdural laminar de 7 mm de maximo grosor en la convexidad frontotemporoparietal derecha asociado con contusión hemorrágica los lóbulos frontal y temporal del mismo lado, con efecto de masa sobre la línea media de 4 mm hacia la izquierda. cisternas de la base abiertas, no ventriculomegalia, no migracion transependimaria

A/ PACIENTE CON TCE SEVERO Y LESIONES HEMORRAGICAS INTRACRANEALES DESCRITAS, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEAL, SIN EMBARGO POR SEDACION PROFUNDA NO ES POSIBLE VALORAR DE FORMA OBJETIVA ESTADO NEUROLOGICO, SE SUGIERE SUSPENDER SEDACION PARA MEJOR VALORACION DEL ESTADO NEUROLOGICO Y SEGUIMIENTO DEL MISMO. EN EL MOMENTO NO REQUIERE MANEJO QUIRURGICO POR NEUROCIRUGIA, SE ESTARA ATENTOS A CAMBIOS. SEGUIMIENTO POR NUESTRO SERVICIO, SE EXPLICA CLARA Y AMPLIAMENTE A LA ESPOSA DEL PACIENTE.

PLAN

CABECERA A 30 GRADOS

SUSPENDER SEDACION

LEV, ANALGESIA

FENITOINA 125 MG IV C/8H

PROTECCION GASTRICA

HOJA NEUROLOGICA

CSV/AC

RESUMEN DE HISTORIA

TAC CEREBRAL SIMPLE CONTROL SI PRESENTA DETERIORO NEUROLOGICO.

MEDICO : JUAN CARLOS PEREZ RODRIGUEZ

RM: 1121829063

ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 02/11/2018 HORA: 16:49:59

Paciente de 43 años de edad con diagnósticos de:

1 Trauma Craneoencefálico Severo

1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecho + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral

1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.

1.3 Fracturas en la mastoides

1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.

2. Antecedente de Consumo de Alcohol

Paciente con diagnósticos médicos anotados quien inicia Soporte nutricional enteral para suministro de calorías y nutrientes. Glucometria NR

Soporte nutricional enteral por sonda entérica con fórmula polimérica alta densidad calórica, alto aporte de proteína (Fresubin HP) por 500 ML, con los siguientes aportes:

Volumen Total: 540 ml/18 horas

Velocidad de Infusión: 30 cc/h.

Valor Calórico Total: 810 kcal

Kcal/kg: 15 kcal/kg.

Proteína 0.7 g/kg - 40.5 g/d - 20%

Grasa: 0.6 g/kg - 31.3 g/d - 35%

Carbohidratos: 1.7 g/kg - 91.8 g/d - 45%

Sodio: 648 mg/día

Potasio: 1263.6 mg/día

Fosforo: 340.2 mg/día

Según tolerancia se realizarán ajustes al manejo nutricional.

Se solicitan laboratorio de rutina (albúmina y proteínas totales)

MEDICO : NICOLAS PEDREROS HERNANDEZ

RM: 1030649932

ESPECIALIDAD: NUTRICION

NOTA MEDICA

FECHA: 02/11/2018 HORA: 18:52:19

EVOLUCIÓN UCI 20, TURNO TARDE, 02/11/2018

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. TCE severo, (estado de embriaguez).

1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral

1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.

1.3 Fractura mastoidea izquierda

RESUMEN DE HISTORIA

1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.

2. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.

Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.

PICC brazo derecho institucional: 02/11/18.

Sonda vesical extrahospitalario: 02/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI: modo A/C, VC 530, FiO2 35%, PEEP 8, PIP 25, PMVA 11, flujo 60, PD 44, RVA 11.

Sedoanalgesia: Remifentanil 0.1mcg/Kg/min + Propofol 2mg/Kg/hora.

Hemodinámico: Noradrenalina 0.08mcg/Kg/min.

Fluidoterapia: Lactato de Ringer 60 cc/h + SS hipertónica al 3%, 250 cc c/8horas.

CONTROL DE LÍQUIDOS: 02/11/18 6 horas LA 925cc, LE 350 cc, balance positivo (+575 cc), gasto urinario 0,8 cc/Kg/h.

S: Paciente en compañía de su esposa (Gloria Castro), con sedoanalgesia, no signos de dolor ni discomfort.

Diuresis por sonda.

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica ni signos de discomfort, acoplado a ventilación mecánica, con signos vitales de: TA 119/80, TAM 83, FC 83, FR 14, SatO2 96% con VMI, T 36.4°.

Cabeza: otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS - 4, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporeactivas,

Babinski negativo

PARACLÍNICOS:

02/11/18 - 17+20 hrs: GASES ARTERIALES, pH 7.37, pCO2 40.2, pO2 79.2, HCO3 22.9, BE -2.4, SatO2 95.1, PAFI 226.4, FiO2 35%. Lact muestra insuficiente.

ANÁLISIS:

Paciente masculino de 43 años con cuadro de TCE severo por caída desde escaleras dado estado de embriaguez, se encuentra con sedoanalgesia (remifentanilo + propofol), acoplado a soporte ventilatorio mecánico y monitorización hemodinámica invasiva, al momento estable, sin aparente deterioro neurológico con pronóstico a este nivel reservado, sin signos de bajo gasto ni de hipoperfusión. Se continúa manejo con solución salina hipertónica dado edema cerebral, se ajusta sedoanalgesia para mantener RASS -5 por lo menos durante 48 horas, con titulación de vasopresor para mantener adecuada presión arterial media estableciendo indirectamente adecuada presión de perfusión cerebral. En gases arteriales se evidencia hipercapnia por lo que se ajustan parámetros ventilatorios. Valorado por neurocirugía quienes consideran paciente por el momento sin criterios quirúrgicos, sin signos de hipertensión endocraneana, continuarán seguimiento clínico. Se solicitan gases

RESUMEN DE HISTORIA

arteriales ahora con control electrolítico cada turno. Pendiente valoración por nutrición y TAC cervical. De acuerdo a evolución y resultados se definirán conductas adicionales. Se habla con la esposa acerca de la situación clínica actual del paciente, el plan a seguir, se resuelven dudas, dice entender y aceptar.

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)
Cabecera 30 grados
Ventilación Mecánica Invasiva.
Omeprazol 40 mg IV cada día
Acetaminofén 1 g VO, c/8horas ***NUEVO***
Nutrición enteral ***PENDIENTE INICIO según concepto nutrición***
L ringer: pasar bolo de 500 cc ahora, continuar a 60 cc/kg. ***CAMBIOS***
SS hipertónica al 7% 100 cc c/8horas ***CAMBIOS***
Remifentanil 0.15 mcg/kg/min (Para RASS de -5) ***CAMBIOS***
Propofol 2 mg/kg/h (Para RASS -4 - 5)
Noradrenalina 0.05mcg/kg/min titulado para PAM 80-90
Medias de compresión
Pte: TAC de columna cervical, concepto de nutrición.
Control glucometrico cada 6 horas.
SS: Control electrolítico por turno. Gases arteriales para la noche.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.

MEDICO : JAIRO ANTONIO PEREZ CELY

RM: 79683208

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 03/11/2018 **HORA:** 01:30:06

EVOLUCIÓN UCI 20, TURNO NOCHE, 02/11/2018

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. TCE severo, (estado de embriaguez).
 - 1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 1.3 Fractura mastoidea izquierda
 - 1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
2. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.
Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.
PICC brazo derecho institucional: 02/11/18.
Sonda vesical extrahospitalario: 02/11/18
Línea arterial Radial Derecha 02/11/18

SOPORTE

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CBEJARANOAUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL

RESUMEN DE HISTORIA

Respiratorio VMI: modo A/C, VC 530, FiO2 35%, PEEP 8, PIP 25, PMVA 11, flujo 60, PD 44, RVA 11.

Sedoanalgesia: Remifentanil 0.1mcg/Kg/min + Propofol 2mg/Kg/hora.

Hemodinámico: Noradrenalina 0.08mcg/Kg/min.

Fluidoterapia: Lactato de Ringer 60 cc/h + SS hipertónica al 3%, 250 cc c/8 horas.

CONTROL DE LÍQUIDOS 12 horas

Líquidos administrados 2097 Líquidos eliminados 530 Balance +1567 GU 0.6cc/kg/h

SUBJETIVO

Paciente sin acompañante, bajo sedoanalgesia, no signos de dolor ni discomfort. Diuresis por sonda, acoplado a ventilador

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica ni signos de discomfort, acoplado a ventilación mecánica

Signos vitales: TA 117/84, TAM 90, FC 88, FR 16, SatO2 96% con VMI, T 37.8°.

Cabeza: otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS - 4, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporeactivas,

Babinski negativo

PARACLÍNICOS:

Rx de tórax 02/11/2018

Tubo endotraqueal con extremo distal proyectado a 23 mm de la carina.

Catéter venoso de trayecto subclavio izquierdo con extremo distal proyectado en vena cava superior.

Sonda enteral de trayecto esofagogástrico con extremo distal no visualizado.

Silüeta cardiomedíastínica dentro de límites normales.

Tráquea y bronquios fuente de curso y calibre normal.

Atelectasia plana subsegmentaria en región parahiliar derecha.

Recesos costofrénicos libres.

Lo visualizado de las estructuras óseas y tejidos blandos no presenta alteraciones.

Conclusión:

Atelectasia plana parahiliar derecha.

Elementos de soporte descritos.

TAC DE CUELLO

Tomografía simple de columna cervical.

Tomografía multidetector

Reconstrucción multiplanar en ventana ósea y para tejidos blandos.

Fractura de base de cráneo, que compromete las porciones escamosa, mastoidea y la base de la pirámide petrosa del hueso temporal izquierdo, con compromiso extra laberíntico, sin alteración en la morfología del canal carotídeo izquierdo. Hemorragia en las celdillas mastoideas y el oído medio izquierdos.

Fractura del tercio medial de la clavícula izquierda.

No se identifican fracturas por compresión de los cuerpos vertebrales registrados.

Se conserva la morfología y las relaciones anatómicas de las estructuras óseas de la unión cráneo espinal.

RESUMEN DE HISTORIA

No hay defectos en las apófisis espinosas ni transversas.
Los canales vertebrales tienen morfología habitual.
Se conserva la amplitud del canal central y de los forámenes en los niveles registrados.
Se conserva la morfología facetaria y las relaciones anatómicas facetarias.
Este estudio no descarta patología el cordón espinal.
Hemoseno.
Opinión:
Fractura del hueso temporal izquierdo, según se describe.
Fractura del tercio medial de la clavícula izquierda.
No hay alteración en las relaciones articulares facetarias ni en la unión cráneo espinal.
No hay fracturas por compresión de los cuerpos vertebrales.
Si se sospecha de patología del cordón espinal debe realizarse resonancia magnética (si no hay contraindicación clínica).

ANÁLISIS:

Paciente masculino de 43 años quien sufrió trauma cráneo encefálico severo por caída desde escaleras hace 24 horas mientras se encontraba en estado de embriaguez con hematoma subdural laminar secundario, múltiples fracturas a nivel parieto occipital y mastoides izquierda, contusiones cerebrales y hemorragia subaracnoidea difusa, en plan de neuroprotección con sedoanalgesia (remifentanilo + propofol) y medidas antiedema, valorado por neurocirugía quien considera no signos de hipertensión endocraneana sin indicación quirúrgica ni requerimiento de neuromonitorización de PIC. En el momento con soporte ventilatorio mecánico y monitorización hemodinámica invasiva, con soporte vasoactivo para mantener PAM > 90 mmHg, sin signos de bajo gasto ni de hipoperfusión, sin deterioro neurológico aparente. TAC cervical sin evidencia de fracturas vertebrales, Por ahora continuar sedoanalgesia por 48 horas como medida de neuroprotección, seguimiento por neurocirugía. Continúa manejo en UCI (Prioridad 1)

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)
Cabecera 30 grados
Ventilación Mecánica Invasiva.
Nutrición enteral ***PENDIENTE INICIO según concepto nutrición***
L ringer: pasar bolo de 500 cc ahora, continuar a 60 cc/kg.
SS hipertónica al 7% 100 cc cada 8 horas
Remifentanil 0.1 mcg/kg/min (Para RASS de -5)
Propofol 2 mg/kg/h (Para RASS -4 - 5)
Noradrenalina 0.05mcg/kg/min titulado para PAM 80-90
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Omeprazol 40 mg IV cada día
Medias de compresión
Pendiente vx Nutrición
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.

MEDICO : OSCAR MAURICIO MORENO OJEDA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79690914

NOTA MEDICA

RESUMEN DE HISTORIA

FECHA: 03/11/2018 **HORA:** 10:13:22

EVOLUCION NEUROCIRUGIA

PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS CON DX

1. TCE SEVERO

1.1 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR DERECHO

1.2 CONTUSIONES FRONTAL Y TEMPORAL IPSILATERAL

1.3 FRACTURAS NO DEPRIMIDAS DE BASE DE CRANEO

S/ SEDACION PROFUNDA, NO FIEBRE, NO EMESIS, NO CONVULSIONES

O/ TA: 100/73, FC: 74, FR: 18, T: 37, GLASGOW: 3, SEDACION RASS -5, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, CORNEAL, CARINAL, OCULOCEFALOGIROS PRESENTES, NO RESPUESTA AL ESTIMULO DOLOROSO EN EXTREMIDADES

A/ ESTABLE, NO SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEAL, SE SUGIERE RETIRO DE SEDACION PARA MEJOR VALORACION NEUROLOGICA, SEGUIMOS ATENTOS A EVOLUCION. SE SOLICITA TAC CEREBRAL SIMPLE CONTROL.

MEDICO : JUAN CARLOS PEREZ RODRIGUEZ

RM: 1121829063

ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 03/11/2018 **HORA:** 15:21:05

EVOLUCIÓN UCI 20

TURNO MAÑANA 03/11/2018

JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ

43 AÑOS

CC 9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. TCE severo, (estado de embriaguez).

1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral

1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.

1.3 Fractura mastoidea izquierda

1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.

2. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.

Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.

PICC brazo derecho institucional: 02/11/18.

Sonda vesical extrahospitalario: 02/11/18

Línea arterial Radial Derecha 02/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI: modo A/C, VC 540, FiO2 30%, PEEP 6, FR 16

Sedoanalgesia: Remifentanil 0.146 mcg/Kg/min + Propofol 2 mg/Kg/hora.

Hemodinámico: Noradrenalina 0.07 mcg/Kg/min.

RESUMEN DE HISTORIA

Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cc/h + SS hipertónica al 7%, 100 cc c/8 horas.

SUBJETIVO

Paciente sin acompañante, bajo sedoanalgesia, RASS -5 Diuresis por sonda, acoplado a ventilador

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica ni signos de discomfort, acoplado a ventilación mecánica

Signos vitales: TA 105/57, TAM 73, FC 62, FR 16, SatO2 96% con VMI, T 36.5°.

Cabeza: otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS -5, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporeactivas, Babinski negativo

PARACLÍNICOS:

03/11/2018

Proteínas totales: 5.1, albúmina 2.9

Na 146.0, K 4.12, Cl 111.9

Gases arteriales: FIO2 30%, pH 7.45, PCO2 32.9, PO2 77.3, HCO3 22.4, BE -1.4, SatO2 96.3%, PAFI 257.7, Lac 1.92

Rx de tórax 02/11/2018

Tubo endotraqueal con extremo distal proyectado a 23 mm de la carina.

Catéter venoso de trayecto subclavio izquierdo con extremo distal proyectado en vena cava superior.

Sonda enteral de trayecto esofagogástrico con extremo distal no visualizado.

Silüeta cardiomedial dentro de límites normales.

Tráquea y bronquios fuente de curso y calibre normal.

Atelectasia plana subsegmentaria en región parahiliar derecha.

Recesos costofrénicos libres.

Lo visualizado de las estructuras óseas y tejidos blandos no presenta alteraciones.

Conclusión:

Atelectasia plana parahiliar derecha.

Elementos de soporte descritos.

TAC DE CUELLO

Tomografía simple de columna cervical.

Tomografía multidetector

Reconstrucción multiplanar en ventana ósea y para tejidos blandos.

Fractura de base de cráneo, que compromete las porciones escamosa, mastoidea y la base de la pirámide petrosa del hueso temporal izquierdo, con compromiso extra laberíntico, sin alteración en la morfología del canal carotídeo izquierdo. Hemorragia en las celdillas mastoideas y el oído medio izquierdos.

Fractura del tercio medial de la clavícula izquierda.

No se identifican fracturas por compresión de los cuerpos vertebrales registrados.

Se conserva la morfología y las relaciones anatómicas de las estructuras óseas de la unión cráneo espinal.

RESUMEN DE HISTORIA

No hay defectos en las apófisis espinosas ni transversas.
Los canales vertebrales tienen morfología habitual.
Se conserva la amplitud del canal central y de los forámenes en los niveles registrados.
Se conserva la morfología facetaria y las relaciones anatómicas facetarias.
Este estudio no descarta patología el cordón espinal.
Hemoseno.
Opinión:
Fractura del hueso temporal izquierdo, según se describe.
Fractura del tercio medial de la clavícula izquierda.
No hay alteración en las relaciones articulares facetarias ni en la unión cráneo espinal.
No hay fracturas por compresión de los cuerpos vertebrales.
Si se sospecha de patología del cordón espinal debe realizarse resonancia magnética (si no hay contraindicación clínica).

ANÁLISIS:

Paciente masculino de 43 años quien sufrió trauma cráneo encefálico severo por caída desde escaleras mientras se encontraba en estado de embriaguez con hematoma subdural laminar secundario, múltiples fracturas a nivel parieto occipital y mastoides izquierda, contusiones cerebrales y hemorragia subaracnoidea difusa, en plan de neuroprotección con sedoanalgesia (remifentanilo + propofol) y medidas antiedema, valorado por neurocirugía quien considera no signos de hipertensión endocraneana sin indicación quirúrgica ni requerimiento de neuromonitorización de PIC. En el momento con soporte ventilatorio mecánico, control de gases arteriales con mejoría con respecto al día de ayer con los ajustes de parámetros ventilatorios realizados. Continúa monitorización hemodinámica invasiva, con soporte vasoactivo para mantener PAM 80-90 mmHg, sin signos de bajo gasto ni de hipoperfusión. TAC cervical sin evidencia de fracturas vertebrales, con fractura de clavícula izquierda no consolidada, se sospecha re- fractura, se solicita concepto a ortopedia.
Por ahora continuar sedoanalgesia hasta completar 48 horas como medida de neuroprotección, seguimiento por neurocirugía, TAC de control mañana 8 am. Continúa manejo en UCI (Prioridad 1)

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)
Cabecera 30 grados
Ventilación Mecánica Invasiva.
Nutrición enteral ***PENDIENTE INICIO según concepto nutrición***
L ringer: 20 cc/h.
SS hipertónica al 7% 100 cc cada 8 horas
Remifentanil 0.1 mcg/kg/min (Para RASS de -5)
Propofol 2 mg/kg/h (Para RASS -4 - 5)
Noradrenalina 0.05mcg/kg/min titulado para PAM 80-90
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Omeprazol 40 mg IV cada día
Medias de compresión
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
SS/ TAC cráneo simple control mañana 8 am
SS/ Gases arteriales control mañana
SS/ Paraclínicos de control

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE

RM: 129597

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 03/11/2018 HORA: 18:27:32

EVOLUCIÓN UCI 20

TURNO TARDE 03/11/2018

JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ

43 AÑOS

CC 9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. TCE severo, (estado de embriaguez).

1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral

1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.

1.3 Fractura mastoidea izquierda

1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.

2. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.

Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.

PICC brazo derecho institucional: 02/11/18.

Sonda vesical extrahospitalario: 02/11/18

Línea arterial Radial Derecha 02/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI: modo A/C, VC 540, FiO2 30%, PEEP 6, FR 16

Sedoanalgesia: Remifentanyl 0.146 mcg/Kg/min + Propofol 2 mg/Kg/hora.

Hemodinámico: Noradrenalina 0.07 mcg/Kg/min.

Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cc/h + SS hipertónica al 7%, 100 cc c/8 horas.

SUBJETIVO

Paciente en compañía de familiar, bajo sedoanalgesia, RASS -5 Diuresis por sonda, acoplado a ventilador

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies algica ni signos de discomfort, acoplado a ventilación mecánica

Signos vitales: TA 123/70 (87) mmHg, FC 85 x min, FR 16 x min, SatO2 93% FIO2 0.3, T 36.5°.

Cabeza: otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

RESUMEN DE HISTORIA

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS -5, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporeactivas, Babinski negativo

PARACLÍNICOS:

sin nuevos por reportar

ANÁLISIS:

Paciente masculino de 43 años quien sufrió trauma cráneo encefálico severo por caída desde escaleras mientras se encontraba en estado de embriaguez con hematoma subdural laminar secundario, múltiples fracturas a nivel parieto occipital y mastoides izquierda, contusiones cerebrales y hemorragia subaracnoidea difusa, en plan de neuroprotección por 48 horas con sedoanalgesia (remifentanilo + propofol) y medidas antiedema, valorado por neurocirugía quien considera no signos de hipertensión endocraneana sin indicación quirúrgica ni requerimiento de neuromonitorización de PIC. En el momento con soporte ventilatorio mecánico. Continúa monitorización hemodinámica invasiva, con soporte vasoactivo para mantener PAM 80-90 mmHg, sin signos de bajo gasto ni de hipoperfusión. se solicita TAC de control mañana 8 am. Continúa manejo en UCI (Prioridad 1).

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)

Cabecera 30 grados

Ventilación Mecánica Invasiva.

Nutrición enteral ***PENDIENTE INICIO según concepto nutrición***

L ringer: 20 cc/h.

SS hipertónica al 3% 250 cc cada 8 horas ***CAMBIO***

Remifentanil 0.1 mcg/kg/min (Para RASS de -5)

Propofol 2 mg/kg/h (Para RASS -4 - 5)

Noradrenalina 0.05mcg/kg/min titulado para PAM 80-90

Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas

Omeprazol 40 mg IV cada día

Medias de compresión

Control glucometrico cada 6 horas.

Cuidados de enfermería.

Control de líquidos administrados y eliminados.

Control de signos vitales, avisar cambios.

SS/ TAC cráneo simple control mañana 8 am

SS/ Gases arteriales control mañana

SS/ Paraclínicos de control

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE

RM: 129597

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 03/11/2018 **HORA:** 18:49:02

SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

Paciente de 43 años de edad con diagnósticos de:

1 Trauma Craneoencefálico Severo

1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecho + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral

RESUMEN DE HISTORIA

- 1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
- 1.3 Fracturas en la mastoides
- 1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
- 2. Antecedente de Consumo de Alcohol

Paciente con diagnósticos médicos anotados quien inicia Soporte nutricional enteral para suministro de calorías y nutrientes. Glucometria NR

Soporte nutricional enteral por sonda entérica con fórmula polimérica alta densidad calórica, alto aporte de proteína (Fresubin HP) por 500 ML, con los siguientes aportes:

Volumen Total: 540 ml/18 horas

Velocidad de Infusión: 30 cc/h.

Valor Calórico Total: 810 kcal

Kcal/kg: 15 kcal/kg.

Proteína 0.7 g/kg - 40.5 g/d - 20%

Grasa: 0.6 g/kg - 31.3 g/d - 35%

Carbohidratos: 1.7 g/kg - 91.8 g/d - 45%

Sodio: 648 mg/día

Potasio: 1263.6 mg/día

Fosforo: 340.2 mg/día

Según tolerancia se realizaran ajustes al manejo nutricional.

Se solicitan laboratorio de rutina (albúmina y proteínas totales)

MEDICO : NICOLAS PEDREROS HERNANDEZ
ESPECIALIDAD: NUTRICION

RM: 1030649932

NOTA MEDICA

FECHA: 03/11/2018 **HORA:** 23:47:56

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO - Noche

JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ

43 AÑOS

CC 9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

- 1. Trauma craneoencefálico severo (estado de embriaguez).
 - 1.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 1.3 Fractura mastoidea izquierda
 - 1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
- 2. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.

Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.

PICC brazo derecho institucional: 02/11/18.

RESUMEN DE HISTORIA

Sonda vesical extrahospitalaria: 02/11/18
Línea arterial Radial Derecha 02/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI: modo A/C, VC 540, FiO2 30%, PEEP 6, FR 16
Sedoanalgesia: Remifentanyl 0.146 mcg/Kg/min + Propofol 2 mg/Kg/hora.
Hemodinámico: Noradrenalina 0.08 mcg/Kg/min.
Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h + SS hipertónica al 7%, 100 cc c/8 horas.
Nutricional: Enteral 20 cm3/h

SUBJETIVO

Paciente sin interacción con el examinador. Actualmente ha presentado fiebre, sostenida durante dos horas.
Diuresis por sonda vesical. Ausencia de deposición.

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica ni signos de discomfort, acoplado a ventilación mecánica invasiva.

Signos vitales: TA 108/57 (74) mmHg, FC 81 x min, FR 16 x min, SaO2 90%, FiO2 0.3, T 38.4°C
Balance hídrico: LA 958 - LE 395 - Balance 363 - Gasto urinario 0.5 cm3/Kg/h
Glucometrías: 111 mg/dL

Cabeza: otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm, permeable.
Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular.
Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.
Abdomen: peristaltismo presente, se palpa blando, es depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.
Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edema, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.
Neurológico: RASS -5, miosis reactiva, simetría facial aparente. Sensibilidad y fuerza muscular no evaluable.
Sin reflejos patológicos.

PARACLÍNICOS

Gases arteriales (03.11.18 - 11+30 pm): pH 7.41 - pCO2 35 - pO2 67 - HCO3 22 - BE -2.6 - SO2 93% - PAFI 193 - Lactato 1.92

ANÁLISIS

Paciente de 43 años, estancia en UCI por requerimiento de ventilación mecánica invasiva en relación a trauma craneoencefálico severo. Evolución clínica estacionaria, en neuroprotección, sin signos de hipertensión endocraneana. Cifras tensionales medias adecuadas, en soporte hemodinámico con noradrenalina, sin signos de bajo gasto. Acoplado a ventilación mecánica, normocapnia y normoxemia. Gasto urinario adecuado, sin alteraciones electrolíticas. Continúa estancia en la unidad, pendiente realización de TAC cerebral de control.

PLAN

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)
Cabecera 30 grados
Ventilación Mecánica Invasiva.
Nutrición enteral 20 cm3/h

RESUMEN DE HISTORIA

Lactato de Ringer 20 cm³/h.
SS hipertónica al 3% 250 cm³ cada 8 horas
Remifentanil 0.1 mcg/kg/min (Para RASS de -5)
Propofol 2 mg/kg/h (Para RASS -4 - 5)
Noradrenalina 0.05mcg/kg/min titulado para PAM 80-90
Omeprazol 40 mg IV cada día
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Medias de compresión
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Pendiente realización de TAC cráneo simple (control mañana 8 am)
Pendiente gases arteriales y paraclínicos de control para mañana

MEDICO : MARIA TERESA OSPINA CABRERA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 52104493

NOTA MEDICA

FECHA: 04/11/2018 HORA: 10:15:00
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
TURNO MAÑANA 04/11/2018
NOTA RETROSPECTIVA, REVISTA A LAS 09+00

JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ
43 AÑOS
CC 9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. TCE severo, (estado de embriaguez).
 - 1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 1.3 Fractura mastoidea izquierda
 - 1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
2. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.
3. Fractura clavicular izquierda

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.
Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.
PICC brazo derecho institucional: 02/11/18.
Sonda vesical extrahospitalario: 02/11/18
Línea arterial Radial Derecha 02/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI: modo A/C, VC 540, FiO₂ 35%, PEEP 7, FR 16 PIP 40 Pplat 20
Sedoanalgesia: Remifentanil 0.146 mcg/Kg/min + Propofol 2 mg/Kg/hora.
Hemodinámico: Noradrenalina 0.08 mcg/Kg/min.

RESUMEN DE HISTORIA

Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cc/h + SS hipertónica al 7%, 100 cc c/8 horas.

SUBJETIVO

Paciente sin acompañante, bajo sedoanalgesia, RASS -5 Diuresis por sonda, acoplado a ventilado, presentó pico febriles durante la noche

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica ni signos de discomfort, acoplado a ventilación mecánica

Signos vitales: TA 112/60, TAM 78, FC 72, FR 16, FiO2 0.3, SatO2 96% con VMI, T 36.7°.

Cabeza: otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS -5, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporeactivas, Babinski negativo

BALANCE DE LÍQUIDOS

Administrados 2171 Eliminados 955 GU 0.6 cc/kg/h Balance día +1216

Glucometrias 89-11-107-111 mg/dL

PARACLÍNICOS:

04/11/2018

BUN 11.5 Creatinina 0.92

Na 149, K 3.86, Cl 116.3

Leucocitos 9020 Neutrófilos 81.9% Hb 11.0 Hcto 31.6 PLT 117.000

Gases arteriales: pH: 7.41 PO2: 70.1 mmHg PCO2: 34.9 mmHg HCO3: 21.8 mmol/L

BE: -2.7 mmol/L SAT: 94% LACTATO: 1.71 mmo/L FIO2: 35% PAFI 200

Sin compromiso del equilibrio ácido base, adecuada ventilación alveolar normocapnia y leve compromiso de la oxigenación con normoxemia y con normolactatemia

TAC cerebral de control

zona de infarto en zona de contusiones frontales previas, edema cerebral con desviación de línea media aprox 5 mm, hematoma subdural laminar frontal derecho y hemorragia subaracnoidea difusa, sin mayores cambios con respecto a previo.

ANÁLISIS:

Paciente masculino de 43 años quien sufrió trauma cráneo encefálico severo con hematoma subdural laminar secundario, múltiples fracturas a nivel parieto occipital y mastoides izquierda, contusiones cerebrales y hemorragia subaracnoidea difusa quien completa 48 horas de neuroprotección con sedoanalgesia medidas antiedema, con TAC de control sin mayores cambios con respecto a TAC previo, persiste edema cerebral, ahora zonas de posible isquemia en regiones de contusiones cerebrales, pendiente reporte oficial. se decide suspender sedación para evaluar estado neurológico, seguimiento por neurocirugía

RESUMEN DE HISTORIA

se iniciara tiamina + lorazepam por antecedente de consumo de alcohol, alto riesgo de delirio. continuar soporte vasoactivo para para mantener PAM 80-90 mmHg, curva térmica por pico febril durante la noche y gram de secreción traqueal. Continúa manejo en UCI (Prioridad 1)

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)
Cabecera 30 grados
Ventilación Mecánica Invasiva.
Nutrición enteral ***PENDIENTE INICIO según concepto nutrición***
L ringer: 20 cc/h.
SS hipertónica al 7% 100 cc cada 8 horas
Remifentanil 0.1 mcg/kg/min (Para RASS de -5)
Propofol 2 mg/kg/h (Para RASS -4 - 5)
Noradrenalina 0.05mcg/kg/min titulado para PAM 80-90
Dexmedetomidina 0.5 mcg/kg/h dosis tituable
Lorazepam 2 mg VO cada 12 horas
Tiamina 300 mg VO cada día
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Omeprazol 40 mg IV cada día
Medias de compresión
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
P/ TAC cráneo simple reporte oficial

MEDICO : HECTOR ANDRES RUIZ AVILA
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

RM: 253141

NOTA MEDICA

FECHA: 04/11/2018 **HORA:** 10:26:15

EVOLUCION NEUROCIRUGIA

PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS CON DX

1. TCE SEVERO
- 1.1 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR DERECHO
- 1.2 CONTUSIONES FRONTAL Y TEMPORAL IPSILATERAL
- 1.3 FRACTURAS NO DEPRIMIDAS DE BASE DE CRANEO

S/ SEDACION PROFUNDA, NO FIEBRE, NO EMESIS, NO CONVULSIONES

O/ TA: 120/71, FC: 68, FR: 18, T: 37, GLASGOW: 3, SEDACION RASS -5, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, CORNEAL, CARINAL, OCULOCEFALOGIROS PRESENTES, NO RESPUESTA AL ESTIMULO DOLOROSO EN EXTREMIDADES

TAC CEREBRAL SIMPLE CONTROL 4/11/2018 9+16 AM: SE COMPARA CON TAC CEREBRAL DEL 2/11/2018-HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR FRONTAL DERECHO EN RESOLUCION, SIN AUMENTO DEL VOLUMEN, CONTUSIONES FRONTAL Y TEMPORAL DERECHAS CON DISCRETO AUMENTO DEL EDEMA, LINEA MEDIA SIN CAMBIOS, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

A/ ESTABLE, NO SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEAL, TAC CEREBRAL CONTROL SIN CAMBIOS CON RESPECTO AL ANTERIOR, SIN INDICACION DE MANEJO QUIRURGICO POR NEUROCIRUGIA. SE SUGIERE RETIRO DE SEDACION PARA MEJOR VALORACION

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CBEJARANOBAUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL

RESUMEN DE HISTORIA

NEUROLOGICA, SEGUIMOS ATENTOS A EVOLUCION.

MEDICO : JUAN CARLOS PEREZ RODRIGUEZ

RM: 1121829063

ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 04/11/2018 HORA: 14:15:05

SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

Paciente de 43 años de edad con diagnósticos de:

1 Trauma Craneoencefálico Severo

1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecho + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral

1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.

1.3 Fracturas en la mastoides

1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.

2. Antecedente de Consumo de Alcohol

Paciente con diagnósticos médicos anotados quien inicia Soporte nutricional enteral para suministro de calorías y nutrientes. Glucometria 96 mg/dL

Según reporte de enfermería adecuada tolerancia a soporte nutricional enteral, se decide aumentar goteo.

Soporte nutricional enteral por sonda entérica con fórmula polimérica alta densidad calórica, alto aporte de proteína (Fresubin HP) por 500 ML, con los siguientes aportes:

Volumen Total: 1080 ml/18 horas

Velocidad de Infusión: 30 cc/h según tolerancia aumentar 60 cc/h.

Valor Calórico Total: 1620kcal

Kcal/kg: 29 kcal/kg.

Proteína 1.5 g/kg - 91 g/d - 20%

Grasa: 1.1 g/kg - 62.6 g/d - 35%

Carbohidratos: 3.3 g/kg - 183.6 g/d - 45%

Sodio: 1296 mg/día

Potasio: 2527.2 mg/día

Fosforo: 680.4 mg/día

Según tolerancia se realizarán ajustes al manejo nutricional.

MEDICO : JULIETH ANDREA CALDERON PRIETO

RM: 1013663663

ESPECIALIDAD: NUTRICION

NOTA MEDICA

FECHA: 04/11/2018 HORA: 18:00:00

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

TURNOS TARDE 04/01/2018

Fecha de consulta inicial: 03/11/2018 (Clínica Nueva)

Ingreso HUN/UCI: 03/11/2018

RESUMEN DE HISTORIA

Gerardo Valdés Navarrete
CC 79502400
Edad: 48 años

DIAGNÓSTICOS

1. Intoxicación por antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina)
 - 1.1 Falla respiratoria hipercápnica
 - 1.2 Intento suicida
 - 1.3 Hipernatremia
 - 1.4 Hipocalemia leve
2. Trastorno depresivo, sin tratamiento
3. Antecedente de accidentes isquémico

PROBLEMAS

Alcalosis respiratoria
Hipernatremia resuelta
Hipocalemia corregida
Vigilancia de Extubación

SOPORTES

Respiratorio: CN a 3 litros por minutos
Sedación: Fentanil 100 mcg/h
Fluidoterapia: SSN 90 cm³/h

SUBJETIVO

Paciente tolera extubación, niega disnea, niega dolor, no palpitations, diuresis por sonda vesical, Ausencia de deposición.

OBJETIVO

Paciente en decúbito supino, hidratado, sin signos de dificultad respiratoria
TA 118/75 (84) - FC 73 - FR 18 - SaO₂ 96 % - FiO₂ 32% - T 37.3°C
Isocoria normorreactiva, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda y rosada.
Cuello móvil, sin presencia de masas.
Tórax simétrico, normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular claro, sin agregados.
Abdomen con peristaltismo presente, se palpa blando, no defensa, no masas.
Extremidades simétricas, eutróficas, llenado capilar <2 segundos.
Neurológicamente alerta, orientado, sin focalización, sin signos meníngeos,

BALANCE HÍDRICO (6 horas)

Administrados 1330 Eliminados 1950 GU 1.1cc/kg/h Balance día -514

Glucometría: 83 mg/dL

PARACLÍNICOS

Na 146 K 3.95 Cl 111.5 Mg 2.54

ANÁLISIS

Paciente de 48 años quien ingresó por intoxicación por antidepresivos tricíclicos con compromiso neurológico secundario que requirió IOT y ventilación mecánica invasiva, sin cambios electrocardiográficos al ingreso,

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CBEJARANOB AUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL

RESUMEN DE HISTORIA

acidosis e hiperlactatemia secundaria resueltas, además trastorno electrolítico en corrección, quien tolero extubación en la tarde, sin aumento del trabajo respiratorio, en el momento paciente hemodinámicamente estable, sin déficit neurológico, cifras tensionales medias adecuadas, sin signos de bajo gasto, sin requerimiento de soporte vasoactivo, adecuado gasto urinario, trastorno electrolítico corregido, EKG sin cambios en QT, sin arritmias, continúa en UCI para vigilar extubación, según evolución definir traslado a intermedio, Pendiente concepto de psiquiatría.

PLAN

Estancia UCI
Iniciar Dieta
CN a 3L/min
Lactato de Ringer 1 cm3/Kg/h
Cloruro de potasio 6 mEq/h
Omeprazol 40 mg IV cada día
Enoxaparina 40 mg sc cada 24 horas
Sulfato de magnesio 1 Ampolla c/12 horas
Pendiente valoración por Psiquiatría

MEDICO : HECTOR ANDRES RUIZ AVILA
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

RM: 253141

NOTA MEDICA

FECHA: 04/11/2018 HORA: 19:05:04

NOTA ACLARATORIO, FOLIO 129 NO CORRESPONDE AL PACIENTE

MEDICO : HECTOR ANDRES RUIZ AVILA
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

RM: 253141

NOTA MEDICA

FECHA: 04/11/2018 HORA: 19:05:27

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TURNO TARDE 04/11/2018

RETROSPECTIVA HORA 17+00

JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ
43 AÑOS
CC 9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. TCE severo, (estado de embriaguez).
 - 1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 1.3 Fractura mastoidea izquierda
 - 1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
2. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.
3. Fractura clavicular izquierda

RESUMEN DE HISTORIA

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.
Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.
PICC brazo derecho institucional: 02/11/18.
Sonda vesical extrahospitalario: 02/11/18
Línea arterial Radial Izquierda 03/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI: modo A/C, VC 540, FiO2 35%, PEEP 7, FR 16 PIP 40 Pplat 20
Sedación: Remifentanyl 0.146 mcg/Kg/min + Propofol 2 mg/Kg/hora.
Hemodinámico: Noradrenalina 0.08 mcg/Kg/min.
Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cc/h + SS hipertónica al 7%, 100 cc c/8 horas.

SUBJETIVO

Paciente sin acompañante, bajo sedación, RASS -5 Diuresis por sonda, acoplado a ventilador, presentó pico febriles durante la noche

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies algica ni signos de disconfort, acoplado a ventilación mecánica
Signos vitales: TA 112/60, TAM 78, FC 72, FR 16, FiO2 0.3, SatO2 96% con VMI, T 36.7°.
Cabeza: otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm
Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular
Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.
Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.
Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.
Neurológico: Bajo sedación RASS -5, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporeactivas, Babinski negativo

BALANCE DE LÍQUIDOS

Administrados 2171 Eliminados 955 GU 0.6 cc/kg/h Balance día +1216

Glucometrias 89-11-107-111 mg/dL

PARACLÍNICOS:

04/11/2018

BUN 12.4 Creatinina 0.83

Na 150, K 3.65, Cl 118

Leucocitos 8080 Neutrófilos 86% Hb 11.7 Hcto 34.4 PLT 132.000

Colesterol total 116 Triglicéridos 310.2 CPK-total pendiente

ANÁLISIS:

Paciente masculino de 43 años quien sufrió trauma craneo encefálico severo con hematoma subdural laminar secundario, múltiples fracturas a nivel parieto occipital y mastoides izquierda, contusiones cerebrales y hemorragia subaracnoidea difusa quien completo 48 horas de neuroprotección con sedación y medidas antiedema, con evolución estacionario, se suspendió sedación para evaluar estado neurológico, sin embargo paciente presenta desacople con ventilador, taquipnea en modo espontáneo, requirió reinicio de sedación, con TAC de control con persistencia de edema cerebral con desviación de la línea media, zona de posible isquemia

RESUMEN DE HISTORIA

en regiones de contusiones frontales, adicionalmente con persistencia de picos febriles, se solicita hemocultivos, continuar antipirético, curva térmica, pendiente gram de secreción orotraqueal. Continúa manejo en UCI (Prioridad 1)

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)
Cabecera 30 grados
Ventilación Mecánica Invasiva.
Nutrición enteral
L ringer: 20 cc/h.
SS hipertónica al 7% 100 cc cada 8 horas
Remifentanil 0.1 mcg/kg/min **** SUSPENDER *****
Propofol 2 mg/kg/h **** SUSPENDER *****
Noradrenalina 0.05mcg/kg/min titulado para PAM 80-90
Dexmedetomidina 0.5 mcg/kg/h dosis tituable
Hidromorfona 0.6 mg IV cada 4 horas
Lorazepam 2 mg VO cada 12 horas
Tiamina 300 mg VO cada día
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Omeprazol 40 mg IV cada día
Medias de compresión
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
SS hemocultivos
P/ TAC cráneo simple reporte oficial

MEDICO : HECTOR ANDRES RUIZ AVILA
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

RM: 253141

NOTA MEDICA

FECHA: 05/11/2018 HORA: 00:22:48
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - Noche
JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ
43 AÑOS
CC 9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de origen a establecer
2. Trauma craneoencefálico severo (estado de embriaguez).
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 2.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 2.3 Fractura mastoidea izquierda
 - 2.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.
4. Fractura clavicular izquierda

RESUMEN DE HISTORIA

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.
Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.
PICC brazo derecho institucional: 02/11/18.
Sonda vesical extrahospitalario: 02/11/18
Línea arterial Radial Izquierda 03/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI SPN, FiO2 0.35, PEEP 8, Psop 10
Sedación: Dexmedetomidina 1.5 mcg/Kg/h
Hemodinámico: Noradrenalina 0.04 mcg/Kg/min.
Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h + SS hipertónica al 7%, 100 cm3 c/8 horas.
Nutricional: Enteral 20 cm3/h

SUBJETIVO

Paciente sin interacción con el examinador. Presentó fiebre sostenida al menos durante 2 horas. Diuresis por sonda vesical. Ausencia de deposición.

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica, ni signos de disconfort, acoplado a ventilación mecánica

TA 148/81 - TAM 101 - FC 82 - FR 32 - SaO2 93% - FiO2 0.35 - T 38°C
Balance hídrico: LA 1217 - LE 1150 - Balance 67 - Gasto urinario 1.6 cm3/Kg/h
Glucometría: 109 mg/dL

Cabeza: otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm
Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular
Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.
Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.
Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.
Neurológico: Bajo sedación RASS -5, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporeactivas, Babinski negativo

PARACLÍNICOS

Sin nuevos por reportar

ANÁLISIS

Paciente de 43 años, estancia en UCI por requerimiento de ventilación mecánica invasiva en relación a trauma craneoencefálico severo. Neurológicamente se encuentra sin signos de hipertensión endocraneana, se realizó cambios en sedantes, y tomografía cerebral de control permite observar disminución de edema cerebral y contusión hemorrágica. Por fiebre sostenida, y foco no claro, se inicia antibioterapia de amplio espectro con cefepime y vancomicina, previa toma de hemocultivos. En TAC cerebral se observa pansinusitis como posible foco infeccioso. Se realiza toma de muestra de cultivo de secreción traqueal, y se anota ausencia de disminución considerable de PAFI considerando en el diagnóstico diferencial una neumonía asociada al ventilador. Se solicita radiografía de tórax y PCR. Se suspende solución hipertónica en relación a hipernatremia e hipercloremia. Continúa manejo en UCI (Prioridad 1), seguimiento por neurocirugía.

RESUMEN DE HISTORIA

PLAN

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)
Cabecera 30 grados
Ventilación Mecánica Invasiva.
Nutrición enteral
Lactato de Ringer: 20 cm3/h.
SS hipertónica al 7% 100 cc cada 8 horas ***SUSPENDER***
Noradrenalina 0.05mcg/kg/min titulado para PAM 80-90
Dexmedetomidina 1.5 mcg/kg/h dosis tituable
Hidromorfona 0.6 mg IV cada 4 horas
Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)
Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)
Omeprazol 40 mg IV cada día
Lorazepam 2 mg VO cada 12 horas
Tiamina 300 mg VO cada día
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Medias de compresión
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Pendiente reporte de hemocultivos
Pendiente reporte oficial de TAC craneo simple
Se solicita hemograma, PCR y radiografía torácica portátil de control

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE

RM: 129597

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 05/11/2018 HORA: 07:57:43

EVOLUCION NEUROCIRUGIA

PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS CON DX

1. TCE SEVERO

1.1 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR DERECHO

1.2 CONTUSIONES FRONTAL Y TEMPORAL IPSILATERAL

1.3 FRACTURAS NO DEPRIMIDAS DE BASE DE CRANEO

S/ SEDACION PROFUNDA, NO FIEBRE, NO EMESIS, NO CONVULSIONES

O/ TA: 115/70, FC: 74, FR: 18, T: 37, GLASGOW: 3, SEDACION RASS -5, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, CORNEAL, CARINAL,

OCULOCEFALOGIROS PRESENTES, NO RESPUESTA AL ESTIMULO DOLOROSO EN EXTREMIDADES

TAC CEREBRAL SIMPLE CONTROL 4/11/2018 9+16 AM: SE COMPARA CON TAC CEREBRAL DEL 2/11/2018-HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR

FRONTAL DERECHO EN RESOLUCION, SIN AUMENTO DEL VOLUMEN, CONTUSIONES FRONTAL Y TEMPORAL DERECHAS CON DISCRETO AUMENTO

DEL EDEMA, LINEA MEDIA SIN CAMBIOS, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

A/ ESTABLE, NO SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEAL, SIN INDICACION DE MANEJO QUIRURGICO POR NEUROCIRUGIA. SE RETIRO SEDACION Y PRESENTO AGITACION MOTORA POR LO QUE REQUIRIO NUEVAMENTE SEDACION, SE SUGIERE RETIRO GRADUAL DE SEDACION PARA MEJOR VALORACION NEUROLOGICA, SEGUIMOS ATENTOS A EVOLUCION.

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : JUAN CARLOS PEREZ RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

RM: 1121829063

NOTA MEDICA

FECHA: 05/11/2018 HORA: 12:03:08
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - mañana
JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ
43 AÑOS
CC 9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de origen a establecer
2. Trauma craneoencefálico severo (estado de embriaguez).
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 2.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 2.3 Fractura mastoidea izquierda
 - 2.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.
4. Fractura clavicular izquierda

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.
Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.
PICC brazo derecho institucional: 02/11/18.
Sonda vesical extrahospitalario: 02/11/18
Línea arterial Radial Izquierda 03/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI SPN, FiO2 0.35, PEEP 8, Psop 10
Sedación: Dexmedetomidina 1.5 mcg/Kg/h
Hemodinámico: Noradrenalina 0.04 mcg/Kg/min.
Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h + SS hipertónica al 7%, 100 cm3 c/8 horas.
Nutricional: Enteral 20 cm3/h

SUBJETIVO: Sin interacción con el examinador por sedación profunda, familiar refiere verlo igual, no movimientos anormales. Presentó episodio de agitación en la madrugada.

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica, ni signos de disconfort, acoplado a ventilación mecánica

TA 116/78 - FC 69 - FR 32 - SaO2 93% - FiO2 0.35 - T 38°C
Balance hídrico: Gasto urinario 1.4 cm3/Kg/h
Glucometría: 118 mg/dL

Cabeza: otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo

RESUMEN DE HISTORIA

orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS -5, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporeactivas, Babinski negativo

PARACLÍNICOS:

Leu 660 n: 73% Hb: 10.7 Htc: 31.6 Bun 13 crea: 0.8 Na: 155 Cl: 121 K: 3.71

Gases arteriales: po2: 85 pco2: 36.8 hco2: 21.6 Lact: 0.9

Gases venosos: pco2: 43 Svc: 76

Calculos: Ext: 21% Da-v: 3.1 Delt CO2: 6.2 DCaCo2/Da-vO2: 2

ANÁLISIS:

Paciente de 43 años, estancia en UCI por requerimiento de ventilación mecánica invasiva en relación a trauma craneoencefálico severo. Neurológicamente se encuentra sin signos de hipertensión endocraneana. En el momento paciente clínicamente estable sin cifras de hipotensión sin taquicardia, ha presentado alzas térmicas hasta 37.9; con gasto urinario conservado, sin frialdad distal y con llenado capilar normal. Paralinicamente con hemograma normal, con hipernatremia e hipercloremia probablemente secundaria a bolos de solución hipertónica por lo cual se suspendió. Tiene resultado de gases arteriovenosos con equilibrio ácido base, sin hipoperfusión. Por episodios febriles y en asociación a hallazgos de pansinusitis en CT de control se inicio cubrimiento con cefepime+vancomicina para cubrimiento de posible foco parameningeo. Se revisa rx de tórax que no muestra opacidades alveolares ni cambios notorios con respecto a Rx de ingreso, pero en contexto de paciente quien presento alteracion del estado de conciencia secundario a intoxicacion etilica+TCE con glasgow bajo, se considera probable la broncoaspiracion; por lo anterior se decide solicitar procalcitonina y vigilancia de parámetros ventilatorios/oxigenacion. Tiene concepto del día de hoy de neurocirugía quienes requieren valoración con menor sedación; paciente quien venía en plan de descenso de sedación pero presentó episodio de agitación, se decide continuar con dexmedetomidina (para sedación conciente y manejo de posible delirium tremens) y disminución progresiva de fentanilo para lograr valoración adecuada de estado neurológico. Continúa manejo medico instaurado, en el momento sin vasopresor por adecuado destete, sigue con tiamina, gastroproteccion, se inicia tromboprofilaxis con enoxaparina ya que tiene tac de control sin aumento del sangrado. Paciente con prioridad 1. Atentos a evolución y cambios.

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)

Cabecera 30 grados

Ventilación Mecánica Invasiva.

Nutrición enteral

Lactato de Ringer: 20 cm3/h.

Dexmedetomidina 1.5 mcg/kg/h dosis tituable

Hidromorfona 0.6 mg IV cada 4 horas

Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)

Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)

Omeprazol 40 mg IV cada día

Lorazepam 2 mg VO cada 12 horas

Tiamina 300 mg VO cada día

RESUMEN DE HISTORIA

Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Enoxaparina 60mg sc dia*****nuevo*****
Medias de compresión
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Pendiente reporte de hemocultivos
SS procalcitonina
Atentos a evolución y cambios

MEDICO : MARIA TERESA OSPINA CABRERA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 52104493

NOTA MEDICA

FECHA: 05/11/2018 **HORA:** 16:41:18
SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

Paciente de 43 años de edad con diagnósticos de:

- 1 Trauma Craneoencefálico Severo
 - 1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecho + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 1.3 Fracturas en la mastoides
 - 1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
2. Antecedente de Consumo de Alcohol

Paciente con diagnósticos médicos anotados quien inicia Soporte nutricional enteral para suministro de calorías y nutrientes. Glucometría 118 mg/dL

Según reporte de enfermería adecuada tolerancia a soporte nutricional enteral, se decide aumentar goteo.

Soporte nutricional enteral por sonda entérica con fórmula polimérica alta densidad calórica, alto aporte de proteína (Fresubin HP) por 500 ml, con los siguientes aportes:

Volumen Total: 1080 mL/18 horas
Velocidad de Infusión: 30 cc/h según tolerancia aumentar 60 cc/h.
Valor Calórico Total: 1620kcal
Kcal/kg: 29 kcal/kg.
Proteína 1.5 g/kg - 91 g/d - 20%
Grasa: 1.1 g/kg - 62.6 g/d - 35%
Carbohidratos: 3.3 g/kg - 183.6 g/d - 45%
Sodio: 1296 mg/día
Potasio: 2527.2 mg/día
Fosforo: 680.4 mg/día

Según tolerancia se realizarán ajustes al manejo nutricional.

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : NICOLAS PEDREROS HERNANDEZ

RM: 1030649932

ESPECIALIDAD: NUTRICION

NOTA MEDICA

FECHA: 05/11/2018 HORA: 17:19:01

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - tarde

JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ

43 AÑOS

CC 9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de origen a establecer
2. Trauma craneoencefálico severo (estado de embriaguez).
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 2.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 2.3 Fractura mastoidea izquierda
 - 2.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.
4. Fractura clavicular izquierda

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.

Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.

PICC brazo derecho institucional: 02/11/18.

Sonda vesical extrahospitalario: 02/11/18

Línea arterial Radial Izquierda 03/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI SPN, FiO2 0.35, PEEP 8, Psop 10

Sedación: Dexmedetomidina 1.5 mcg/Kg/h

Hemodinámico: Noradrenalina 0.04 mcg/Kg/min.

Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h + SS hipertónica al 7%, 100 cm3 c/8 horas.

Nutricional: Enteral 20 cm3/h

SUBJETIVO: Sin interacción con el examinador por sedación profunda, familiar refiere verlo igual, no movimientos anormales. Presentó episodio de agitación en la madrugada.

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies algica, ni signos de disconfort, acoplado a ventilación mecánica

TA 118/76 - FC 71 - FR 32 - SaO2 93% - FiO2 0.35 - T 38°C

Balance hídrico: Gasto urinario 1.4 cm3/Kg/h

Glucometría: 118 mg/dL

Cabeza: otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo

RESUMEN DE HISTORIA

oro-traqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS -5, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporeactivas, Babinski negativo

PARACLÍNICOS:

No nuevos

ANÁLISIS:

Paciente de 43 años, estancia en UCI por requerimiento de ventilación mecánica invasiva en relación a trauma craneoencefálico severo. Neurológicamente se encuentra sin signos de hipertensión endocraneana. Tiene control imagenológico que muestra leve aumento del edema pero sin aumento de zona de sangrado, persisten con leve desviación de línea media. En el momento clínicamente estable, toleró destete de soporte vasopresor, clínicamente normoperfundido (llenado capilar normal, diuresis conservada). En el momento con sedoanalgesia dexmedetomidina+hidromorfona y fentanilo (iniciado por agitación en la noche) en plan de descenso ya hoy disminución del 50% para facilitar evaluación neurológica objetiva. Se solicitó procalcitonina por fiebre presentada sin foco claro (posible pansinusitis o broncoaspiración en contexto de TCE+intoxicación etílica GCS bajo); se inició tromboprolifaxis por no resangrado en control de CT y por tiempo de evolución del cuadro. Continúa resto de manejo médico instaurado, se solicitarán paraclínicos de control en la noche para rutina. Paciente con prioridad 1. Atentos a evolución y cambios.

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)

Cabecera 30 grados

Ventilación Mecánica Invasiva.

Nutrición enteral

Lactato de Ringer: 20 cm³/h.

Dexmedetomidina 1.5 mcg/kg/h dosis tituable

Hidromorfona 0.6 mg IV cada 4 horas

Fentanilo 125mcg/h en descenso

Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)

Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)

Omeprazol 40 mg IV cada día

Lorazepam 2 mg VO cada 12 horas

Tiamina 300 mg VO cada día

Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas

Enoxaparina 60mg sc día

Medias de compresión

Control glucométrico cada 6 horas.

Cuidados de enfermería.

Control de líquidos administrados y eliminados.

RESUMEN DE HISTORIA

Control de signos vitales, avisar cambios.
Pendiente reporte de hemocultivos
P procalcitonina
Atentos a evolución y cambios
Solicitar paraclínicos de rutina en la noche

MEDICO : MARIA TERESA OSPINA CABRERA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 52104493

NOTA MEDICA

FECHA: 06/11/2018 **HORA:** 01:04:09
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
TURNO NOCHE 05/11/18

JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ
43 AÑOS
CC 9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de origen a establecer
2. Trauma craneoencefálico severo (estado de embriaguez).
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 2.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 2.3 Fractura mastoidea izquierda
 - 2.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.
4. Fractura clavicular izquierda

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.
Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.
PICC brazo derecho institucional: 02/11/18.
Sonda vesical extrahospitalario: 02/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI SPN, FiO2 0.35, PEEP 8, Psop 10
Sedación: Dexmedetomidina 1.5 mcg/Kg/h
Hemodinámico: sin vasoactivos
Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h
Nutricional: Enteral 20 cm3/h

SUBJETIVO:

Sin interacción con el examinador por sedación profunda, RASS -2, no movimientos anormales

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica, acoplado a ventilación mecánica

RESUMEN DE HISTORIA

TA 115/71 (86) - FC 68 - FR 19 - SaO2 96% - FiO2 0.4 - T 37°C

Cabeza: otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS -5, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporeactivas, Babinski negativo

BALANCE HIDRICO 12 HORAS

Administrados 1079 Eliminados 880 balance 12 horas +199 GU 1.1 cc/kg/h

Glucometría: 159-127 mg/dL

PARACLÍNICOS:

Procalcitonina 4.04

ANÁLISIS:

Paciente de 43 años con Trauma craneoencefálico severo con requerimiento de soporte ventilatorio, en vigilancia neurológica y bajo efectos de sedoanalgesia por episodios de agitación, hasta el momento sin signos de hipertensión endocraneana, tolera destete de vasopresor, en el momento clínicamente estable, sin signos de bajo gasto.

Desde el punto de vista infeccioso no ha presentado nuevos picos febriles, en cubrimiento antibiótico profiláctica en SNC, procalcitonina positiva, sin otros signos de respuesta inflamatoria sistémica, en espera de resultados de hemocultivos y gram de secreción orotraqueal, hasta el momento sin foco claro.

Dada limitación de valoración neurológica por requerimiento permanente de sedoanalgesia se solicita RNM cerebral para evaluar evolución de lesiones, continúa seguimiento por Neurocirugía quienes indican hasta el momento no indicación quirúrgica.

Continúa resto de manejo medico instaurado, se solicitarán paraclínicos de control Paciente con prioridad 1. Atentos a evolución y cambios.

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)

Cabecera 30 grados

Ventilación Mecánica Invasiva.

Nutrición enteral

Lactato de Ringer: 20 cm3/h.

Dexmedetomidina 0.8 mcg/kg/h dosis tituable

Fentanyl 100 mcg/h dosis tituable

Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)

Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)

Omeprazol 40 mg IV cada día

Lorazepam 2 mg VO cada 12 horas

Tiamina 300 mg VO cada día

Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas

Enoxaparina 60mg sc día

Medias de compresión

SS RNM cerebral

RESUMEN DE HISTORIA

P/ hemocultivos 04/11/2018
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Atentos a evolución y cambios
Solicitar paraclínicos de rutina en la noche

MEDICO : HECTOR ANDRES RUIZ AVILA
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

RM: 253141

NOTA MEDICA

FECHA: 06/11/2018 **HORA:** 12:58:16
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, TURNO MAÑANA 06/11/18
FI HUN/UCI: 02/11/18

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de origen a establecer.
2. Trauma craneoencefálico severo.
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 2.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 2.3 Fractura mastoidea izquierda
 - 2.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Fractura clavicular izquierda.
4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.
Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.
PICC brazo izquierdo institucional: 02/11/18.
Sonda vesical extrahospitalario: 01/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI SPN-CPAP, FiO2 0.40, PEEP 8, Psop 10
Sedación: Dexmedetomidina 1.5 mcg/Kg/h + fentanil 50mcg/hora
Hemodinámico: sin vasoactivos.
Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h
Nutricional: Enteral 60 cc/h

SUBJETIVO:

Paciente sedado en compañía de su hijo quien refiere verlo mejor, con mayor movimiento de extremidades y apertura ocular. No picos febriles. Diuresis por sonda vesical.

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica, acoplado a ventilación mecánica, con signos vitales de: TA 110/73 (81), FC 69, FR 17, SatO2 93%, FiO2 0.4, T 35°C
Cabeza: estigmas de otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

RESUMEN DE HISTORIA

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS -3, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporreactivas, Babinski negativo.

BALANCE HIDRICO 24 horas (05/11/18 - 06/11/18) LA 1806.6, LE 1610, Balance positivo (+196.6), GU 1 cc/Kg/hora.

Glucometría: 159 - 127 - 144 - 99.

PARACLÍNICOS:

06/11/18: BUN 15.8, Creat 0.83, Na 150, K 3.60, Cl 114.7. Leucos 7160, N 4640, L 1270, M 810, Hcto 28.2, Hb 9.5, Plaqs 134000.

ANÁLISIS:

Paciente masculino de 43 años con antecedente de alcoholismo razón por la que sufre TCE severo requiriendo manejo en la unidad por necesidad de soporte ventilatorio. Al momento paciente estable, sin deterioro o déficit neurológico aparente, sin signos de hipertensión endocraneana, sin embargo persiste manejo con sedoanalgesia por episodios de agitación al destete, se continúa descenso progresivo de la misma para valoración objetiva de estado neurológico, por ahora continúa pendiente RMN cerebral para valorar evolución de lesiones.

Por registro de picos febriles sin foco aparente los días previos, como único signo de SIRS, en contexto de TCE severo con sospecha de pansinusitis Vs. broncoaspiración y procalcitonina positiva, se inició cubrimiento antibiótico para SNC; al día de hoy sin nuevas alzas térmicas, sin taquicardia, sin leucocitosis ni taquipnea. En espera de resultados de hemocultivos y cultivo de secreción orotraqueal. Se solicita perfil SOFA. Paciente con prioridad 1.

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)

Cabecera 30 grados

Ventilación Mecánica Invasiva.

Nutrición enteral

Lactato de Ringer: 20 cm³/h.

Dexmedetomidina 0.8 mcg/kg/h dosis tituable

Fentanyl 100 mcg/h dosis tituable

Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)

Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)

Omeprazol 40 mg IV cada día

Lorazepam 2 mg VO cada 12 horas

Tiamina 300 mg VO cada día

Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas

Enoxaparina 60 mg sc día

Medias de compresión

Pte: RNM cerebral

P/ hemocultivos 04/11/2018

SS: Perfil SOFA.

Control glucometrico cada 6 horas.

RESUMEN DE HISTORIA

Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Pendiente reporte de hemocultivos
Atentos a evolución y cambios

MEDICO : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79267639

NOTA MEDICA

FECHA: 06/11/2018 **HORA:** 13:19:50

EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA-

NOTA RETROSPECTIVA PACIENTE VALORADO A LAS 8AM

PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS CON DX

1. TCE SEVERO?

1.1 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR DERECHO

1.2 CONTUSIONES FRONTAL Y TEMPORAL DERECHAS IPSILATERAL

1.3 FRACTURAS NO DEPRIMIDAS DE BASE DE CRÁNEO Y BÓVEDA

2. SEPSIS DE FOCO SIN ESTABLECER

3. ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO EN MANEJO AMBULATORIO POR PSIQUIATRÍA

S/ NO SE LOGRÓ RETIRO DE SEDACIÓN AYER POR AGITACIÓN Y DESACOPLE VENTILATORIO CON LA DISMINUCIÓN DE LA MISMA, AHORA CON SEDACIÓN PROFUNDA CON DEXMEDETOMIDINA EN PROCESO DE DESTETE. NO FIEBRE, NO EMESIS, NO CONVULSIONES. NO CAMBIOS EN SIGNOS VITALES NI CAMBIOS PUPILARES.

O/ TA: 110/73, FC67 FR14 T36.8 SEDACIÓN RASS -5, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, CORNEAL, CARINAL, OCULOCEFALOGIROS PRESENTES, NO RESPUESTA AL ESTÍMULO DOLOROSO EN EXTREMIDADES

TAC CEREBRAL SIMPLE CONTROL 4/11/2018 9+16 AM: SE COMPARA CON TAC CEREBRAL DEL 2/11/2018, SIN AUMENTO DE COLECCIONES: HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR DE 4MM DE ESPESOR, FRONTAL DERECHO EN RESOLUCION, SIN AUMENTO DEL VOLUMEN, CONTUSIONES FRONTAL Y TEMPORAL DERECHAS CON DISCRETO AUMENTO DEL EDEMA, LINEA MEDIA SIN CAMBIOS, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

A/ ESTABLE, SIN CAMBIOS HEMODINAMICOS NI PUPILARES QUE SUGIERAN HIPERTENSION INTRACRANEANA, SIN INDICACIÓN DE MANEJO QUIRÚRGICO POR NEUROCIRUGIA. SE RETIROSEDACION Y PRESENTO AGITACIÓN MOTORA POR LO QUE REQUIRIÓ NUEVAMENTE SEDACIÓN CON DEXMEDETOMIDINA, SE SUGIERE RETIRO GRADUAL DE SEDACIÓN Y CONSIDERAR QUE ES UN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO POR LO CUAL EL DESPERETAR PUEDE SER MÁS DIFÍCIL, PARA MEJOR VALORACION NEUROLOGICA. SIN AUMENTO DE COLECCIONES EN TAC CRANEO CONTROL DEL 4/11/2018. SEGUIMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN. CON MODULACIÓN DE SIRS, EN MANEJO AB CON VANCOMICINA Y CEFEPIME INICIADA POR SERVICIO DE UCI POR SOSPECHA DE FOCO EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SIN EMBARGO ESTÀ PENDIENTE CULTIVO DE SECRESION OROTRAQUEAL Y HEMOCULTIVOS.

PLAN/ RETIRO DE SEDACIÓN PARA EVALUACIÓN NEUROLÓGICA
PENDIENTE CULTIVOS

MEDICO : NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS
ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

RM: 8011695

NOTA MEDICA

FECHA: 06/11/2018 **HORA:** 16:03:57

SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

Paciente de 43 años de edad con diagnósticos de:

1 Trauma Craneoencefálico Severo

RESUMEN DE HISTORIA

- 1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecho + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
- 1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
- 1.3 Fracturas en la mastoides
- 1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
2. Antecedente de Consumo de Alcohol

Paciente con diagnósticos médicos anotados quien inició Soporte nutricional enteral para suministro de calorías y nutrientes. Glucometria 99 mg/dL

Según reporte de enfermería adecuada tolerancia a soporte nutricional enteral, se decide aumentar goteo.

Soporte nutricional enteral por sonda entérica con fórmula polimérica alta densidad calórica, alto aporte de proteína (Fresubin HP) por 500 ML, con los siguientes aportes:

Volumen Total: 1206 mL/18 horas

Velocidad de Infusión: 67 cc/h.

Valor Calórico Total: 1809kcal

Kcal/kg: 33 kcal/kg.

Proteína 1.6 g/kg - 90.5 g/d - 20%

Grasa: 1.3 g/kg - 69.9 g/d - 35%

Carbohidratos: 3.7 g/kg - 205 g/d - 45%

Sodio: 1447.2 mg/día

Potasio: 2822 mg/día

Fosforo: 759.8 mg/día

Según tolerancia se realizarán ajustes al manejo nutricional.

MEDICO : NICOLAS PEDREROS HERNANDEZ

RM: 1030649932

ESPECIALIDAD: NUTRICION

NOTA MEDICA

FECHA: 06/11/2018 **HORA:** 20:02:18

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, TURNO TARDE 06/11/18, Nota retrospectiva, valorado a las 16+15 horas.

FI HUN/UCI: 02/11/18.

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de origen a establecer.
2. Trauma craneoencefálico severo.
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 2.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 2.3 Fractura mastoidea izquierda
 - 2.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Fractura clavicular izquierda.
4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.

RESUMEN DE HISTORIA

Sonda orogástrico extrahospitalaria: 02/11/18.

PICC brazo izquierdo institucional: 02/11/18.

Sonda vesical extrahospitalaria: 01/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI SPN-CPAP, FiO2 0.40, PEEP 8, Psop 10

Sedación: Dexmedetomidina 0.7 mcg/Kg/h + fentanil 50mcg/hora

Hemodinámico: sin vasoactivos.

Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h

Nutricional: Enteral 60 cc/h

SUBJETIVO:

Paciente sedado en el momento sin acompañante. No picos febriles. Diuresis por sonda vesical.

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica, acoplado a ventilación mecánica modo CPAP+ PS parámetros VC 578 ml, fr 16 rpm flujo 60Lpm, FIO2: 35% acoplado. PIP 28 cm de h2O PMVA 10 cm de h2O DD 42.5ml / cm de h2O RVA 11 cm de h2O.

, con signos vitales de: TA 108/67 (76), FC 85, FR 25, SatO2 96%, FiO2 0.4, T 37°C

Cabeza: estigmas de otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS -4, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporreactivas, Babinski negativo.

BALANCE HIDRICO 6 horas 06/11/18 LA 590.2, LE 450, Balance positivo (+140.2), GU 1.1 cc/Kg/hora.

Glucometría: 111.

PARACLÍNICOS:

06/11/18: Gases arteriales am: pH: 7.41, PO2: 85 mmHg, PCO2: 36.8 mmHg, HCO3: 22.9 mmol/L, BE: -1.7 mmol/L, SAT: 97.4%, LACTATO: 0.77 mmol/L, PAFIO2: 212 mmHg, FIO2: 40%

ANÁLISIS:

Paciente masculino de 43 años con estancia en UCI por TCE severo con necesidad de VMI, bajo sedación con dexmedetomidina +fentanil (RASS-4), en manejo antibiótico con cefepime + vancomicina (FI: 05/11/18) dada sospecha de foco infeccioso respiratorio (pansinusitis Vs. broncoaspiración). Al momento paciente clínicamente estable, sin signos de deterioro neurológico, no signos de hipertensión endocraneana, no nuevos picos febriles. Se decide suspender fentanil, iniciar morfina con el objeto de iniciar proceso de extubación y mejorar condiciones para valoración neurológica objetiva. Se espera resultados de RMN cerebral, hemocultivos y cultivo de secreción orotraqueal, adicional a bilirrubinas para completar y calcular perfil SOFA. Adicional, se solicitan uroanálisis, urocultivo y valoración por ORL. Paciente con prioridad 1, continúa en la unidad para vigilancia neurológica.

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)

Cabecera 30 grados

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CBEJARANOBAUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL

RESUMEN DE HISTORIA

Ventilación Mecánica Invasiva.
Nutrición enteral
Lactato de Ringer: 20 cc/h.
Dexmedetomidina 0.8 mcg/kg/h dosis titulable
Fentanyl 100 mcg/h dosis titulable ***SUSPENDER***
Morfina 4 mg, cada 4 horas ***NUEVO***
Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)
Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)
Omeprazol 40 mg IV cada día
Lorazepam 2 mg VO cada 12 horas
Tiamina 300 mg VO cada día
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Enoxaparina 60 mg sc día
Medias de compresión
Pte: RNM cerebral, hemocultivos, cultivo de secreción orotraqueal, bilirrubinas.
SS: uroanálisis, urocultivo y valoración por ORL
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Atentos a evolución y cambios

MEDICO : JAIRO ANTONIO PEREZ CELY
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79683208

NOTA MEDICA

FECHA: 06/11/2018 HORA: 22:22:40
RESPUESTA INTERCONSULTA INFECTOLOGÍA
FECHA DE VALORACIÓN 06/11/2018

JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ
Edad: 43 AÑOS
CC 9857902
EPS Sanitas
Natural: Pensilvania, Caldas
Procedente: Bogotá
Escolaridad: 3ro primaria
Vive con esposa e Hijos
Ocupación: Cotero en Abasto
Se toman datos de historia clínica

Motivo de consulta
"Tuvo trauma craneoencefálico"

Enfermedad actual

Paciente masculino de 43 años de edad, cuadro clínico que inicia el día 02/11/2018 con caída por las escalera en estado de embriaguez con pérdida del conocimiento, inicialmente llevado por Policía Nacional a Hospital de Meissen, al ingreso encuentran Glasgow 6/15, pupilas isocóricas normorreactivas, otorragia, hematoma en región parieto temporal izquierda, deciden realizar protección de vía aérea con intubación orotraqueal y toma de TAC cerebral donde evidencian hematoma subdural derecho extenso con hemorragia subaracnoidea ipsilateral, con

RESUMEN DE HISTORIA

edema cerebral asociado, desplazamiento de línea medial y colapso del ventrículo lateral derecho motivo por el cual remiten a la institución para valoración y manejo por Neurocirugía. Durante estancia en unidad de cuidado intensivo presenta picos febriles asociado a secreción orotraqueal purulenta de coloración amarillenta, elevación de reactantes de fase aguda y posible broncoaspiración asociado a intoxicación etílica y TCE, se considera sepsis de origen a establecer con probable foco pulmonar vs. pansinusitis (por hallazgo tomográfico de ocupación de las celdillas etmoidales, antros maxilares y senos esfenoidales) y se inicia manejo con cefepime + vancomicina.

Antecedentes:

Patológicos: niega

Farmacológicos: niega

Quirúrgicos: niega

Traumáticos: Accidente de tránsito atropellado por vehículo hace 6 meses con fractura clavicular izquierda manejo ortopédico

Toxicológicos: bebedor hasta la embriaguez

Alérgicos: niega

Familiares: madre CA de pulmon

Examen físico

Paciente en regulares condiciones generales, acoplado a ventilación mecánica

TA 108/72 TAM 84 FC 76 FR 21 T 36 SO2 99

Cabeza: estigmas de otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS -4, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporreactivas, Babinski negativo.

Paraclínicos

02/11/2018 TAC Cráneo Simple:

Colección subdural laminar en la convexidad fronto temporoparietal derecha, con grosor irregular alcanzando un máximo de 6 mm. Contusión hemorrágica en los lóbulos frontal y temporal dereruechos. Disminución el volumen del ventrículo lateral del mismo lado. Leve desviación de la línea media hacia la izquierda, de 5 mm. Senos densos y signos de hemorragia subaracnoidea difusa.

Disminución en la amplitud de las cisternas basales sin obliteración.

Aumento de los tejidos blandos en la región parieto occipital izquierda con trazo de fractura lineal comprometiendo el parietal y la escama del temporal. Dos trazos de fractura de la apófisis mastoides izquierda, pared anterior del CAE y densidad de tejidos blandos ocupando el oído medio y CAE y celdillas mastoideas.

Ocupación de las celdillas etmoidales, antros maxilares y senos esfenoidales, este último hiperdenso relacionado con el trauma.

Órbitas y silla turca aspecto usual.

Conclusión

hematoma subdural laminar en la convexidad frontotemporoparietal derecha asociado con contusión hemorrágica los lóbulos frontal y temporal del mismo lado, con efecto de masa sobre la línea media de 5 mm hacia la izquierda.

Hemorragia subaracnoidea postraumática.

RESUMEN DE HISTORIA

Fracturas en la mastoides con contenido de tejidos blandos en el oído medio, CAE y celdillas mastoideas izquierdas.

Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdos.

Trauma tejidos blandos parietooccipital izquierda.

02/11/2018 Rx tórax: Conclusión:

Atelectasia plana parahiliar derecha.

05/11/2018 Rx tórax:

Engrosamiento de paredes bronquiales

Nodularidad fina de predominio basal

Descartar enfermedad de vía aérea pequeña

Correlacionar con TC

Sonda enteral. Catéter central. Elementos de monitorización.

03/11/2018

Proteínas totales: 5.1, albúmina 2.9

Na 146.0, K 4.12, Cl 111.9

04/11/2018

BUN 11.5 Creatinina 0.92

Na 149, K 3.86, Cl 116.3

Leucocitos 9020 Neutrófilos 81.9% Hb 11.0 Hct 31.6 PLT 117.000

Gases arteriales: pH: 7.41 PO₂: 70.1 mmHg PCO₂: 34.9 mmHg HCO₃: 21.8 mmol/L

BE: -2.7 mmol/L SAT: 94% LACTATO: 1.71 mmol/L FIO₂: 35% PAFI 200

06/11/18: BUN 15.8, Creat 0.83, Na 150, K 3.60, Cl 114.7. Leucos 7160, N 4640, L 1270, M 810, Hct 28.2, Hb 9.5, Plaqs 134000.

Análisis:

Jose Duvel es un paciente de 43 años quien cursa con trauma craneoencefálico severo con hematoma subdural frontotemporoparietal derecho, quien presentó picos febriles asociado a elevación de reactantes de fase aguda, con sospecha de pansinusitis por hallazgo tomográfico, la cual consideramos menos probable dado que dicha ocupación de senos puede ser secundaria a proceso traumático, vs foco pulmonar debido a hallazgo de secreción orotraqueal purulenta + posible broncoaspiración + progresión radiográfica de neumopatía. Por lo cual se considera probable neumonía asociada a ventilación, y se continúa con cefepime 2 gramos IV cada 8 horas, no se inicia piperacilina tazobactam dado hipernatremia en curso. Se sugiere suspensión de vancomicina (paciente con clínica de neuroinfección no clara). Pendiente aislamiento microbiológico. Una vez se tenga aislamiento, se redirigirá terapia orientada según cultivos.

MEDICO : JUAN PABLO OSORIO LOMBANA

RM: 1032370371

ESPECIALIDAD: INFECTOLOGIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 06/11/2018 **HORA:** 22:23:

RESPUESTA INTERCONSULTA INFECTOLOGÍA

FECHA DE VALORACIÓN 06/11/2018

RESUMEN DE HISTORIA

JOSE DUVEL MUÑOZ MUÑOZ

Edad: 43 AÑOS

CC 9857902

EPS Sanitas

Natural: Pensilvania, Caldas

Procedente: Bogotá

Escolaridad: 3ro primaria

Vive con esposa e Hijos

Ocupación: Cotero en Abasto

Se toman datos de historia clínica

Motivo de consulta

"Tuvo trauma craneoencefálico"

Enfermedad actual

Paciente masculino de 43 años de edad, cuadro clínico que inicia el día 02/11/2018 con caída por las escalera en estado de embriaguez con pérdida del conocimiento, inicialmente llevado por Policía Nacional a Hospital de Meissen, al ingreso encuentran Glasgow 6/15, pupilas isocóricas normorreactivas, otorragia, hematoma en región parieto temporal izquierda, deciden realizar protección de vía aérea con intubación orotraqueal y toma de TAC cerebral donde evidencian hematoma subdural derecho extenso con hemorragia subaracnoidea ipsilateral, con edema cerebral asociado, desplazamiento de línea medial y colapso del ventrículo lateral derecho motivo por el cual remiten a la institución para valoración y manejo por Neurocirugía. Durante estancia en unidad de cuidado intensivo presenta picos febriles asociado a secreción orotraqueal purulenta de coloración amarillenta, elevación de reactantes de fase aguda y posible broncoaspiración asociado a intoxicación etílica y TCE, se considera sepsis de origen a establecer con probable foco pulmonar vs. pansinusitis (por hallazgo tomográfico de ocupación de las celdillas etmoidales, antros maxilares y senos esfenoidales) y se inicia manejo con cefepime + vancomicina.

Antecedentes:

Patológicos: niega

Farmacológicos: niega

Quirúrgicos: niega

Traumáticos: Accidente de tránsito atropellado por vehículo hace 6 meses con fractura clavicular izquierda manejo ortopédico

Toxicológicos: bebedor hasta la embriaguez

Alérgicos: niega

Familiares: madre CA de pulmon

Examen físico

Paciente en regulares condiciones generales, acoplado a ventilación mecánica

TA 108/72 TAM 84 FC 76 FR 21 T 36 SO2 99

Cabeza: estigmas de otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS -4, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporreactivas,

Babinski negativo.

RESUMEN DE HISTORIA

Paraclínicos

02/11/2018 TAC Cráneo Simple:

Colección subdural laminar en la convexidad fronto temporoparietal derecha, con grosor irregular alcanzando un máximo de 6 mm. Contusión hemorrágica en los lóbulos frontal y temporal dereruechos. Disminución el volumen del ventrículo lateral del mismo lado. Leve desviación de la línea media hacia la izquierda, de 5 mm. Senos densos y signos de hemorragia subaracnoidea difusa.

Disminución en la amplitud de las cisternas basales sin obliteración.

Aumento de los tejidos blandos en la región parieto occipital izquierda con trazo de fractura lineal comprometiendo el parietal y la escama del temporal. Dos trazos de fractura de la apófisis mastoides izquierda, pared anterior del CAE y densidad de tejidos blandos ocupando el oído medio y CAE y celdillas mastoideas.

Ocupación de las celdillas etmoidales, antros maxilares y senos esfenoidales, este último hiperdenso relacionado con el trauma.

Órbitas y silla turca aspecto usual.

Conclusión

hematoma subdural laminar en la convexidad frontotemporoparietal derecha asociado con contusión hemorrágica los lóbulos frontal y temporal del mismo lado, con efecto de masa sobre la línea media de 5 mm ha

Solicitado por : JUAN PABLO OSORIO LOMBANA

RM: 1032370371

ESPECIALIDAD: INFECTOLOGIA

Realizado por : JUAN PABLO OSORIO LOMBANA

RM: 1032370371

ESPECIALIDAD: INFECTOLOGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 06/11/2018 HORA: 23:08:22

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, TURNO NOCHE 06/11/18,
FI HUN/UCI: 02/11/18.

Nombre

Jose Muñoz

Edad 43 AÑOS

CC 985702

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de origen a establecer.
2. Trauma craneoencefálico severo.
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 2.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 2.3 Fractura mastoidea izquierda
 - 2.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Fractura clavicular izquierda.
4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.

Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.

PICC brazo izquierdo institucional: 02/11/18.

RESUMEN DE HISTORIA

Sonda vesical extrahospitalaria: 01/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI SPN-CPAP, FiO2 0.40, PEEP 8, Psop 10
Sedación: Dexmedetomidina 0.7 mcg/Kg/h + fentanil 50mcg/hora
Hemodinámico: sin vasoactivos.
Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h
Nutricional: Enteral 60 cc/h

SUBJETIVO:

Paciente sedado en el momento sin acompañante. No picos febriles. Diuresis por sonda vesical.

OBJETIVO

TA 108/72 TAM 84 FC 76 FR 21 T 36 SO2 99
Cabeza: estigmas de otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm
Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular
Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.
Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.
Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.
Neurológico: Bajo sedación RASS -4, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporreactivas, Babinski negativo.

BALANCE HIDRICO GU 0.9CC/KG/H
Glucometría: 111.

PARACLÍNICOS:

06/11/18: Gases arteriales am: pH: 7.41, PO2: 85 mmHg, PCO2: 36.8 mmHg, HCO3: 22.9 mmol/L, BE: -1.7 mmol/L, SAT: 97.4%, LACTATO: 0.77 mmo/L, PAFIO2: 212 mmHg, FIO2: 40%

ANÁLISIS:

Paciente masculino de 43 años con estancia en UCI por TCE severo con necesidad de VMI acoplado a ventilador, Se encuentra estable no requerimiento de soporte hemodinámico, no deterioro neurológico a su condición basal actual, sin signos de hipertensión endocraneana, con respuesta inflamatoria sistémica modulada sin nuevos picos febriles, se suspendió fentanil continuar bolos de morfina, con evolución neurológica hacia la mejoría, según evolución se definirá extubación, se realizó RNM se espera reporte oficial. Está pendiente policultivos ya tomados hasta reporte de resultados se continuara manejo antibiotico instaurado, se solicita control electrolitos hemograma y gases arteriales para mañana.

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)
Cabecera 30 grados
Ventilación Mecánica Invasiva.
Nutrición enteral
Lactato de Ringer: 20 cc/h.
Dexmedetomidina 0.8 mcg/kg/h dosis tituable
Fentanyl 100 mcg/h dosis tituable ***SUSPENDER***
Morfina 4 mg, cada 4 horas ***NUEVO***
Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CBEJARANOBAUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL

RESUMEN DE HISTORIA

Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)
Omeprazol 40 mg IV cada día
Lorazepam 2 mg VO cada 12 horas
Tiamina 300 mg VO cada día
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Enoxaparina 60 mg sc día
Medias de compresión
ss hemograma electrolitos gases para mañana
Control de signos vitales, avisar cambios.
Atentos a evolución y cambios

MEDICO : OSCAR MAURICIO MORENO OJEDA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79690914

NOTA MEDICA

FECHA: 07/11/2018 **HORA:** 09:08:25

EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA-

PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS CON DX

1. TCE SEVERO?
 - 1.1 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR DERECHO
 - 1.2 CONTUSIONES FRONTAL Y TEMPORAL DERECHAS IPSILATERAL
 - 1.3 FRACTURAS NO DEPRIMIDAS DE BASE DE CRÁNEO Y BÓVEDA
 - 1.4 LESION AXONAL DIFUSA A CLASIFICAR
2. SEPSIS DE FOCO PULMONAR?
3. ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO EN MANEJO AMBULATORIO POR PSIQUIATRÍA

S/ EN DESTETE DE SEDACION CON DEXMEDETOMIDINA, HA ESTADO FEBRIL, NO EMESIS, NO CONVULSIONES. NO CAMBIOS EN SIGNOS VITALES NI CAMBIOS PUPILARES.

O/ TA: 115/73, FC71 FR14 T36.8 SEDACIÓN RASS -3, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, CORNEAL, CARINAL, OCULOCEFALOGIROS PRESENTES, ESBOZO DE APERTURA OCULAR Y RETIRO EN EXTREMIDADES AL ESTIMULO DOLOROSO

TAC CEREBRAL SIMPLE CONTROL 4/11/2018 9+16 AM: SE COMPARA CON TAC CEREBRAL DEL 2/11/2018, SIN AUMENTO DE COLECCIONES:

HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR DE 4MM DE ESPESOR, FRONTAL DERECHO EN RESOLUCION, SIN AUMENTO DEL VOLUMEN, CONTUSIONES FRONTAL

Y TEMPORAL DERECHAS CON DISCRETO AUMENTO DEL EDEMA, LINEA MEDIA SIN CAMBIOS, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

RMN CEREBRAL SIMPLE 6/11/2018: CONTUSION FRONTAL Y TEMPORAL DERECHAS SIN CAMBIOS CON RESPECTO A ESTUDIOS PREVIOS. LINEA MEDIA CENTRAL, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, SE OBSERVA AREA HIPERINTENSA EN T2 Y FLAIR, HIPOINTENSA EN T1 EN ESLENIO DEL CUERPO CALLOSO CON RESTRICCION A LA DIFUSION. NO VENTRICULOMEGALIA, NO MIGRACION TRANSEPENDIMARIA.

A/ ESTABLE, SIN CAMBIOS HEMODINAMICOS NI PUPILARES QUE SUGIERAN HIPERTENSION INTRACRANEANA, SIN INDICACIÓN DE MANEJO

QUIRÚRGICO POR NEUROCIRUGIA. SE CONSIDERA CONTINUAR DESTETE DE SEDACION, SE EVIDENCIA LESION EN ESLENIO DE CUERPO CALLOSO DESCRITA QUE SUGIERE LESION AXONAL DIFUSA A CLASIFICAR, CONTINUA SEGUIMIENTO POR NUESTRO SERVICIO, MANEJO CONJUNTO CON UCI. MANEJO ANTIBIOTICO PARA POSIBLE FOCO PULMONAR SEGUN CONCEPTO DE

RESUMEN DE HISTORIA

INFECTOLOGIA.

PLAN/

RETIRO DE SEDACIÓN PARA EVALUACIÓN NEUROLÓGICA

MEDICO : NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS

RM: 8011695

ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 07/11/2018 HORA: 11:39:24

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TURNO MAÑANA 07/11/18

FI HUN/UCI: 02/11/18

9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de probable etiología pulmonar. SOFA 3 Puntos

1.1 Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica?

2. Trauma craneoencefálico severo.

2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral

2.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.

2.3 Fractura mastoidea izquierda

2.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.

3. Fractura clavicular izquierda.

4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrainstitucional: 02/11/18.

Sonda orogástrica extrainstitucional: 02/11/18.

PICC brazo izquierdo institucional: 02/11/18.

Sonda vesical extrainstitucional: 01/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI SPN-CPAP, FiO2 0.35, PEEP 8, Psop 10 VT 455-521 PIP 18

Sedación: Dexmedetomidina 0.8 mcg/Kg/h

Hemodinámico: sin vasoactivos.

Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h

Nutricional: Enteral 60 cc/h

PROBLEMAS

Descenso progresivo de sedación para valoración neurológica

Sepsis de origen a establecer, posible foco pulmonar

Anemización en vigilancia

SUBJETIVO:

Paciente sedado, con leve movimiento de miembro inferior derecho, con apertura ocular parcial al llamado-.

Diuresis por sonda vesical.

RESUMEN DE HISTORIA

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica, acoplado a ventilación mecánica, con signos vitales de:

TA 131/77 (95), FC 66 FR 21, SatO2 97%, FiO2 0.35, T 38°C

Cabeza: estigmas de otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS -3, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporreactivas,

Babinski negativo., respuesta ocular parcial al llamado,

BALANCE HÍDRICO

LA 1912, LE 1590, Balance positivo (+322), Acumulado 1887 GU 1.01 cc/Kg/hora.

Glucometría: 159 - 127 - 144 - 99.

Glucometrias 111-178-123- 119 mg/dL

PARACLÍNICOS:

07/11/18

BUN 18.8, Creat 0.75

Na 147, K 3.5, Cl 111

Leucos 8450, N 68%, L 16%, Hcto 27.7, Hb 9.5, Plaqs 167.000.

GASES ARTERIALES

PH: 7.42 PCO2: 36.9 PO2: 61.8 HCO3: 23.7 Bex: -0.7 SatO2: 91.9% PAFI: 176 LACTATO: 0.9

Trastorno Moderado de la Oxigenación, sin hiperlactatemia,

Gram secreción orotraqueal

Secreción Oro Traqueal: Leucocitos: Menor de 10 X C Celulas: Menor de 10 X C Secreción Oro Traqueal::

Cocobacilos Gram Negativos: Escasos Secreción Traqueal: Cocos Gram Positivos: +++

Cultivo SOT: Recuento de colonias: 19 x 10⁴ UFC/ml, Recuento de colonias: 10 x 10⁴ UFC/ml, Recuento de colonias: 2 x 10⁴ UFC/ml Gram: Cocos Gram positivos abundantes

Hemocultivos 05/11/2018 Negativos a las 48 horas de incubación

RNM cerebral. contusión cerebral frontotemporal derecha con edema asociado, pendiente reporte oficial.

ANÁLISIS

Jose, paciente de 43 años quien se encuentra en manejo en UCI por presentar trauma craneoencefálico severo con hematoma subdural frontotemporoparietal derecho, contusiones cerebrales y hemorragia subaracnoidea difusa, con requerimiento de soporte ventilatorio y sedoanalgesia, con episodios de agitación que ha dificultado destete de sedación por antecedente de consumo crónico de alcohol, en el momento manejo con agonista alfa 2, sin embargo no ha presenta cambio en su estado neurológico, con RNM cerebral que muestra contusión frontotemporal derecho con edema asociado, ante posibilidad de lesión como foco epileptógeno, se solicita telemetría para descartar estatus no convulsivo, continúa seguimiento por neurocirugía,

Asociado paciente ha cursado desde hace 3 días con picos febriles asociado a secreciones orotraqueales

RESUMEN DE HISTORIA

purulentas, reactantes elevados con procalcitonina positiva, por lo que se inició manejo profiláctico con cefepime + vancomicina, con empeoramiento de índices de oxigenación y cultivo de SOT con crecimiento abundante focos gram positivos aun sin tipificación, hemocultivos negativo a las 48 horas, como primera posibilidad diagnóstica foco pulmonar con neumonía asociada a ventilación, en espera de aislamiento microbiológico definitivo, continuará igual esquema antibiótico, se solicita rx de tórax de control..
Continúa manejo en Unidad de Cuidados Intensivos,

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)
Cabecera 30 grados
Ventilación Mecánica Invasiva.
Nutrición enteral
Lactato de Ringer: 20 cm3/h.
Dexmedetomidina 0.8 mcg/kg/h dosis titulable
Morfina 3 mg IV cada 4 horas
Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)
Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)
Omeprazol 40 mg IV cada día
Lorazepam 2 mg VO cada 12 horas
Tiamina 300 mg VO cada día
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Enoxaparina 60 mg sc día
Medias de compresión
SS/ Telemetria, Rx de tórax control
Pte reporte RNM cerebral
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Atentos a evolución y cambios

MEDICO : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79267639

NOTA MEDICA

FECHA: 07/11/2018 **HORA:** 17:27:05

SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

Paciente de 43 años de edad con diagnósticos de:

1 Trauma Craneoencefálico Severo

1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecho + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral

1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.

1.3 Fracturas en la mastoides

1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.

2. Antecedente de Consumo de Alcohol

Paciente con diagnósticos médicos anotados quien inició Soporte nutricional enteral para suministro de calorías y nutrientes. Glucometria 119 mg/dL

RESUMEN DE HISTORIA

Según reporte de enfermería adecuada tolerancia a soporte nutricional enteral, se decide continuar con goteo que cubre los requerimientos nutricionales en 100%.

Soporte nutricional enteral por sonda entérica con fórmula polimérica alta densidad calórica, alto aporte de proteína (Fresubin HP) por 500 ML, con los siguientes aportes:

Volumen Total: 1206 mL/18 horas

Velocidad de Infusión: 67 cc/h.

Valor Calórico Total: 1809kcal

Kcal/kg: 33 kcal/kg.

Proteína 1.6 g/kg - 90.5 g/d - 20%

Grasa: 1.3 g/kg - 69.9 g/d - 35%

Carbohidratos: 3.7 g/kg - 205 g/d - 45%

Sodio: 1447.2 mg/día

Potasio: 2822 mg/día

Fosforo: 759.8 mg/día

Según tolerancia se realizaran ajustes al manejo nutricional.

MEDICO : NICOLAS PEDREROS HERNANDEZ

RM: 1030649932

ESPECIALIDAD: NUTRICION

NOTA MEDICA

FECHA: 07/11/2018 **HORA:** 22:09:27

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TURNO TARDE 07/11/18

FI HUN/UCI: 02/11/18

9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de probable etiología pulmonar. SOFA 3 Puntos

1.1 Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica?

2. Trauma craneoencefálico severo.

2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral

2.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.

2.3 Fractura mastoidea izquierda

2.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.

3. Fractura clavicular izquierda.

4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrainstitucional: 02/11/18.

Sonda orogástrico extrainstitucional: 02/11/18.

PICC brazo izquierdo institucional: 02/11/18.

Sonda vesical extrainstitucional: 01/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI SPN-CPAP, FiO2 0.35, PEEP 8, Psop 10 VT 455-521 PIP 18

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CBEJARANOBAUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL

RESUMEN DE HISTORIA

Sedación: Dexmedetomidina 0.8 mcg/Kg/h
Hemodinámico: sin vasoactivos.
Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h
Nutricional: Enteral 60 cc/h

PROBLEMAS

Descenso progresivo de sedación para valoración neurológica
Sepsis de origen a establecer, posible foco pulmonar
Anemización en vigilancia

SUBJETIVO:

Paciente con descenso de sedación, RASS + con agitación psicomotora movilizandando cuatro extremidades.

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica, acoplado a ventilación mecánica, con signos vitales de:
TA 116/78 (104), FC 75 FR 24, SatO2 95%, FiO2 0.35, T 39.0
Cabeza: estigmas de otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm
Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular
Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.
Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.
Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.
Neurológico: Bajo sedación RASS -1, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporreactivas, Babinski negativo., respuesta ocular parcial al llamado,

BALANCE HÍDRICO 6 horas GU: 1.0cc/kg h

Glucometrias 151 mg/dL

PARACLÍNICOS:

RNM:

Áreas de contusión con focos de sangrado en los lóbulos frontal y temporal derechos que condiciona desviación de la línea media hacia la izquierda en 8 mm, y obliteración del ventrículo lateral. EN el lóbulo frontal estan coaleciendo, formando un hematoma.
Contenido hiperintenso en T1, T2/FLAIR en el espacio subdural de la convexidad derecha con leve efecto de masa, los surcos son hiperintensos en FLAIR en relación con hemorragia subaracnoidea.
Compromiso del esplenio del cuerpo calloso por señal hiperintensa en T2/FLAIR con foco de sangrado. Pequeña cantidad de sangre en el atrio izquierdo.
No hay áreas de infarto en el parénquima cerebral.
El tallo cerebral y la fosa posterior no presentan alteraciones.
Engrosamiento mucoso de los antros maxilares y de los senos frontales.
Ocupación de las celdillas mastoideas izquierdas por material hiperintenso en las secuencias T2, secundario a fractura de la mastoides mejor identificadas en la TC.
Las órbitas y la silla turca no presentan alteraciones.

Conclusión

Áreas de contusión hemorrágica en los lóbulos frontal y temporal derechos, confluentes en el frontal, asociado

RESUMEN DE HISTORIA

con hematoma subdural en la convexidad del mismo lado, con desviación de la línea media en 8 mm.

Daño axonal difuso.

Hemorragia subaracnoidea postraumática (GREENE 3).

ANÁLISIS

Paciente de 43 años de edad quien se encuentra en unidad de cuidado intensivo por TCE de verro con hemorragia subaracnoidea postraumática GREENE 3. En quien se realizo neuroprotección con sedación profunda, sin requerimiento de intervención quirúrgica. Clínicamente con evolución estacionaria dado por persistencia de picos febriles a pesar de manejo antibiótico de amplio espectro, estado neurológico fluctuante con agitación secundarios a cambios mínimos en la sedoanalgesia. Tiene reporte oficial de RNM de cerebro conceptuando daño axonal difuso que concuerda con interpretación por parte de neurocirugía quienes no consideran cambios en el manejo por el momento. Por episodio de agitación se decide aumentar dosis de dexmedetomidina a 0.7mcg/kg/h (previo de 0.5) logrando sedación RASS-1 con movilización voluntaria de cuatro extremidades. En el momento clínicamente estable, sin deterioro hemodinámico, a la espera de lectura de telemetría, de cultivos de SOT. Se decide continuar igual manejo medico instaurado. Prioridad 1. Atentos a evolución y cambios.

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)

Cabecera 30 grados

Ventilación Mecánica Invasiva.

Nutrición enteral

Lactato de Ringer: 20 cm3/h.

Dexmedetomidina 0.7 mcg/kg/h dosis tituable

Morfina 3 mg IV cada 4 horas

Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)

Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)

Omeprazol 40 mg IV cada día

Lorazepam 2 mg VO cada 12 horas

Tiamina 300 mg VO cada día

Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas

Enoxaparina 60 mg sc día

Medias de compresión

P lectura Telemetria

Control glucometrico cada 6 horas.

Cuidados de enfermería.

Control de líquidos administrados y eliminados.

Control de signos vitales, avisar cambios.

Atentos a evolución y cambios

MEDICO : OSCAR MAURICIO MORENO OJEDA

RM: 79690914

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RESUMEN DE HISTORIA

NOTA MEDICA

FECHA: 08/11/2018 HORA: 01:29:22

****NOTA UCI NOCHE****

En contexto de paciente con TCE severo con posible lesion axonal difusa debe considerarse realizacion de gastrostomia y traqueostomia la cual debe plantearse como manejo y ante familiares.

MEDICO : OSCAR MAURICIO MORENO OJEDA

RM: 79690914

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 08/11/2018 HORA: 10:39:20

RESPUESTA IC ORL

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de probable etiología pulmonar. SOFA 3 Puntos
 - 1.1 Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica?
 2. Trauma craneoencefálico severo.
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 2.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 2.3 Fractura mastoidea izquierda
 - 2.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
 3. Fractura clavicular izquierda.
 4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

SUBJETIVO.

Paciente masculino quien ingresa HUN 02/11/2018, sin acompañante de momento, con enfermedad actual segun historia clinica de ingreso, presenta 02/11/2018 presenta caida por las escaleras en estado de embriaguez con posterior alteracion del estado de conciencia, ingresa a urgencias del hospital de meissen se documento otorragia izquierda , glasgow 6/15 por lo que proceden a realizar intubacion para troteccion de via aera, realizan TAC de craneo cuyo reporte es hematoma subdural derecho extenso con hemorragia subaracnoidea hemisferica ipsilateral edema cerebral marcado de hemisferio derecho y desplazamiento de la linea media con colapso del ventriculo lateral derecho ademas de fractura del seno esfenoidal con hemoseno inician propofol y remiten .

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica, acoplado a ventilación mecánica, con signos vitales de:

TA 116/78 (104), FC 75 FR 24, SatO2 95%, FiO2 0.35, T 39.0

Cabeza: estigmas de otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas,

Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Otoscopia: con detritus izquierdos los cuales se retiran se evidencia laceracion del cae, sin hemotimpano, no signos de fistula de LCR, de momento sin posibilidad de evaluar audicion, sin posibilidad de realizar acumetria.

PARACLÍNICOS:

RNM:

RESUMEN DE HISTORIA

Áreas de contusión con focos de sangrado en los lóbulos frontal y temporal derechos que condiciona desviación de la

línea media hacia la izquierda en 8 mm, y obliteración del ventrículo lateral. EN el lóbulo frontal estan coaleciendo, formando un hematoma.

Contenido hiperintenso en T1, T2/FLAIR en el espacio subdural de la convexidad derecha con leve efecto de masa, los surcos

son hiperintensos en FLAIR en relación con hemorragia subaracnoidea.

Compromiso del esplenio del cuerpo calloso por señal hiperintensa en T2/FLAIR con foco de sangrado. Pequeña cantidad de

sangre en el atrio izquierdo.

No hay áreas de infarto en el parénquima cerebral.

El tallo cerebral y la fosa posterior no presentan alteraciones.

Engrosamiento mucoso de los antros maxilares y de los senos frontales.

Ocupación de las celdillas mastoideas izquierdas por material hiperintenso en las secuencias T2, secundario a fractura

de la mastoides mejor identificadas en la TC.

Las órbitas y la silla turca no presentan alteraciones.

Conclusión

Áreas de contusión hemorrágica en los lóbulos frontal y temporal derechos, confluentes en el frontal, asociado con

hematoma subdural en la convexidad del mismo lado, con desviación de la línea media en 8 mm.

ANÁLISIS

Paciente de 43 años de edad quien se encuentra en unidad de cuidado intensivo desde el 02/11/2018 por TCE severo, con hemorragia

subaracnoidea postraumática sin criterios de intervención quirúrgica, en manejo de soporte, además de manejo antibiótico por proceso infeccioso, somos interconsultados debido a que el paciente presenta fractura del temporal con ocupación discreta de oído medio y celdas mastoideas, fractura de trazo transversal sin lesión de capsula otica, de momento sin evidencia de fistula de LCR, con otorragia secundaria a laceración del cae y cizallamiento por contigüidad, no requiere intervención quirúrgica debido a que no hay evidencia de lesión de capsula otica, tampoco parálisis facial, el paciente presenta apertura ocular por lo tanto la puntuación de house brackmann es menor a 3, es decir tampoco requiere descompresión del n. facial. No se puede evaluar audición por lo tanto debe a su egreso ser evaluado por ORL con una orden generada por servicio tratante, se cierra interconsulta.

PLAN:

Generar orden ambulatoria para valoración por ORL por servicio tratante.

MEDICO : ALEJANDRA DEL PILAR RODRIGUEZ ORJUELA

RM: 1026263546

ESPECIALIDAD: OTORRINOLARINGOLOGIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 08/11/2018 **HORA:** 10:39:

RESPUESTA IC ORL

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de probable etiología pulmonar. SOFA 3 Puntos
- 1.1 Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica?
2. Trauma craneoencefálico severo.

RESUMEN DE HISTORIA

- 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
- 2.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
- 2.3 Fractura mastoidea izquierda
- 2.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Fractura clavicular izquierda.
4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

SUBJETIVO.

Paciente masculino quien ingresa HUN 02/11/2018, sin acompañante de momento, con enfermedad actual según historia clínica de ingreso, presenta 02/11/2018 presenta caída por las escaleras en estado de embriaguez con posterior alteración del estado de conciencia, ingresa a urgencias del hospital de Meissen se documenta otorragia izquierda, Glasgow 6/15 por lo que proceden a realizar intubación para protección de vía aérea, realizan TAC de cráneo cuyo reporte es hematoma subdural derecho extenso con hemorragia subaracnoidea hemisférica ipsilateral edema cerebral marcado de hemisferio derecho y desplazamiento de la línea media con colapso del ventrículo lateral derecho además de fractura del seno esfenoidal con hemorragia intraseno se inicia propofol y remiten.

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies algica, acoplado a ventilación mecánica, con signos vitales de:

TA 116/78 (104), FC 75 FR 24, SatO2 95%, FiO2 0.35, T 39.0

Cabeza: estigmas de otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas,

Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Otoscopia: con detritus izquierdos los cuales se retiran se evidencia laceración del tímpano, sin hemotímpano, no signos de fístula de LCR, de momento sin posibilidad de evaluar audición, sin posibilidad de realizar acúmetría.

PARACLÍNICOS:

RNM:

Áreas de contusión con focos de sangrado en los lóbulos frontal y temporal derechos que condiciona desviación de la

línea media hacia la izquierda en 8 mm, y obliteración del ventrículo lateral. En el lóbulo frontal están coalesciendo, formando un hematoma.

Contenido hiperintenso en T1, T2/FLAIR en el espacio subdural de la convexidad derecha con leve efecto de masa, los surcos

son hiperintensos en FLAIR en relación con hemorragia subaracnoidea.

Compromiso del esplenio del cuerpo calloso por señal hiperintensa en T2/FLAIR con foco de sangrado. Pequeña cantidad de sangre en el atrio izquierdo.

No hay áreas de infarto en el parénquima cerebral.

El tallo cerebral y la fosa posterior no presentan alteraciones.

Engrosamiento mucoso de los antros maxilares y de los senos frontales.

Ocupación de las celdillas mastoideas izquierdas por material hiperintenso en las secuencias T2, secundario a fractura

de la mastoidea mejor identificadas en la TC.

Las órbitas y la silla turca no presentan alteraciones.

Conclusión

RESUMEN DE HISTORIA

Áreas de contusión hemorrágica en los lóbulos frontal y temporal derechos, confluentes en el frontal, asociado con hematoma subdural en la convexidad del mismo lado, con desviación de la línea media en 8 mm.

ANÁLISIS

Paciente de 43 años de edad quien se encuentra en unidad de cuidado intensivo desde el 02/11/2018 por TCE severo, con hemorragia subaracnoidea postraumática sin criterios de intervención quirúrgica, en manejo de soporte, además de manejo antibiótico por proceso infeccioso, somos interconsultados debido a que el paciente presenta fractura del temporal con ocupación discreta de oído medio y celdas mastoideas, fractura de trazo transversal sin lesión de capsula otica, de momento sin evidencia de fistula de LCR, con otorragia secundaria a laceración del cae y cizallamiento por contigüidad, no requiere intervención quirúrgica debido a que no hay evidencia de lesión de capsula otica, tampoco par

Solicitado por : ALEJANDRA DEL PILAR RODRIGUEZ ORJUELA

RM: 1026263546

ESPECIALIDAD: OTORRINOLARINGOLOGIA

Realizado por : ALEJANDRA DEL PILAR RODRIGUEZ ORJUELA

RM: 1026263546

ESPECIALIDAD: OTORRINOLARINGOLOGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 08/11/2018 HORA: 11:40:00

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TURNO MAÑANA 08/11/18

FI HUN/UCI: 02/11/18

9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de probable etiología pulmonar. SOFA 3 Puntos
 - 1.1 Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica?
2. Trauma craneoencefálico severo.
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha
 - 2.2 Contusión hemorrágica frontal y temporal derechos
 - 2.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática (GREENE 3).Rotterdam 5.
 - 2.4 Daño axonal difuso.
 - 2.5 Fractura mastoidea izquierda
 - 2.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Fractura clavicular izquierda.
4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrahospitalario: 02/11/18.

Sonda orogástrica extrahospitalario: 02/11/18.

PICC brazo izquierdo institucional: 02/11/18.

Sonda vesical extrahospitalario: 01/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI SPN-CPAP, FiO2 0.35, PEEP 8, Psop 8 VT 455-521 PIP 18 FR 21

Sedación: Dexmedetomidina 0.7 mcg/Kg/h

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CBEJARANOBAUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL

RESUMEN DE HISTORIA

Hemodinámico: sin vasoactivos.
Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm³/h
Nutricional: Enteral 60 cc/h

PROBLEMAS

Descenso progresivo de sedación para valoración neurológica
Sepsis de origen a establecer, posible foco pulmonar
Anemización en vigilancia

SUBJETIVO:

Paciente sedado RASS -1, con leve movimiento de miembro inferior derecho, con apertura ocular parcial al llamado-. Diuresis por sonda vesical.
Persiste con picos febriles ayer 8 am y 6 pm

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica, acoplado a ventilación mecánica, con signos vitales de:
TA 117/75 (88), FC 70 FR 26, SatO₂ 97%, FiO₂ 0.35, T 37°C
Cabeza: estigmas de otorragia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 22 cm
Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular
Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.
Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.
Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.
Neurológico: Bajo sedación RASS -3, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporreactivas, Babinski negativo., respuesta ocular parcial al llamado, hemiparesia izquierda, ROT ++ rotulinaos,

BALANCE HÍDRICO

LA 2867, LE 1750, Balance positivo (+232), Acumulado 2441 GU 1.12 cc/Kg/hora.

Glucometrias 166-151-147-138 mg/dL

PARACLÍNICOS:

08/11/18
BUN 16.9, Creat 0.66
Na 143, K 3.52, Cl 105.8
Leucos 9750, N 7%, L 16%, Hcto 28.3, Hb 9.9, Plaqs 240.000.

Gram secreción orotraqueal

Secreción Oro Traqueal: Leucocitos: Menor de 10 X C Celulas: Menor de 10 X C Secreción Oro Traqueal::
Cocobacilos Gram Negativos: Escasos Secreción Traqueal: Cocos Gram Positivos: +++
Cultivo SOT: Recuento de colonias: 19 x 10⁴ UFC/ml, Recuento de colonias: 10 x 10⁴ UFC/ml, Recuento de colonias: 2 x 10⁴ UFC/ml Gram: Cocos Gram positivos abundantes

Hemocultivos 05/11/2018 Negativos a las 48 horas de incubación

RNM cerebral. 06/11/2018

Áreas de contusión hemorrágica en los lóbulos frontal y temporal derechos, confluentes en el frontal, asociado con hematoma subdural en la convexidad del mismo lado, con desviación de la línea media en 8 mm.

RESUMEN DE HISTORIA

Daño axonal difuso.
Hemorragia subaracnoidea postraumática (GREENE 3).
Rotterdam 5.

Rx de tórax: Tubo endotraqueal con extremo distal a 74 mm de la carina.
Catéter venoso central de inserción periférica con acceso izquierdo y extremo distal proyectado en vena cava superior.
Sonda de trayecto esofagogástrico con extremo distal proyectado en cámara gástrica.
La silueta cardiomedial es de tamaño normal.
Tráquea y bronquios son de curso y calibre normal.
Engrosamiento de paredes bronquiales.
Opacidades micronodulares de distribución difusa y simétrica en ambos campos pulmonares.
Opacidad alveolar mal definido en base pulmonar derecha.
Atelectasia plana en base pulmonar izquierda con pérdida de definición del contorno diafragmático adyacente.
Espondilosis de la columna torácica. Fractura no consolidada de clavícula izquierda en su tercio medial.
Conclusión:
Los hallazgos descritos en el parénquima pulmonar pueden estar en probable relación con proceso infeccioso de la pequeña vía aérea, hallazgos que se deben correlacionar con tomografía computarizada

ANÁLISIS

Jose, paciente de 43 años quien se encuentra en manejo en UCI por presentar trauma craneoencefálico severo con hematoma subdural frontotemporoparietal derecho, contusiones cerebrales y hemorragia subaracnoidea difusa, con requerimiento de soporte ventilatorio y sedoanalgesia, en plan de descenso de sedación para evaluar despertar con leve mejoría del estado neurológico, sigue órdenes simples con apertura ocular al llamado, soporte ventilatorio modo espontáneo con presión soporte. ha persistido con picos febriles, con manejo antibiótico instaurado primera posibilidad de foco pulmonar por aislamiento de gram positivos en secreción orotraqueal, en espera de aislamiento microbiológico para guiar terapia antibiótica, hemocultivos negativo a las 48 horas sin cambios en Rx de tórax control. continuará igual esquema antibiótico, se disminuye dosis de lorazepam
Pendiente lectura de telemetría para descartar status no convulsivo.
Continúa manejo en Unidad de Cuidados Intensivos,

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)
Cabecera 30 grados
Ventilación Mecánica Invasiva.
Nutrición enteral
Lactato de Ringer: 20 cm3/h.
Dexmedetomidina 0.7 mcg/kg/h dosis tituable
Morfina 3 mg IV cada 4 horas
Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)
Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)
Omeprazol 40 mg IV cada día
Lorazepam 2 mg VO cada día ***** CAMBIO *****
Tiamina 300 mg VO cada día
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Enoxaparina 60 mg sc día

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CBEJARANOBAUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL

RESUMEN DE HISTORIA

Medias de compresión
SS/ Telemetría, Gases de control
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Atentos a evolución y cambios

MEDICO : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79267639

NOTA MEDICA

FECHA: 08/11/2018 **HORA:** 14:05:31

SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

Paciente de 43 años de edad con diagnósticos de:

- 1 Trauma Craneoencefálico Severo
 - 1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecho + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral
 - 1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.
 - 1.3 Fracturas en la mastoides
 - 1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
2. Antecedente de Consumo de Alcohol

Paciente con diagnósticos médicos anotados quien inició Soporte nutricional enteral para suministro de calorías y nutrientes. Glucometría 138 mg/dL

Según reporte de enfermería adecuada tolerancia a soporte nutricional enteral, se decide continuar con goteo que cubre los requerimientos nutricionales en 100%.

Soporte nutricional enteral por sonda entérica con fórmula polimérica alta densidad calórica, alto aporte de proteína (Fresubin HP) por 500 ML, con los siguientes aportes:

Volumen Total: 1206 mL/18 horas

Velocidad de Infusión: 67 cc/h.

Valor Calórico Total: 1809kcal

Kcal/kg: 33 kcal/kg.

Proteína 1.6 g/kg - 90.5 g/d - 20%

Grasa: 1.3 g/kg - 69.9 g/d - 35%

Carbohidratos: 3.7 g/kg - 205 g/d - 45%

Sodio: 1447.2 mg/día

Potasio: 2822 mg/día

Fosforo: 759.8 mg/día

Según tolerancia se realizarán ajustes al manejo nutricional.

MEDICO : JULIETH ANDREA CALDERON PRIETO
ESPECIALIDAD: NUTRICION

RM: 1013663663

RESPUESTA A INTERCONSULTA

RESUMEN DE HISTORIA

FECHA: 08/11/2018 **HORA:** 14:29:

Favor solicitar valoración por neurofisiología/electrofisiología

Solicitado por : JULIETH ANDREA CALDERON PRIETO

RM: 1013663663

ESPECIALIDAD: NUTRICION

Realizado por : MIRIAM SAAVEDRA ESTUPIÑAN

RM: 8550

ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA OFTALMOLOGICA

NOTA MEDICA

FECHA: 08/11/2018 **HORA:** 14:42:55

EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA-

PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS CON DX

1. TCE SEVERO

1.1 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR DERECHO

1.2 CONTUSIONES FRONTAL Y TEMPORAL DERECHAS IPSILATERAL

1.3 FRACTURAS NO DEPRIMIDAS DE BASE DE CRÁNEO Y BÓVEDA

1.4 LESION AXONAL DIFUSA A CLASIFICAR

2. SEPSIS DE FOCO PULMONAR?

3. ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO EN MANEJO AMBULATORIO POR PSIQUIATRÍA

S/ EN DESTETE DE SEDACION CON DEXMEDETOMIDINA, HA ESTADO FEBRIL, NO EMESIS, NO CONVULSIONES. NO CAMBIOS EN SIGNOS

VITALES NI CAMBIOS PUPILARES.

O/ TA: 120/70, FC75 FR15 T36.8 SEDACIÓN RASS -3, ISOCORIA 3 MM REACTIVAS, CORNEAL, CARINAL, OCULOCEFALOGIROS PRESENTES, ESBOZO DE APERTURA OCULAR Y RETIRO EN EXTREMIDADES AL ESTIMULO DOLOROSO

TAC CEREBRAL SIMPLE CONTROL 4/11/2018 9+16 AM: SE COMPARA CON TAC CEREBRAL DEL 2/11/2018, SIN AUMENTO DE COLECCIONES:

HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR DE 4MM DE ESPESOR, FRONTAL DERECHO EN RESOLUCION, SIN AUMENTO DEL VOLUMEN, CONTUSIONES FRONTAL

Y TEMPORAL DERECHAS CON DISCRETO AUMENTO DEL EDEMA, LINEA MEDIA SIN CAMBIOS, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

RMN CEREBRAL SIMPLE 6/11/2018: CONTUSION FRONTAL Y TEMPORAL DERECHAS SIN CAMBIOS CON RESPECTO A ESTUDIOS PREVIOS. LINEA

MEDIA CENTRAL, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, SE OBSERVA AREA HIPERINTENSA EN T2 Y FLAIR, HIPOINTENSA EN T1 EN ESPLenio

DEL CUERPO CALLOSO CON RESTRICCION A LA DIFUSION. NO VENTRICULOMEGALIA, NO MIGRACION TRANSEPENDIMARIA.

A/ ESTABLE, SIN CAMBIOS HEMODINAMICOS NI PUPILARES QUE SUGIERAN HIPERTENSION INTRACRANEANA, SIN INDICACIÓN DE MANEJO

QUIRÚRGICO POR NEUROCIRUGIA. SE CONSIDERA CONTINUAR DESTETE DE SEDACION, SE EVIDENCIA LESION EN ESPLenio DE CUERPO

CALLOSO DESCRITA QUE SUGIERE LESION AXONAL DIFUSA A CLASIFICAR, CONTINUA SEGUIMIENTO POR NUESTRO SERVICIO, MANEJO

CONJUNTO CON UCI. MANEJO ANTIBIOTICO PARA POSIBLE FOCO PULMONAR SEGUN CONCEPTO DE INFECTOLOGIA.

PLAN/

RETIRO DE SEDACIÓN PARA EVALUACIÓN NEUROLÓGICA

MEDICO : NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS

RM: 8011695

ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

RESUMEN DE HISTORIA

NOTA MEDICA

FECHA: 08/11/2018 HORA: 16:30:03

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TURNO TARDE 08/11/18

FI HUN/UCI: 02/11/18

9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de probable etiología pulmonar. SOFA 3 Puntos
 - 1.1 Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica?
 2. Trauma craneoencefálico severo.
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha
 - 2.2 Contusión hemorrágica frontal y temporal derechos
 - 2.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática (GREENE 3).Rotterdam 5.
 - 2.4 Daño axonal difuso.
 - 2.5 Fractura mastoidea izquierda
 - 2.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
 3. Fractura clavicular izquierda.
 4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrainstitucional: 02/11/18.

Sonda orogástrico extrainstitucional: 02/11/18.

PICC brazo izquierdo institucional: 02/11/18.

Sonda vesical extrainstitucional: 01/11/18

SOPORTE

Respiratorio VMI SPN-CPAP, FiO2 0.35, PEEP 8, Psop 8 VT 455-521 PIP 18 FR 21

Sedación: Dexmedetomidina 0.7 mcg/Kg/h

Hemodinámico: sin vasoactivos.

Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h

Nutricional: Enteral 60 cc/h

PROBLEMAS

Sepsis posible foco pulmonar

Hipokalemia en corrección

SUBJETIVO:

Paciente sedado RASS +2, familiares refieren mayor respuesta e interacción, con movilización de 4 extremidades, siguiendo órdenes, Diuresis por sonda vesical, sin nuevos picos febriles durante el día

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica, acoplado a ventilación mecánica modo espontáneo CPAP con signos vitales de:

TA 121/77 (88), FC 54 FR 22, SatO2 98%, FiO2 0.35, T 36.5°C

Cabeza: estigmas de otorraquia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas, Tubo orotraqueal 7.5 fijado a 23 cm

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

RESUMEN DE HISTORIA

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: Bajo sedación RASS +2, sin posturas anormales, pupilas isocóricas de 2 mm hiporreactivas, Babinski negativo, respuesta ocular al llamado, moviliza 4 extremidades con disminución de fuerza en hemicuerpo izquierdo, ROT ++ rotulianos,

BALANCE HÍDRICO 6 horas

LA 590, LE 570, Balance positivo (+204), GU 1.4 cc/Kg/hora.

Glucometrias 179 mg/dL

PARACLÍNICOS:

GASES ARTERIALES 11+30

PH 7.45 PCO2 33.1 PO2 70.2 HCO3 22.7 BE -1.2 SO2 94.4 PAFI 202 Na 144 Cl 101.1 K 2.88 Ca 1.159 Lactato 1.46

Glucosa 218.2

Trastorno moderado de la oxigenación, con mejoría respecto a previo,

Cultivo SOT: Recuento de colonias: 19 x 10⁴ UFC/ml, Recuento de colonias: 10 x 10⁴ UFC/ml, Recuento de colonias: 2 x 10⁴ UFC/ml Gram: Cocos Gram positivos abundantes

Hemocultivos 05/11/2018 Negativos a las 72 horas de incubación

Urocultivo 06/11/2018 Negativo a las 24 horas de incubación

ANÁLISIS

Jose, paciente de 43 años quien se encuentra en manejo en UCI por TCE severo con hematoma subdural derecho, contusiones cerebrales frontotemporales derecha, hemorragia subaracnoidea postraumática, lesión axonal difusa a nivel de cuerpo calloso con requerimiento de soporte ventilatorio, en plan de descenso progresivo de sedación, mejoría de respuesta neurológica, siguiendo órdenes, respuesta ocular al llamado, posible hemiparesia izquierda, valorado por fonoaudiología quien confirma reflejos protectores de vía aérea y reflejos deglutorios, sin signos meníngeos, con mejoría de índices gasimétricos, estable hemodinámicamente, sin signos de bajo gastos ni requerimiento de soporte vasoactivo. se dice iniciar protocolo de extubación. Durante el día sin nuevos picos febriles, pendiente aislamiento microbiología de SOT, hemocultivo y urocultivos negativos, continuará manejo antibiótico. Se inicia reposición de Potasio IV para meta > 4 mmol/L, Pendiente lectura de telemetría. Continúa manejo en Unidad de Cuidados Intensivos,

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)

Cabecera 30 grados

Ventilación Mecánica Invasiva.

Nutrición enteral

Lactato de Ringer: 20 cm³/h.

Dexmedetomidina 0.7 mcg/kg/h dosis tituable

Morfina 3 mg IV cada 4 horas

Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)

Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)

Katrol 4 meq/h ***** INICIO *****

Omeprazol 40 mg IV cada día

RESUMEN DE HISTORIA

Lorazepam 2 mg VO cada día
Tiamina 300 mg VO cada día
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Enoxaparina 60 mg sc día
Medias de compresión
P/ Telemetría, Gases de control
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Atentos a evolución y cambios

MEDICO : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79267639

NOTA MEDICA

FECHA: 08/11/2018 **HORA:** 23:13:34
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TURNO NOCHE 08/11/18
FI HUN/UCI: 02/11/18
9857902

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de probable etiología pulmonar. SOFA 3 Puntos
 - 1.1 Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica?
2. Trauma craneoencefálico severo.
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha
 - 2.2 Contusión hemorrágica frontal y temporal derechos
 - 2.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática (GREENE 3).Rotterdam 5.
 - 2.4 Daño axonal difuso.
 - 2.5 Fractura mastoidea izquierda
 - 2.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Fractura clavicular izquierda.
4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

Tubo endotraqueal extrainstitucional: 02/11/18.
Sonda orogástrico extrainstitucional: 02/11/18.
PICC brazo izquierdo institucional: 02/11/18.
Sonda vesical extrainstitucional: 01/11/18

SOPORTE

Respiratorio Cánula nasal 2l por min
Sedación: Dexmedetomidina 0.7 mcg/Kg/h
Hemodinámico: sin vasoactivos.
Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h
Nutricional: Enteral 60 cc/h

RESUMEN DE HISTORIA

PROBLEMAS

Sepsis posible foco pulmonar

Hipokalemia en corrección

OBJETIVO

Paciente en regulares condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica, acoplado a ventilación mecánica modo espontáneo CPAP con signos vitales de:

TA 148/86 TAM 106 FC 69 FR 20 T36 SO2 95

Cabeza: estigmas de otorraquia izquierda, no se palpan crepitaciones, escleras anictéricas, mucosas húmedas y rosadas,

Cuello: sin masas, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando depresible, sin organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades eutróficas, con pulsos distales simétricos, de buena amplitud, sin edemas, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha.

Neurológico: pupilas isocóricas de 2 mm hiporreactivas, Babinski negativo, respuesta ocular al llamado, moviliza 4 extremidades con disminución de fuerza en hemicuerpo izquierdo, ROT ++ rotulianos,

BALANCE HÍDRICO 6 horas

LA 590, LE 570, Balance positivo (+204), GU 1.4 cc/Kg/hora.

Glucometrias 179 mg/dL

PARACLÍNICOS:

GASES ARTERIALES 11+30

PH 7.45 PCO2 33.1 PO2 70.2 HCO3 22.7 BE -1.2 SO2 94.4 PAFI 202 Na 144 Cl 101.1 K 2.88 Ca 1.159 Lactato 1.46

Glucosa 218.2

Trastorno moderado de la oxigenación, con mejoría respecto a previo,

Cultivo SOT: Recuento de colonias: 19×10^4 UFC/ml, Recuento de colonias: 10×10^4 UFC/ml, Recuento de colonias: 2×10^4 UFC/ml Gram: Cocos Gram positivos abundantes

Hemocultivos 05/11/2018 Negativos a las 72 horas de incubación

Urocultivo 06/11/2018 Negativo a las 24 horas de incubación

ANÁLISIS

Jose, paciente de 43 años quien se encuentra en manejo en UCI por TCE severo con hematoma subdural derecho, contusiones cerebrales frontotemporales derecha, hemorragia subaracnoidea postraumática, lesión axonal difusa a nivel de cuerpo calloso, requirio soporte ventilatorio hasta el día de hoy, se logro extubación con adecuada tolerancia, no aumento de trabajo respiratorio, no deterioro clínico, no estridor, no hay deterioro neurológico adicional a su estado basal, con modulación de respuesta inflamatoria sistémica, no se ha documentado el día de hoy nuevos picos febriles.

Se continúa manejo antibiotico establecido se espera aislamiento microbiología de SOT, hemocultivo y urocultivos negativos, continúa vigilancia en la unidad, se solicita seguimiento de electrolitos bun creatinina para mañana. se indica retiro de sonda vesical, suspender dexmedetomidina 6am

PLAN:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CBEJARANOBAUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL

RESUMEN DE HISTORIA

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1)
Cabecera 30 grados
Oxígeno por cánula 2l por min para saturación mayor a 90
Nutrición enteral
Lactato de Ringer: 20 cm3/h.
Dexmedetomidina 0.7 mcg/kg/h dosis tituable suspender 6am
Morfina 3 mg IV cada 4 horas
Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)
Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)
Cloruro de potasio 4meq hora
Omeprazol 40 mg IV cada día
Lorazepam 2 mg VO cada día
Tiamina 300 mg VO cada día
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Enoxaparina 60 mg sc día
Medias de compresión
P/ Telemetría, Gases de control
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Atentos a evolución y cambios

MEDICO : CARMELO JOSE ESPINOSA ALMANZA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 78034249

NOTA MEDICA

FECHA: 09/11/2018 **HORA:** 08:29:18
EVOLUCIÓN NEUROCIRUGÍA-

PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS CON DX

1. TCE SEVERO
- 1.1 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR DERECHO
- 1.2 CONTUSIONES FRONTAL Y TEMPORAL DERECHAS IPSILATERAL
- 1.3 FRACTURAS NO DEPRIMIDAS DE BASE DE CRÁNEO Y BÓVEDA
- 1.4 LESION AXONAL DIFUSA A CLASIFICAR
2. SEPSIS DE FOCO PULMONAR? EN MANEJO CON CEFEPIME (FI 5/11/2018)
3. ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO EN MANEJO AMBULATORIO POR PSIQUIATRÍA

S/ PACIENTE TOLERA RETIRO DE SEDACIÓN Y EXTUBACIÓN, CON EPISODIOS DE AGITACIÓN PSICOMOTORA. CON ADECUADO ALERTAMIENTO. SIN EMESIS.

O/ TA: 120/70, FC75 FR15 T36.8 SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, HIDRATADO, CON ALIMENTACION POR SONDA NASOGASTRICA
7J.0 *HOSVITAL* **Usuario: CBEJARANOB AUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL**

RESUMEN DE HISTORIA

ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, BRADILALIA Y BRADIPSQUIA, OBEDECE ORDENES.
ISOCORIA REACTIVA, SIN PARESIAS OCULOMOTORAS Y CON SIMETRIA FACIAL
MOVILIZA 4 EXTREMIDADES SIMETRICAMENTE

TAC CEREBRAL SIMPLE CONTROL 4/11/2018 9+16 AM: SE COMPARA CON TAC CEREBRAL DEL 2/11/2018, SIN AUMENTO DE COLECCIONES: HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR DE 4MM DE ESPESOR, FRONTAL DERECHO EN RESOLUCION, SIN AUMENTO DEL VOLUMEN, CONTUSIONES FRONTAL Y TEMPORAL DERECHAS CON DISCRETO AUMENTO DEL EDEMA, LINEA MEDIA SIN CAMBIOS, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, NO VENTRICULOMEGALIA.

RMN CEREBRAL SIMPLE 6/11/2018: CONTUSION FRONTAL Y TEMPORAL DERECHAS SIN CAMBIOS CON RESPECTO A ESTUDIOS PREVIOS. LINEA MEDIA CENTRAL, CISTERNAS DE LA BASE ABIERTAS, SE OBSERVA AREA HIPERINTENSA EN T2 Y FLAIR, HIPOINTENSA EN T1 EN ESLENIO DEL CUERPO CALLOSO CON RESTRICCION A LA DIFUSION. NO VENTRICULOMEGALIA, NO MIGRACION TRANSEPENDIMARIA.

A/ ESTABLE, SIN CAMBIOS HEMODINAMICOS, TOLERANDO EXTUBACIÓN Y CON ADECUADO ALERTAMIENTO Y OBEDECIENDO ORDENES, SIN FOCALIZACION NEUROLÓGICA NI SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEANA, SIN INDICACIÓN DE MANEJO QUIRÚRGICO POR NEUROCIRUGIA. POR EVIDENCIA DE LESION EN ESLENIO DE CUERPO CALLOSO DESCRITA QUE SUGIERE LESION AXONAL DIFUSA A CLASIFICAR LO CUAL PUEDE SIGNIFICAR ALETRACIONES COMPORTAMENTALES, POR LO CUAL SE SUGIERE VALORACION POR PSIQUIATRIA ADEMAS POR ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO. NO REQUIERE MANEJO ADICIONAL POR NUESTRO SERVICIO, SE CIERRA INTERCONSULTA. CONTINUAREMOS SEGUIMIENTO AMBULATORIO UNA VEZ DADO DE ALTA.
EN MANEJO ANTIBIOTICO PARA POSIBLE FOCO PULMONAR SEGUN CONCEPTO DE INFECTOLOGIA, CON MODULACIÓN DE SIRS EN ESPERA DE POLICULTIVOS.

PLAN/
SE CIERRA IC POR NEUROCIRUGIA
CONTINUA MANEJO POR FOCO PULMONAR
SE SUGIERE VALORACION POR PSIQUIATRIA

MEDICO : NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS
ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

RM: 8011695

NOTA MEDICA

FECHA: 09/11/2018 **HORA:** 13:02:14

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, UCI 20 TURNO MAÑANA 09/11/18

FI HUN/UCI: 02/11/18

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de probable etiología pulmonar. SOFA 3 Puntos
 - 1.1 Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica?
2. Trauma craneoencefálico severo.
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha
 - 2.2 Contusión hemorrágica frontal y temporal derechos
 - 2.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática (GREENE 3), Rotterdam 5.
 - 2.4 Daño axonal difuso.
 - 2.5 Fractura mastoidea izquierda.
 - 2.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Fractura clavicular izquierda.
4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

RESUMEN DE HISTORIA

ACCESOS:

PICC brazo izquierdo institucional: 02/11/18.
Tubo endotraqueal extrainstitucional: 02/11/18 - Extubación programada 08/11/18.
Sonda orogástrico extrainstitucional: 02/11/18 - Retiro por paciente 09/11/18.
Sonda vesical extrainstitucional: 01/11/18 - Retiro 09/11/18.

SOPORTE

Respiratorio: O2 por cánula nasal a 0.5L/min.
Sedoanalgesia: Morfina 3mg, IV cada 4 horas.
Hemodinámico: sin vasoactivos.
Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h
Nutricional: Enteral 60 cc/h, suspendida al momento.

CONTROL DE LÍQUIDOS: LA 1189cc, LE 2820cc, balance negativo (-1631cc), GU 1.8cc

PROBLEMAS

Sepsis posible foco pulmonar.
Hipokalemia en corrección.

SUBJETIVO: Paciente en compañía de hijo (Daniel Muñoz), quien informa ver mejor a su padre, con mayor interacción con medio, mayor movilidad, no dolor referido, diuresis espontánea. No picos febriles.

OBJETIVO

Paciente en aceptables condiciones generales, en decúbito supino, sin facies álgica, con signos vitales de: TA 127/76, TAM 106, FC 71, FR 21, T 36.5, SatO2 95% con cánula nasal a 0.5L/min.
Cabeza: Normocéfalo, no se palpan crepitaciones ni escalones, escleras y conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, rosada y sin lesiones, estigmas de otorragia izquierda. Cuello móvil, no doloroso, sin masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular.
Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni frémitos, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin agregados.
Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal, no masas ni visceromegalias. Equimosis en región lumbar derecha, probablemente secundaria a trauma.
Extremidades: simétricas, eutróficas, sin edema, arcos de movimiento conservados, pulsos distales simétricos, de buena amplitud, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha. Adecuada temperatura distal.
Neurológico: somnoliento fluctuante, alertable al llamado, sigue órdenes sencillas, se comunica con examinador; isocoria hiporreactivas (2mms), Babinski negativo, moviliza 4 extremidades con disminución de fuerza en hemicuerpo izquierdo, ROT ++ rotulianos,

PARACLÍNICOS:

09/11/18: GASES ARTERIALES: PH 7.47, PCO2 31.2, PO2 62.3, HCO3 22.2, BE -1.5, SatO2 93, PAFI 259, FiO2 28%, Lact 1.44. Na 141, Cl 102.1, K 3.58. Glucometrías 174 - 138 - 119.

Hemocultivos 05/11/2018: Negativos al cuarto día de incubación.
Urocultivo 06/11/2018: Negativo a las 48 horas de incubación.
Cultivo secreción orotraqueal: Crecimiento abundante de cocos gram positivos.

ANÁLISIS

Paciente masculino de 43 años con antecedente de alcoholismo, con estancia en la Unidad por TCE severo con

RESUMEN DE HISTORIA

múltiples lesiones cerebrales. Al momento paciente estable, sin signos de inestabilidad hemodinámica, sin SIRS, con extubación en la tarde del día de ayer, tolerando, sin signos de dificultad respiratoria, adecuadas saturaciones con suplencia de O2 a bajo flujo, no se evidencia signos de focalización ni de deterioro neurológico. Valorado por neurocirugía quienes cierran interconsulta al no evidenciar signos de hipertensión endocraneana, déficit neurológico o indicación quirúrgica, además mencionan que lesión en cuerpo calloso con lesión axonal difusa podría llevar a cambios comportamentales, y, teniendo en cuenta antecedente de alcoholismo y posible estado de delirium en el paciente, se ajusta dosis de lorazepam, se inicia haloperidol con previo EKG y se solicita interconsulta a psiquiatría. Mejora en control gasimétrico postextubación (normoxemia terapéutica, trastorno leve de la oxigenación, alcalemia respiratoria, con normolactatemia), electrolitos con recuperación progresiva de niveles de potasio, continúa reposición. Antibióticoterapia día 4 (Cefepime + vancomicina) sin cambios, a espera de resultados de policultivos. Pendiente lectura de telemetría por parte de electrofisiología. Continúa vigilancia post-extubación mínimo por 24 horas en la unidad, de acuerdo a evolución se definirán conductas. Se indican medidas antidelirium a acompañante, entiende y acepta.

PLAN:

Estancia en cuidado UCI (Prioridad 1).
Cabecera 30 grados
Oxígeno por cánula para saturación mayor a 90%
Dieta Smooth Pudín, de acuerdo a concepto de fonoaudiología.
Lactato de Ringer: 20 cm3/h.
Omeprazol 40 mg IV cada día
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas.
Morfina 3 mg IV cada 4 horas.
Haloperidol 7 gotas, VO, noche. ***NUEVO***
Lorazepam 1 mg (mañana), 2 mg (noche), VO, c/12horas. ***CAMBIO***
Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)
Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)
Cloruro de potasio 4meq hora
Tiamina 300 mg VO cada día
Enoxaparina 60 mg sc día.
Medias de compresión
P: Lectura telemetría.
SS: EKG previo inicio de Haloperidol.
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Atentos a evolución y cambios

MEDICO : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79267639

NOTA MEDICA

FECHA: 09/11/2018 **HORA:** 13:17:17

SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

Paciente de 43 años de edad con diagnósticos de:

1 Trauma Craneoencefálico Severo

1.1 Hematoma Subdural Laminar fronto temporo parietal derecho + Contusión hemorrágica frontal y temporal ipsilateral

1.2 Hemorragia subaracnoidea postraumática.

RESUMEN DE HISTORIA

1.3 Fracturas en la mastoides

1.4 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.

2. Antecedente de Consumo de Alcohol

Paciente con diagnósticos médicos anotados quien inició Soporte nutricional enteral para suministro de calorías y nutrientes. Glucometria 119 mg/dL

El día de hoy en la visita de soporte metabólico y nutricional se encuentra al paciente con retiro de la sonda nasogástrica, alerta, consciente. Por las razones anteriores se suspende soporte nutricional enteral y en conjunto con el servicio de fonoaudiología se inicia dieta de consistencia smooth pudín.

Según tolerancia se realizarán ajustes al manejo nutricional.

MEDICO : NICOLAS PEDREROS HERNANDEZ
ESPECIALIDAD: NUTRICION

RM: 1030649932

NOTA MEDICA

FECHA: 09/11/2018 **HORA:** 18:42:48

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, UCI 20 TURNO TARDE 09/11/18.

FI HUN/UCI: 02/11/18

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de origen pulmonar. SOFA 3 Puntos

1.1 Neumonía broncoaspirativa.

2. Trauma craneoencefálico severo.

2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha

2.2 Contusión hemorrágica frontal y temporal derechos

2.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática (GREENE 3), Rotterdam 5.

2.4 Daño axonal difuso.

2.5 Fractura mastoidea izquierda.

2.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.

3. Fractura clavicular izquierda.

4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

PICC brazo izquierdo institucional: 02/11/18.

SOPORTE

Respiratorio: O2 por cánula nasal a 0.5L/min.

Sedoanalgesia: Morfina 3mg, IV cada 4 horas + haloperidol 3 gotas c/8 horas.

Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h

CONTROL DE LÍQUIDOS: 6 horas, LA 412cc, LE 0 cc, balance positivo (+412cc), GU 0 cc.

PROBLEMAS

Sepsis posible foco pulmonar.

Hipokalemia en corrección.

RESUMEN DE HISTORIA

SUBJETIVO: Paciente en compañía de familiar, quien refiere verlo más despierto pero con de inquietud psicomotora y cefalea ocasional. Tolerando vía oral. No picos febriles.

OBJETIVO

Paciente en aceptables condiciones generales, en decúbito supino, sin facies algica, con signos vitales de: TA 128/73, TAM 91, FC 69, FR 23, SatO2 98% con cánula nasal a 3 L/min. Glucometría 12+00 hrs 99.

Cabeza: Normocéfalo, no se palpan crepitaciones ni escalones, escleras y conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, rosada y sin lesiones, estigmas de otorragia izquierda. Cuello móvil, no doloroso, sin masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular n reflujo hepatoyugular.

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni frémitos, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin agregados.

Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal, no masas ni visceromegalias. Equimosis en región lumbar derecha, probablemente secundaria a trauma.

Extremidades: simétricas, eutróficas, sin edema, arcos de movimiento conservados, pulsos distales simétricos, de buena amplitud, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha. Adecuada temperatura distal.

Neurológico: somnoliento fluctuante con inquietud psicomotora, alertable al llamado, sigue órdenes sencillas, se comunica con examinador; isocoria hiporreactivas (2mms), Babinski negativo, moviliza 4 extremidades no impresiona déficit motor.

CAM-ICU: Positivo (5/5 puntos).

PARACLÍNICOS: No nuevos para reportar.

Hemocultivos 05/11/2018: Negativos al cuarto día de incubación.

Urocultivo 06/11/2018: Negativo a las 48 horas de incubación.

Cultivo secreción orotraqueal: Crecimiento abundante de cocos gram positivos, Haemophilus influenzae Biotipo II y Staphylococcus aureus.

ANÁLISIS

Paciente masculino de 43 años quien se encuentra en la Unidad por TCE severo con múltiples lesiones cerebrales, en manejo antibiótico con Cefepime + vancomicina, día 4 por sepsis de origen pulmonar, con aislamiento en secreción orotraqueal el día de hoy de Haemophilus influenzae y Staphylococcus aureus, probablemente secundario a broncoaspiración. Al momento paciente estable, sin signos de inestabilidad hemodinámica, sin SIRS, sin signos de dificultad respiratoria, tolerando extubación, oxigenorrequiriente a bajo flujo, no déficit neurológico aparente, sin embargo persiste con inquietud psicomotora, conexión fluctuante con el medio, CAM-ICU Score positivo (5/5) considerando entonces paciente cursa con cuadro de delirium, por lo que se ajusta dosis de haloperidol y se suspende por el momento Lorazepam dada la relación de las benzodiacepinas con el desarrollo y aumento de delirium. Se ajusta dosis Katrol. Continúa vigilancia en Intermedios por riesgo de falla respiratoria en paciente con estado de conciencia fluctuante, de acuerdo a evolución clínica se definirán conductas. Se insiste en medidas antidelirium a acompañantes. Se solicitan electrolitos control.

PLAN:

Estancia en cuidado Intermedio (Prioridad 3).

Cabecera 30 grados

Oxígeno por cánula para saturación mayor a 90%

Dieta Smooth Pudín.

Lactato de Ringer: 20 cm3/h.

Omeprazol 40 mg IV cada día

RESUMEN DE HISTORIA

Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas.
Morfina 3 mg IV cada 4 horas.
Haloperidol 3 gotas, VO, c/8 horas ***CAMBIO***
Lorazepam 1 mg (mañana), 2 mg (noche), VO, c/12horas. ***SUSPENDER***
Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)
Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)
Cloruro de potasio 8 mEq/hora ***CAMBIO***
Tiamina 300 mg VO cada día
Enoxaparina 60 mg sc día.
Medias de compresión
P: Lectura telemetría.
Pte: EKG.
Pte: Valoración psiquiatría.
SS: Electrolitos control.
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Atentos a evolución y cambios.

MEDICO : JAIRO ANTONIO PEREZ CELY

RM: 79683208

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 10/11/2018 HORA: 14:27:23

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS, Cama 4. TURNO MAÑANA 10/11/18. Nota retrospectiva, valorado a las 09+10 hrs.

FI HUN/UCI: 02/11/18

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de origen pulmonar. SOFA 3 Puntos
 - 1.1 Neumonía aspirativa.
2. Trauma craneoencefálico severo.
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha
 - 2.2 Contusión hemorrágica frontal y temporal derechos
 - 2.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática (GREENE 3), Rotterdam 5.
 - 2.4 Daño axonal difuso.
 - 2.5 Fractura mastoidea izquierda.
 - 2.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Fractura clavicular izquierda.
4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

PICC brazo izquierdo institucional: 02/11/18.

SOPORTE

Respiratorio: O2 por cánula nasal a 0.5L/min.

Sedoanalgesia: Morfina 3mg, IV cada 4 horas + haloperidol 3 gotas c/8 horas.

Fluidoterapia: Lactato de Ringer 20 cm3/h

RESUMEN DE HISTORIA

CONTROL DE LÍQUIDOS: 24 horas 09/11/18 - 10/11/18, LA 1098cc, LE 1740 cc, balance negativo (- 642cc), GU 1.1 cc/Kg/h.

PROBLEMAS

Sepsis con foco pulmonar por broncoaspiración, en manejo.
Hipokalemia en corrección.

SUBJETIVO: Paciente en compañía de su hijo quien refiere verlo más despierto pero con de inquietud psicomotora y cefalea ocasional. Tolerando vía oral. No picos febriles.

OBJETIVO

Paciente en aceptables condiciones generales, en decúbito supino, diaforético, con inmovilización en dos puntos superiores, hiperquinético, sin facies álgica, con signos vitales de: TA 113/86, TAM 92, FC 91, FR 25, SatO2 93% con FIO2 ambiente.

Cabeza: Normocéfalo, no se palpan crepitaciones ni escalones, escleras y conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, rosada y sin lesiones, estigmas de otorragia izquierda. Cuello móvil, no doloroso, sin masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular, no reflujo hepatojugular.

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni frémitos, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin agregados.

Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal, no masas ni visceromegalias. Equimosis en región lumbar derecha, probablemente secundaria a trauma.

Extremidades: simétricas, eutróficas, sin edema, arcos de movimiento conservados, pulsos distales simétricos, de buena amplitud, con llenado capilar distal de 2 segundos, múltiples laceraciones en cara anterior de pierna derecha. Adecuada temperatura distal.

Neurológico: somnoliento fluctuante con inquietud psicomotora, alertable al llamado, sigue órdenes sencillas, se comunica con examinador; isocoria hiporreactivas (2mms), Babinski negativo, moviliza 4 extremidades no impresiona déficit motor.

CAM-ICU: Positivo (5/5 puntos).

PARACLÍNICOS: 10/11/18: Na 140, K 5.02, Cl 98.8, Mg 2.37.

Hemocultivos 05/11/2018: Negativos al quinto día de incubación.

Urocultivo 06/11/2018: Negativo a las 48 horas de incubación.

Cultivo secreción orotraqueal: Crecimiento abundante de cocos gram positivos, Haemophilus influenzae Biotipo II y Staphylococcus aureus.

ANÁLISIS

Paciente masculino de 43 años en vigilancia médica por TCE severo con lesión axonal difusa secundaria, quien se encuentra en manejo antibiótico con Cefepime + vancomicina (05/11/18), día 5, por sepsis de origen pulmonar por neumonía aspirativa asociada al antecedente del trauma, con aislamiento de H. influenzae y S. aureus. Al momento paciente con adecuada evolución y respuesta clínica, se encuentra estable, sin signos de inestabilidad hemodinámica, sin signos de hipoperfusión, no signos congestivos, sin SIRS, sin deterioro motor ni sensitivo o focalización neurológica, con persistencia de inquietud y agitación psicomotora, por lo que se ajusta dosis de haloperidol, de acuerdo a evolución clínica del paciente se definirán modificaciones adicionales en manejo farmacológico. Niveles de potasio en metas por lo que se suspende infusión. Continúa vigilancia y manejo médico en la unidad por riesgo de compromiso neurológico. Se insiste en medidas antidelirium a acompañantes.

PLAN:

RESUMEN DE HISTORIA

Estancia en cuidado Intermedio (Prioridad 3).
Cabecera 30 grados
Oxígeno por cánula para saturación mayor a 90%
Dieta Smooth Pudín.
Lactato de Ringer: 20 cm3/h.
Omeprazol 40 mg IV cada día
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas.
Morfina 3 mg IV cada 4 horas.
Haloperidol 5 gotas, VO, c/8 horas ***CAMBIO***
Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)
Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)
potasio 8 mEq/hora ***SUSPENDER***
Tiamina 300 mg VO cada día
Enoxaparina 60 mg sc día.
Medias de compresión
P: Lectura telemetría.
Pte: EKG.
Pte: Valoración psiquiatría.
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de líquidos administrados y eliminados.
Control de signos vitales, avisar cambios.
Atentos a evolución y cambios.

MEDICO : HAROLD ARIEL MUÑOZ DIAZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 521277/2007

NOTA MEDICA

FECHA: 11/11/2018 HORA: 12:44:30
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS, Cama 4. TURNO MAÑANA 11/11/18.
FI HUN/UCI: 02/11/18

Paciente masculino de 43 años con diagnósticos de:

1. Sepsis de origen pulmonar. Último SOFA 3 Puntos, resuelta.
 - 1.1 Neumonía aspirativa.
2. Trauma craneoencefálico severo.
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecha
 - 2.2 Contusión hemorrágica frontal y temporal derechos
 - 2.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática (GREENE 3), Rotterdam 5.
 - 2.4 Daño axonal difuso.
 - 2.5 Fractura mastoidea izquierda.
 - 2.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda.
3. Fractura clavicular izquierda.
4. Alcoholismo en manejo por psiquiatría ambulatorio.

ACCESOS:

PICC brazo izquierdo institucional: 02/11/18, retiro 11/11/18.

CONTROL DE LÍQUIDOS: 24 horas: 10/11/18 - 11/11/18: LA 2180cc, LE 2700 cc, balance negativo (-520cc), GU 1.7

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CBEJARANOBAUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL

RESUMEN DE HISTORIA

cc/Kg/h.

PROBLEMAS

Inquietud psicomotora - Delirium Vs. síndrome de abstinencia?

SUBJETIVO: Paciente en compañía de su hijo, quien refiere verlo más despierto, persiste agitado, sin dolor referido, tolerando vía oral. Diuresis espontánea. Deposición positiva sin alteraciones. No picos febriles.

OBJETIVO

Paciente en aceptables condiciones generales, en decúbito supino, con inmovilización en 4 puntos, hipercinético, sin facies algica, con signos vitales de: TA 127/81, TAM 89, FC 111, FR 20, SatO2 96% con FiO2 ambiente.

Cabeza: Normocéfalo, no se palpan crepitaciones ni escalones, escleras y conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, rosada y sin lesiones, estigmas de otorragia izquierda. Cuello móvil, no doloroso, sin masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular, no reflujo hepatoyugular.

Tórax: simétrico normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni frémitos, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin agregados.

Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal, no masas ni visceromegalias. Equimosis en región lumbar derecha, probablemente secundaria a trauma.

Extremidades: simétricas, eutróficas, sin edema, arcos de movimiento conservados, pulsos distales simétricos, de buena amplitud, con llenado capilar distal de 2 segundos. Adecuada temperatura distal.

Neurológico: alerta, orientado en persona, desorientado en tiempo y espacio, con inquietud psicomotora, sigue órdenes sencillas, se comunica con examinador, conecta con el medio; isocoria hiporreactivas (2mm), Babinski negativo, moviliza 4 extremidades no impresiona déficit motor.

PARACLÍNICOS: 11/11/18: BUN 14.5, Creat 0.66, Na 136, K 4.46, Cl 95.7, Ca 8.9, Mg 2.36. Leucos 12280, N 9500, L 1590, M870, E 300, B 20, Hcto 36.7, Hb 12.7, VCM 83, HCM 28.7, RDW 13.7, Plaqs 540000. Glucosa 106.9.

ANÁLISIS

Paciente masculino de 43 años con antecedente de alcoholismo en manejo antibiótico con Cefepime + vancomicina (05/11/18) hoy día 6, por cuadro neumonía aspirativa secundaria a TCE severo con lesión axonal difusa secundaria. En el momento paciente estable, sin signos de inestabilidad hemodinámica, sin signos de hipoperfusión o bajo gasto, sin SIRS, no signos de dificultad respiratoria, adecuada saturación de O2 al ambiente, sin embargo alterna estado de somnolencia con inquietud psicomotora, con familiar intermitente por lo que ha requerido inmovilización de 4 puntos, dada intención de retiro de accesos y salida de la unidad. Se considera paciente puede ser manejado en pisos de hospitalización anotando que dicho ambiente podría ser favorecedor como medidas no farmacológicas en el manejo del delirium respecto a estancia en Unidad, indicándole a los familiares la necesidad de compañía permanente. Pendiente valoración por parte de grupo de psiquiatría. Se explica a hijo conducta, dice entender y aceptar.

PLAN:

Traslado a piso.

Cabecera 30 grados

Oxígeno por cánula para saturación mayor a 90%

Dieta Smooth Pudín.

Lactato de Ringer: 20 cm3/h.

Omeprazol 40 mg IV cada día

Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas.

Morfina 3 mg IV cada 4 horas ***SUSPENDER***

RESUMEN DE HISTORIA

Haloperidol 5 gotas, VO, c/8 horas.
Cefepime 2 g IV cada 8 horas (FI 05.11.18)
Vancomicina 1 g IV cada 12 h (FI 05.11.18)
Tiamina 300 mg VO cada día
Enoxaparina 60 mg sc día.
Medias de compresión
Pte: Lectura telemetría.
Pte: EKG.
Pte: Valoración psiquiatría.
Control glucometrico cada 6 horas.
Cuidados de enfermería.
Control de signos vitales, avisar cambios.

MEDICO : LUIS HERNAN CALDERON MESA
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 79845352

NOTA MEDICA

FECHA: 11/11/2018 HORA: 19:48:26

Ingreso a piso medicina general 11/11/2018

José Duvel Muñoz Muñoz

Edad 43 años

EPS Sanitas

Fecha de ingreso UCI/HUN 02/11/2018

Fuente de información: Hijo y paciente

Paciente masculino en día 1 de hospitalización en piso con diagnósticos de:

1. Trauma craneoencefálico severo 01/11/2018
 - 1.1 Hematoma subdural laminar frontotemporoparietal derecho
 - 1.2 Contusión hemorrágica frontal y parietal derecho
 - 1.3 Hemorragia subaractoidea postraumática GREENE 3 Rotterdam 5
 - 1.4 Daño axonal difuso
 - 1.5 Fractura mastoidea izquierda
 - 1.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda
 - 1.7 Fractura clavicular izquierda
 - 1.8 Neumonía aspirativa
 - 1.8.1 Sepsis de origen pulmonar SOFA actual 3 puntos en manejo antibiótico
2. Antecedente de alcoholismo
 - 2.1 Síndrome de abstinencia en tratamiento

Subjetivo: Paciente refiere sentirse regular, con cefalea global y cervicalgia con cambios de posición, niega fiebre, niega dificultad respiratoria. Hijo refiere periodos fluctuantes de agitación con intentos de retiro de acceso venoso periférico, sin agresividad, sin otros signos o síntomas.

Objetivo:

Paciente en aceptable estado general, alerta, atento, desorientado en tiempo y lugar, inquieto, afebril.
Signos vitales: FC 75 lpm, FR 15 rpm, SAT 92 % ambiente, PA 121/76 mmHg. Temp 36.4°C
Escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, cuello móvil sin adenopatías ni ingurgitación yugular. Tórax simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios sin sobreagregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos.
Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas, eutróficas, sin edemas. Llenado capilar menor a dos segundos, pulsos distales presentes normales.

RESUMEN DE HISTORIA

Neurológico: alerta, atento, orientado en persona, desorientado en tiempo y lugar, inquietud psicomotora, obedece órdenes simples, interactúa con el examinador y conecta con el medio. Pares craneales sin alteraciones, sin reflejos patológicos, sin déficit motor, no se evidencian signos de focalización.

Paraclínicos:

Pendiente telemetría, electrocardiograma, glucometrías.

Análisis: Paciente masculino de 43 años de edad con antecedente de alcoholismo, actualmente en estancia intrahospitalaria por trauma craneoencefálico severo con lesión axonal difusa y múltiples hemorragias intracraneales, que requirió manejo en unidad de cuidados intensivos durante 8 días. Presentó también neumonía aspirativa secundaria y sepsis pulmonar actualmente en tratamiento antibiótico con Cefepime y Vancomicina. En el momento estable hemodinámicamente, sin dificultad respiratoria, sin signos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica, sin requerimiento de oxígeno suplementario. Se indica continuar medidas antidelirium en piso, se explica claramente a familiares recomendaciones y requerimiento de acompañante permanente. Pendiente valoración por psiquiatría. Continúa manejo médico instaurado. Se explica al paciente y al hijo, refieren entender y aceptar.

Plan:

Hospitalización en piso Medicina interna

Cabecera a 30°

Dieta smooth pudín

Oxígeno por cánula nasal si saturación es menor de 90%

Lactato de Ringer 30 mL/hora IV

Cefepime 2 g IV cada 8 horas FI 05/11/2018

Vancomicina 1 g IV cada 12 horas FI 05/11/2018

Tiamina 300 mg VO cada 24 horas

Haloperidol 5 gotas VO cada 8 horas

Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas

Enoxaparina 40 mg SC cada 24 horas

Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas

Glucometrías cada 12 horas

Vigilancia Neurológica

Cuidados de enfermería

Control de signos vitales, avisar cambios

Pendiente valoración por psiquiatría

MEDICO : JUAN ANTONIO TREJOS NARANJO
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1088312934

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 12/11/2018 **HORA:** 12:09:

Monitorización electroencefalográfica no es interpretable, hay demasiado artefacto durante todo el registro. No se puede dar un concepto al respecto.

Solicitado por : JUAN ANTONIO TREJOS NARANJO
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1088312934

Realizado por : PABLO LORENZANA POMBO
ESPECIALIDAD: NEUROFISIOLOGIA CLINICA Y EPILEPSIA

RM: 19078948

RESUMEN DE HISTORIA

NOTA MEDICA

FECHA: 12/11/2018 HORA: 12:22:40

Valoración Medicina Interna 12/11/2018

Dr. Alvaro Burgos
Alejandra Vargas R1 MI

José Duvel Muñoz Muñoz
EPS Sanitas
Fecha de ingreso UCI/HUN 02/11/2018
Fecha de egreso de UCI 12/11/2018
Fuente de información: Hijo y paciente
43 AÑOS
CC 9857902
Natural: Pensilvania, Caldas
Procedente: Bogotá
Escolaridad: 3ro primaria
Vive con esposa e Hijos
Ocupación: Cotero en Abasto
Acompañante: Gloria Castro (Esposa) 3125082184

MC: TCE

HEA

Paciente quien el 01/11/2018 presenta caída por las escaleras en estado de embriaguez con posterior alteración del estado de conciencia, ingresa a urgencias del hospital de meissen se documenta otorragia izquierda, glasgow 6/15 por lo que proceden a realizar intubación para protección de vía aérea, realizan TAC de cráneo cuyo reporte es hematoma subdural derecho extenso con hemorragia subaracnoidea hemisférica ipsilateral edema cerebral marcado de hemisferio derecho y desplazamiento de la línea media con colapso del ventrículo lateral derecho además de fractura del seno esfenoidal con hemorragia intracerebral. Paciente sin indicación de procedimiento quirúrgico por neurocirugía, durante estancia en UCI presenta pico febril el 05/11/2018 se considera neumonía aspirativa y se inicia manejo antibiótico con Cefepime+Vancomicina con hemocultivos negativos, cultivo de secreción orotraqueal con H. influenzae biotipo II resistente a TMS y tetraciclina y S. aureus multisensible, urocultivo negativo. Fue extubado el día 08/11/2018 y trasladado a pisos 12/11/2018

Antecedentes:

Patológicos: Alcoholismo crónico en manejo por psiquiatría

Farmacológicos: niega

Quirúrgicos: niega

Traumáticos: Accidente de tránsito atropellado por vehículo hace 6 meses con fractura clavicular izquierda manejo ortopédico

Toxicológicos: bebedor hasta la embriaguez

Alérgicos: niega

Familiares: madre CA de pulmon

RESUMEN DE HISTORIA

Revisión por síntomas por sistemas: Paciente no colabora con anamnesis.

Paciente en aceptable estado general, alerta, atento, desorientado en tiempo y lugar, inquieto, afebril, somnoliento

Signos vitales: FC 93 lpm, FR 15 rpm, SAT 90 % ambiente, PA 120/75 mmHg. Temp 36.4°C

Escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, cuello móvil sin adenopatías ni ingurgitación yugular. Tórax simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios sin sobreagregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos.

Abdomen blando,

depresible, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas, eutróficas, sin edemas. Llenado capilar menor a dos segundos, pulsos distales presentes normales. Neurológico: alerta, atento, orientado en

persona, desorientado en tiempo y lugar, inquietud psicomotora, obedece órdenes simples, interactúa con el examinador y conecta con el medio. Pares craneales sin alteraciones, sin reflejos patológicos, sin déficit motor, no se evidencian signos de focalización.

Análisis: Paciente masculino de 43 años de edad con antecedente de alcoholismo crónico y depresión? en manejo con psiquiatría, actualmente en estancia intrahospitalaria por trauma craneoencefálico severo con lesión axonal difusa y múltiples hemorragias intracraneales, que requirió manejo en unidad de cuidados intensivos durante 8 días. Presentó también neumonía aspirativa secundaria y sepsis pulmonar actualmente en tratamiento antibiótico con Cefepime y Vancomicina. En el momento estable hemodinámicamente, sin dificultad respiratoria, sin signos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica, sin requerimiento de oxígeno suplementario. Se indica continuar medidas antidelirium en piso así como haloperidol. Por antecedente de alcoholismo crónico se inicia benzodiazepina, pendiente valoración por psiquiatría. Se revisan cultivos con hemocultivos negativos, urocultivo negativo y con cultivo de secreción orotraqueal con aislamiento de H. influenzae biotipo II resistente a TMS y tetraciclina y S. aureus multisensible por lo que se considera ajuste de manejo antibiótico con suspensión de vancomicina, se continua con cefepime, pendiente aval de infectología del programa de control de antibióticos intrahospitalario. Se explica claramente a familiares recomendaciones y requerimiento de acompañante permanente. Pendiente valoración por psiquiatría. Continúa manejo médico instaurado. Se explica al paciente y al hijo, refieren entender y aceptar.

paraclínicos: GB 6270 N 4280, L 1360, M 580, BUN 13.9, creatinina 0.60, Na 134, K 4.21, Cloro 99, glucosa 85.6

Paciente masculino en día 2 de hospitalización en piso con diagnósticos de:

1. Trauma craneoencefálico severo 01/11/2018
 - 1.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecho
 - 1.2 Contusión hemorrágica frontal y parietal derecho
 - 1.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática GREENE 3 Rotterdam 5
 - 1.4 Daño axonal difuso
 - 1.5 Fractura mastoidea izquierda
 - 1.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda
 - 1.7 Fractura clavicular izquierda
 - 1.8 Neumonía aspirativa
 - 1.8.1 Sepsis de origen pulmonar SOFA actual 3 puntos en manejo antibiótico
2. Antecedente de alcoholismo
 - 2.1 Síndrome de abstinencia en tratamiento

Plan:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CBEJARANOBAUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL

RESUMEN DE HISTORIA

Hospitalización en piso Medicina interna
Cabecera a 30°
Dieta smooth pudín
Oxígeno por cánula nasal si saturación es menor de 90%
Lactato de Ringer 30 mL/hora IV
Cefepime 2 g IV cada 8 horas FI 05/11/2018
Vancomicina 1 g IV cada 12 horas FI 05/11/2018 ***suspender***
Tiamina 300 mg VO cada 24 horas
Haloperidol 5 gotas VO cada 8 horas
Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas
Alprazolam 0.25 mg vía oral día
Enoxaparina 40 mg SC cada 24 horas
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Glucometrías cada 12 horas
Vigilancia Neurológica
Cuidados de enfermería
Control de signos vitales, avisar cambios
Pendiente valoración por psiquiatría

MEDICO : ALVARO JAVIER BURGOS CARDENAS
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 1085277852

NOTA MEDICA

FECHA: 13/11/2018 HORA: 11:27:17

*****Respuesta interconsulta Psiquiatría*****

Paciente de 43 años de edad, trabaja en corabastos, vive con esposa y tres hijos.

Motivo de consulta: "Alcoholismo"

Enfermedad actual: Paciente con antecedente de alcoholismo crónico en manejo por consulta externa con tiamina, cursa con cuadro clínico de doce días de evolución consistente en caída por escaleras en estado de embriaguez con posterior trauma craneoencefálico severo, hematoma subdural sin indicación de tratamiento quirúrgico con manejo en UCI. Quien durante estancia en unidad de cuidado intermedio y hospitalización ha presentado episodios de agitación psicomotora, diaforesis paroxística, y ansiedad por lo cual interconsultan. En el momento ha presentado mejoría progresiva de su estado neurológico, confuso, con conductas inapropiadas, mejoría de la diaforesis, mejoría del patrón de sueño.

Examen mental:

Se entrevista paciente en compañía de hijo en habitación de hospitalización con porte descuidado, actitud indiferente, confuso, orientado en persona, desorientado en tiempo y lugar, disproséxico, amnesia retrógrada del evento, afecto ansioso, pensamiento tangencial con asociaciones laxas, no verbaliza ideas delirantes, sin actitud alucinatoria, hiperquinético, normobúlico con conductas inapropiadas, ecomimia, habla musitada, introspección nula, prospección incierta, juicio comprometido.

Análisis:

Antecedente de alcoholismo crónico en manejo por consulta externa. En el momento confuso, desorientado, atáxico, con síntomas de abstinencia al alcohol (F103) a quien se le aplica escala CIWA-AR de 11 puntos por lo cual se decide suspender haloperidol y alprazolam, se inicia lorazepam, seguimiento por psiquiatría en dos días para vigilancia del cuadro clínico.

RESUMEN DE HISTORIA

Plan:

- Lorazepam 1 mg cada 12 horas
- Suspende alprazolam
- Suspende haloperidol
- Medidas no farmacológicas antidelirium.
- Seguimiento por psiquiatría
- Resto de manejo por servicio tratante.

MEDICO : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 13/11/2018 HORA: 11:32:

*****Respuesta interconsulta Psiquiatría*****

Paciente de 43 años de edad, trabaja en corabastos, vive con esposa y tres hijos.

Motivo de consulta: "Alcoholismo"

Enfermedad actual: Paciente con antecedente de alcoholismo crónico en manejo por consulta externa con tiamina, cursa con cuadro clínico de doce días de evolución consistente en caída por escaleras en estado de embriaguez con posterior trauma craneoencefálico severo, hematoma subdural sin indicación de tratamiento quirúrgico con manejo en UCI. Quien durante estancia en unidad de cuidado intermedio y hospitalización ha presentado episodios de agitación psicomotora, diaforesis paroxística, y ansiedad por lo cual interconsultan. En el momento ha presentado mejoría progresiva de su estado neurológico, confuso, con conductas inapropiadas, mejoría de la diaforesis, mejoría del patrón de sueño.

Examen mental:

Se entrevista paciente en compañía de hijo en habitación de hospitalización con porte descuidado, actitud indiferente, confuso, orientado en persona, desorientado en tiempo y lugar, disprósico, amnesia retrógrada del evento, afecto ansioso, pensamiento tangencial con asociaciones laxas, no verbaliza ideas delirantes, sin actitud alucinatoria, hiperquinético, normobúlico con conductas inapropiadas, ecomimia, habla musitada, introspección nula, prospección incierta, juicio comprometido.

Análisis:

Antecedente de alcoholismo crónico en manejo por consulta externa. En el momento confuso, desorientado, atáxico, con

RESUMEN DE HISTORIA

síntomas de abstinencia al alcohol (F103) a quien se le aplica escala CIWA-AR de 11 puntos por lo cual se decide suspender haloperidol y alprazolam, se inicia lorazepam, seguimiento por psiquiatría en dos días para vigilancia del cuadro clínico.

Plan:

- Lorazepam 1 mg cada 12 horas
- Suspender alprazolam
- Suspender haloperidol
- Medidas no farmacológicas antidelirium.
- Seguimiento por psiquiatría
- Resto de manejo por servicio tratante.

Solicitado por : MIGUEL COTE MENENDEZ
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 19476924

Realizado por : MIGUEL COTE MENENDEZ
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 19476924

NOTA MEDICA

FECHA: 13/11/2018 HORA: 12:46:22

Evolución Medicina Interna 13/11/2018

Dr. Nairo Cano
Alejandra Vargas R1 MI

Paciente masculino en día 3 de hospitalización en piso con diagnósticos de:

- 1 Neumonía aspirativa
 - 1.1 Sepsis de origen pulmonar SOFA actual 3 puntos en manejo antibiótico
2. Trauma craneoencefálico severo 01/11/2018
 - 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecho
 - 2.2 Contusión hemorrágica frontal y parietal derecho
 - 2.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática GREENE 3 Rotterdam 5
 - 2.4 Daño axonal difuso
 - 2.5 Fractura mastoidea izquierda
 - 2.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda
 - 2.7 Fractura clavicular izquierda
3. Antecedente de alcoholismo
 - 3.1 Síndrome de abstinencia: delirium tremens

Paciente en aceptable estado general, alerta, atento, desorientado en tiempo y lugar, con palabras inapropiadas, inquieto, afebril.

Signos vitales: FC 82 lpm, FR 15 rpm, SAT 90 % ambiente, PA 124/82 mmHg. Temp 36.4°C

Escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, cuello móvil sin adenopatías ni ingurgitación yugular. Tórax

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CBEJARANOBAUDIA YANNETH BEJARANO BERNAL

RESUMEN DE HISTORIA

simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios sin sobreagregados, con disminución murmullo vesicular en bases pulmonares, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas, eutróficas, sin edemas. Llenado capilar menor a dos segundos, pulsos distales presentes normales. Neurológico: alerta, atento, orientado en persona, desorientado en tiempo y lugar, inquietud psicomotora, obedece órdenes simples, interactúa con el examinador y conecta con el medio, marcha atáxica. Pares craneales sin alteraciones, sin reflejos patológicos, sin déficit motor, no se evidencian signos de focalización.

Análisis: Paciente masculino de 43 años de edad con antecedente de alcoholismo crónico en manejo con psiquiatría ambulatoriamente, actualmente en estancia intrahospitalaria por trauma craneoencefálico severo con lesión axonal difusa y múltiples hemorragias intracraneales sin manejo quirúrgico, y con neumonía aspirativa secundaria a embriaguez con aislamiento de H. influenzae y S. aureus por lo que se considera el día de ayer suspender vancomicina. Se discute el día de hoy, paciente con franca mejoría clínica y paraclínica, se considera desescalamiento antibiótico con cefalosporina de tercera generación. Fue valorado por psiquiatría por diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium tremens por lo que se da inició de benzodiazepina tipo Lorazepam, y se suspende Haloperidol. Se continua vigilancia clínica para terminar antibiótico y vigilancia de síndrome de abstinencia.

Plan:

Hospitalización en piso Medicina interna
Cabecera a 30°
Dieta smooth pudín
Oxígeno por cánula nasal si saturación es menor de 90%
Lactato de Ringer 30 mL/hora IV
Cefepime 2 g IV cada 8 horas FI 05/11/2018 ***SUSPENDER***
Ceftriaxona 1 g IV cada 12 horas ***NUEVO***
Tiamina 300 mg VO cada 24 horas
Haloperidol 5 gotas VO cada 8 horas ***SUSPENDER***
Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas
Alprazolam 0.25 mg vía oral día ***SUSPENDER***
Enoxaparina 40 mg SC cada 24 horas
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Glucometrías cada 12 horas
Vigilancia Neurológica
Cuidados de enfermería
Control de signos vitales, avisar cambios
Medidas antidelirium

MEDICO : NAIRO CANO ARENAS

RM: 01357-96

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 13/11/2018 **HORA:** 17:12:04

Nota Medicina general

Se valora paciente a solicitud de familiar ya que refiere cefalea

Paciente manifiesta desde hace 1 hora presenta cefalea hemicraneana derecha de intensidad 9/10 no asociado a otros síntomas, al examen físico se encuentra paciente con inquietud motora que dificulta examen físico sin embargo no impresiona alteración en pares craneales, moviliza 4 extremidades de forma simétrica, marcha sin alteraciones.

RESUMEN DE HISTORIA

Paciente con antecedente de trauma craneo encefálico 1/11/18 con evidencia de hematoma subdural laminar frontotemporoparietal derecho y hemorragia subaracnoidea, dado que cefalea es de instauración reciente y por severidad del dolor se considera solicitar control de imagen encefálica de forma prioritaria. se explica a paciente y familiares, refieren entender y aceptar. se indica analgesia

MEDICO : MONICA ALEXANDRA VARGAS MORENO
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1023892304

NOTA MEDICA

FECHA: 13/11/2018 HORA: 21:23:37

Se revalora paciente. Refiere sentirse mejor, con resolución de la cefalea. Sin embargo, refiere insomnio de conciliación.

Al examen físico alerta, consciente, orientado en persona, parcialmente desorientado en tiempo y lugar. Se aprecia inquieto, pero colaborador con el examinador, obedece órdenes y responde a preguntas sencillas. No hay deterioro neurológico, movimientos anormales o focalizaciones.

Considero inquietud en relación con síndrome de abstinencia.

Pendiente TAC de cráneo. Se llama a radiología para priorizar.

MEDICO : MARCELA PATRICIA PUENTES HERRERA
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1026274816

NOTA MEDICA

FECHA: 14/11/2018 HORA: 05:11:28

Siendo las 23 horas se revisó TAC sin cambio respecto a imágenes previas. Se revalora a las 4 am, sin déficit neurológico y sin cefalea, aunque no pudo conciliar el sueño en toda la noche. Se dará aviso a servicio tratante.

MEDICO : MARCELA PATRICIA PUENTES HERRERA
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1026274816

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 14/11/2018 HORA: 14:52:

ANÁLISIS

Paciente en la 5 década de la vida con antecedente de alcoholismo crónico quien se encuentra hospitalizado por cuadro de hematoma subdural secundario a caída durante estado de embriaguez que requirió intubación orotraqueal con extubación exitosa, quien en el momento se encuentra estable hemodinámicamente, cursando con delirium tremens en manejo por servicio de psiquiatría, paciente agitado poco colaborador con el servicio médico, al examen físico se encuentran patrones de movilidad conservados, con independencia funcional, se considera paciente con buena evolución y buen pronóstico funcional, se indica continuar con manejo por terapia física a tolerancia debido a componente psiquiátrico y se considera continuar manejo por terapia ocupacional para reintegración a actividades de la vida cotidiana y entrenamiento en patrones funcionales. Se cierra interconsulta

Plan:

1. Terapia física diaria:

- Estimular actividad física a tolerancia y según colaboración de paciente, con acompañamiento y aumento progresivo de tiempo de sedestación y bipedo, incentivar traslados y deambulaciun independiente según metas logradas

RESUMEN DE HISTORIA

- Movilización activa con resistencia de las cuatro extremidades.
 - Mantenimiento de arcos de movilidad articular y de propiedades de elasticidad muscular.
- 2.Terapia ocupacional:
- Reintegrar al paciente a sus actividades de la vida diaria según sus logros con independencia, estimulación sensoriomotriz (visual, táctil, auditiva, propioceptiva) con educación a familiares.

Solicitado por : MARCELA PATRICIA PUENTES HERRERA

RM: 1026274816

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Realizado por : JUAN CAMILO MENDOZA PULIDO

RM: 79723955

ESPECIALIDAD: FISIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 14/11/2018 **HORA:** 18:13:28

Evolución Medicina Interna 14/11/2018

Dr. Andrés Rodríguez.
Alejandra Vargas R1 MI

Paciente masculino en hospitalización en piso con diagnósticos de:

1 Neumonía aspirativa

1.1 Sepsis de origen pulmonar SOFA actual 3 puntos en manejo antibiótico

2. Trauma craneoencefálico severo 01/11/2018

2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecho

2.2 Contusión hemorrágica frontal y parietal derecho

2.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática GREENE 3 Rotterdam 5

2.4 Daño axonal difuso

2.5 Fractura mastoidea izquierda

2.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda

2.7 Fractura clavicular izquierda

3. Antecedente de alcoholismo

3.1 Síndrome de abstinencia: delirium tremens

Subjetivo:

Paciente en aceptable estado general, alerta, atento, desorientado en tiempo y lugar, con palabras inapropiadas, inquieto, afebril.

Signos vitales:PA: 115/72 FC: 77, FR: 20, satO2: 92. T: 36.5°C promedio, no picos febriles, Glucometria: 92 mg/ dL

Escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, con evidencia de epifora en ojo derecho, cuello móvil sin adenopatías ni ingurgitación yugular. Tórax simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios sin sobrealagregados, con disminución murmullo vesicular en bases pulmonares, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas, eutróficas, sin edemas. Llenado capilar menor a dos segundos, pulsos distales presentes normales. Neurológico: alerta, atento, orientado en persona, desorientado en tiempo y lugar, inquietud psicomotora, obedece órdenes simples no obedece órdenes complejas, interactúa con el examinador y conecta con el medio, marcha no evaluada. Pares craneales sin alteraciones, sin reflejos patológicos, sin déficit motor, no se evidencian signos de focalización.

RESUMEN DE HISTORIA

Análisis:

Paciente masculino de 43 años de edad con antecedente de alcoholismo crónico en manejo con psiquiatría ambulatoriamente, actualmente en estancia intrahospitalaria por trauma craneoencefálico severo con lesión axonal difusa y múltiples hemorragias intracraneales sin manejo quirúrgico, y diagnóstico de neumonía aspirativa en tratamiento con ceftriaxona desde el día de ayer, sin evidencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica, sin signos que sugieran sepsis, continua igual manejo, paciente con diagnóstico de trauma craneoencefálico, se solicita valoración por fisioterapia para definir plan de rehabilitación, diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium tremens en tratamiento con lorazepam, el día de hoy con inquietud, pero en reducción con respecto al día anterior, Se continua vigilancia clínica para terminar antibiótico y vigilancia de síndrome de abstinencia, continua tratamiento instaurado.

Plan:

Hospitalización en piso Medicina interna
Cabecera a 30°
Dieta smooth pudín
Oxígeno por cánula nasal si saturación es menor de 90%
Lactato de Ringer 30 mL/hora IV
Ceftriaxona 1 g IV cada 12 horas FI: 13/11/2018
Tiamina 300 mg VO cada 24 horas
Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas
Enoxaparina 40 mg SC cada 24 horas
Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas
Tramadol 5 gotas cada 8 horas en agua *** nuevo ****
Lorazepam 2 mg VO cada 12 horas ***
Glucometrías cada 12 horas
Vigilancia Neurológica
pendiente// Valoración fisioterapia
Cuidados de enfermería
Control de signos vitales, avisar cambios
Medidas antidelirium

MEDICO : ANDRES FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 1019043435

NOTA MEDICA

FECHA: 15/11/2018 **HORA:** 17:43:00
Evolución Medicina Interna 15/11/2018

Dr. Andrés Rodríguez.
Alejandra Vargas R1 MI
Daniel Lugo - Interno XII

José Duvel Muñoz
43 años

Paciente masculino en hospitalización en piso con diagnósticos de:

- 1 Neumonía aspirativa resuelta
2. Trauma craneoencefálico severo 01/11/2018

RESUMEN DE HISTORIA

- 2.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecho
- 2.2 Contusión hemorrágica frontal y parietal derecho
- 2.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática GREENE 3 Rotterdam 5
- 2.4 Daño axonal difuso
- 2.5 Fractura mastoidea izquierda
- 2.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda
- 2.7 Fractura clavicular izquierda
- 3. Antecedente de alcoholismo
- 3.1 Síndrome de abstinencia: delirium tremens

Subjetivo:

Paciente en aceptable estado general, alerta, atento, desorientado en tiempo y lugar orientado en persona, refiere persistencia e cefalea, refiere tos, niega fiebre, refiere dolor urente en ojo derecho,

Objetivo:

Signos vitales: PA: 123/82 FC: 87, FR: 20, satO2: 93. T: 36°C promedio, no picos febriles.

Glucometria:

15/11/2018 96 mg/ dL
14/11/2018 92 mg/ dL
13/11/2018 101 mg/ dL

Cabeza y cuello: Escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, con evidencia de epifora en ojo derecho asociado a eritema conjuntival, sin signos de infección, sin dolor a la movilización del ojo, cuello móvil sin adenopatías ni ingurgitación yugular.

Tórax simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios sin sobreagregados, con disminución de murmullo vesicular en bases pulmonares, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos.

Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas, eutróficas, sin edemas. Llenado capilar menor a dos segundos, pulsos distales presentes normales.

Neurológico: alerta, atento, orientado en persona, desorientado en tiempo y lugar, inquietud psicomotora, obedece órdenes simples no obedece órdenes complejas, interactúa con el examinador y conecta con el medio, marcha atáxica, con evidencia de aumento del polígono de sustentación. Pares craneales sin alteraciones, sin reflejos patológicos, sin déficit motor, no se evidencian signos de focalización.

Paraclínicos:

15/11/2018

BUN: 10.7, CREAT: 0.79, Na: 138, K: 4.61, Cl: 96.9, LEU: 6840, NEU: 54%, LINF: 28%, HTO: 36.6, Hb: 12.4, VCM: 83.9, HCM: 28.4, RDW: 13.5, PLAQ: 780000

12/11/2018:

BUN: 15, CREAT: 0.68, Na: 138, K: 5, Cl: 97.6

11/11/2018:

BUN: 14.5, CREAT: 0.66, Na: 136, K: 4.46, Cl: 95.7, Ca: 8.9, Hg: 2.36, LEU: 12280, NEU: 77%, LINF: 12.9%, HTO: 36.7, Hb: 12.7, VCM: 83.0, HCM: 28.7, PLAQ: 540000

Análisis:

Paciente masculino de 43 años de edad con antecedente de alcoholismo crónico en manejo con psiquiatría ambulatoriamente, actualmente en estancia intrahospitalaria por trauma craneoencefálico severo con lesión axonal difusa y múltiples hemorragias intracraneales sin manejo quirúrgico, y diagnóstico de neumonía aspirativa, el día de hoy estable hemodinámicamente, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, con persistencia de tos, pero en reducción con respecto al día anterior, sin signos de dificultad respiratoria, sin requerimiento de oxígeno suplementario, hoy completando 10 días de tratamiento antibiótico por lo cual se

RESUMEN DE HISTORIA

da por tratada la neumonía aspirativa.

El día de hoy con evidencia de eritema conjuntival, en ojo derecho sin evidencia de signos de infección, continua vigilancia.

Valorado por fisioterapia quienes dejan plan de tratamiento ambulatorio con terapia física, recomendaciones y rehabilitación, el día de hoy se solicita revaloración por psiquiatría para definir posible egreso o definir si requiere de hospitalización en unidad de salud mental dado comportamiento agitado que se ha evidenciado en los últimos días secundario a delirium tremens, Se continua vigilancia clínica para terminar antibiótico y vigilancia de síndrome de abstinencia, continua tratamiento instaurado.

Plan:

Hospitalización en piso Medicina interna

Cabecera a 30°

Dieta smooth pudín

Oxígeno por cánula nasal si saturación es menor de 90%

Lactato de Ringer 30 mL/hora IV ****suspender***

Ceftriaxona 1 g IV cada 12 horas FI: 13/11/2018 **** suspender ****

Tiamina 300 mg VO cada 24 horas

Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas

Enoxaparina 40 mg SC cada 24 horas

Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas

Tramadol 5 gotas cada 8 horas en agua

Lorazepam 1 mg VO cada 12 horas

Glucometrías cada 12 horas

Vigilancia Neurológica

Cuidados de enfermería

Control de signos vitales, avisar cambios

Medidas antidelirium

SS// Valoración Psiquiatría.

MEDICO : ANDRES FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ

RM: 1019043435

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 15/11/2018 HORA: 19:31:10

Paciente con agitación psicomotora y heteroagresión, se adelantó dosis de lorazepam y persiste con síntomas.

Se indica dosis de haloperidol ahora.

MEDICO : MARCELA PATRICIA PUENTES HERRERA

RM: 1026274816

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

NOTA MEDICA

FECHA: 16/11/2018 HORA: 13:09:29

Evolución Medicina Interna 16/11/2018

Dr. Nairo Cano - Médico internista

Alejandra Vargas R1 MI

Daniel Lugo - Interno XII

José Duvel Muñoz

RESUMEN DE HISTORIA

43 años

Fecha de ingreso UCI/HUN 02/11/2018

Fecha de egreso de UCI 12/11/2018

Paciente masculino en hospitalización con diagnósticos de:

1. Antecedente de alcoholismo

1.1 Síndrome de abstinencia: delirium tremens CIWA AR 4 puntos.

2 Neumonía aspirativa resuelta

3. Trauma craneoencefálico severo 01/11/2018

3.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecho

3.2 Contusión hemorrágica frontal y parietal derecho

3.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática GREENE 3 Rotterdam 5

3.4 Daño axonal difuso

3.5 Fractura mastoidea izquierda

3.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda

3.7 Fractura clavicular izquierda

Subjetivo:

Paciente refiere sentirse bien, refiere insomnio, persistencia de cefalea, niega emesis, niega diaforesis, niega dificultad respiratoria, familiares refieren que en la tarde de ayer presenta episodio de agitación psicomotora con requerimiento de medicación, posterior a esto niegan nuevos episodios de agitación.

Objetivo:

Signos vitales: PA: 115/72 FC: 77, FR: 20, satO2: 93. al ambiente T: 36.5°C promedio, no picos febriles.

Glucometria:

15/11/2018 96 mg/ dL

14/11/2018 92 mg/ dL

13/11/2018 101 mg/ dL

Cabeza y cuello: Escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, con evidencia de epifora en ojo derecho asociado a eritema conjuntival, sin signos de infección, sin dolor a la movilización del ojo, cuello móvil sin adenopatías ni ingurgitación yugular.

Tórax simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios sin sobreagregados, con disminución murmullo vesicular en bases pulmonares, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos.

Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas, eutróficas, sin edemas. Llenado capilar menor a dos segundos, pulsos distales presentes normales.

Neurológico: alerta, atento, orientado en persona, desorientado en tiempo y lugar, inquietud psicomotora, obedece órdenes simples obedece parcialmente órdenes complejas, interactúa con el examinador y conecta con el medio, marcha atáxica, con evidencia de aumento del polígono de sustentación. Pares craneales sin alteraciones, sin reflejos patológicos, sin déficit motor, no se evidencian signos de focalización.

Paraclínicos:

15/11/2018

BUN: 10.7, CREAT: 0.79, Na: 138, K: 4.61, Cl: 96.9, LEU: 6840, NEU: 54%, LINF: 28%, HTO: 36.6, Hb: 12.4, VCM: 83.9, HCM: 28.4, RDW: 13.5, PLAQ: 780000

12/11/2018:

BUN: 15, CREAT: 0.68, Na: 138, K: 5, Cl: 97.6

11/11/2018:

RESUMEN DE HISTORIA

BUN: 14.5, CREAT: 0.66, Na: 136, K: 4.46, Cl: 95.7, Ca: 8.9, Hg: 2.36, LEU: 12280, NEU: 77%, LINF: 12.9%,
HTO: 36.7, Hb: 12.7, VCM: 83.0, HCM: 28.7, PLAQ: 540000

Análisis:

Paciente masculino de 43 años de edad con antecedente de alcoholismo crónico en manejo con psiquiatría ambulatoriamente, actualmente en estancia intrahospitalaria por trauma craneoencefálico severo con lesión axonal difusa y múltiples hemorragias intracraneales sin manejo quirúrgico, y diagnóstico de neumonía aspirativa tratada, el día de hoy estable hemodinámicamente, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, con persistencia de inquietud, quien el día de ayer presentó episodios de agitación psicomotora que requirió dosis de benzodiacepina y antipsicótico, dado lo anterior el día de hoy se hace ajuste de su medicación aumentando dosis de lorazepam de acuerdo a criterios de CIWA, y se continuará observación para vigilancia clínica. Pendiente revaloración por psiquiatría. Paciente quien además presenta adicción a tabaco y quien durante la hospitalización ha mostrado signos de ansiedad secundarios a esta por lo cual se decide inicio de tratamiento con bupropion

Se evidencia eritema conjuntival persistente con referencia de dolor compatible con conjuntivitis sin alteración de la agudeza visual aparente, por lo cual se indica tratamiento con colirio, y se esta atento a evolución para determinar si necesita valoración por oftalmología.

Paciente el día de hoy estable hemodinámicamente, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica. Se continua vigilancia de síndrome de abstinencia, continua resto de tratamiento igual.

Plan:

Hospitalización en piso Medicina interna

Cabecera a 30°

Dieta smooth pudín

Oxígeno por cánula nasal si saturación es menor de 90%

Tiamina 300 mg VO cada 24 horas

Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas

Enoxaparina 40 mg SC cada 24 horas

Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas

Tramadol 5 gotas cada 8 horas en agua

Lorazepam VO cada 8 horas (1 mg 6 am) (1 mg 2 pm) (2 mg 10 pm) **** ajuste *****

Gentamicina gotas ocular 1 gota ojo derecho cada 6 horas **** nuevo ****

Glucometrías cada 12 horas

Vigilancia Neurológica

Cuidados de enfermería

Control de signos vitales, avisar cambios

Medidas antidelirium

Pendiente // Revaloración Psiquiatría.

Bupropion 150 mg cada 12 horas. ambulatorio. Mipres: 20181116151009069445

MEDICO : NAIRO CANO ARENAS

RM: 01357-96

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 16/11/2018 HORA: 13:34:55

PSIQUIATRIA - EVOLUCION

Paciente de 43 años, en seguimiento por Psiquiatría con diagnosticos de :

1. Antecedente de alcoholismo

1.1 Síndrome de abstinencia: delirium tremens CIWA AR 4 puntos.

RESUMEN DE HISTORIA

2 Neumonía aspirativa resuelta

3. Trauma craneoencefálico severo 01/11/2018

3.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecho

3.2 Contusión hemorrágica frontal y parietal derecho

3.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática GREENE 3 Rotterdam 5

3.4 Daño axonal difuso

3.5 Fractura mastoidea izquierda

3.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda

3.7 Fractura clavicular izquierda

Subjetivo:

Paciente con pobre interacción con entrevistador, se encuentra en compañía de su hijo Duvel quien comenta que presentó episodio de agitación psicomotora el día de ayer con heteroagresión, que requirió manejo con medicación intramuscular. Servicio tratante ajustó dosis de benzodiacepina aumentando la dosis de la noche, solicitan nuevo concepto para determinar la pertinencia o no de traslado a unidad de salud mental.

Examen mental:

Paciente con porte levemente desorganizado, alerta, indiferente, disprosexico, pobre producción ideoverbal, afecto aplanado, sin actitud alucinatoria, inquietud motora, déficit cognitivo, lenguaje laconico, introspección y prospección nulas, juicio comprometido.

Análisis:

Paciente con síndrome de abstinencia alcohólica, en el momento persistiendo con algunos signos clínicos de abstinencia, (CIWAR 4), con cambios mentales y del comportamiento asociados que impresionan ser secuelas del TCE sufrido, por estar recibiendo aún dosis alta de benzodiacepina, persistir con signos de abstinencia y persistir con episodios de agitación psicomotora, se considera pertinente manejo en unidad de salud mental para control y seguimiento clínico. Si servicio tratante considera alta por su servicio, se indica remisión a unidad de salud mental para continuar manejo intrahospitalario.

Plan:

Lorazepam tab x1mg (1-1-2)

Vigilar conducta por riesgo de fuga, autoagresión o heteroagresión

Traslado a unidad de salud mental una vez tenga alta por servicio tratante

MEDICO : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA

RM: 80244483

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 16/11/2018 **HORA:** 13:42:

PSIQUIATRIA - EVOLUCION

RESUMEN DE HISTORIA

Paciente de 43 años, en seguimiento por Psiquiatría con diagnósticos de :

1. Antecedente de alcoholismo

1.1 Síndrome de abstinencia: delirium tremens CIWA AR 4 puntos.

2 Neumonía aspirativa resuelta

3. Trauma craneoencefálico severo 01/11/2018

3.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecho

3.2 Contusión hemorrágica frontal y parietal derecho

3.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática GREENE 3 Rotterdam 5

3.4 Daño axonal difuso

3.5 Fractura mastoidea izquierda

3.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierdo

3.7 Fractura clavicular izquierda

Subjetivo:

Paciente con pobre interacción con entrevistador, se encuentra en compañía de su hijo Duvel quien comenta que presentó episodio de agitación psicomotora el día de ayer con heteroagresión, que requirió manejo con medicación intramuscular. Servicio tratante ajustó dosis de benzodiacepina aumentando la dosis de la noche, solicitan nuevo concepto para determinar la pertinencia o no de traslado a unidad de salud mental.

Examen mental:

Paciente con porte levemente desorganizado, alerta, indiferente, disprosexico, pobre producción ideoverbal, afecto aplanado, sin actitud alucinatoria, inquietud motora, déficit cognitivo, lenguaje laconico, introspección y prospección nulas, juicio comprometido.

Análisis:

Paciente con síndrome de abstinencia alcohólica, en el momento persistiendo con algunos signos clínicos de abstinencia, (CIWA 4), con cambios mentales y del comportamiento asociados que impresionan ser secuelas del TCE sufrido, por estar recibiendo aún dosis alta de benzodiacepina, persistir con signos de abstinencia y persistir con episodios de agitación psicomotora, se considera pertinente manejo en unidad de salud mental para control y seguimiento clínico. Si servicio tratante considera alta por su servicio, se indica remisión a unidad de salud mental para continuar manejo intrahospitalario.

Plan:

Lorazepam tab x1mg (1-1-2)

Vigilar conducta por riesgo de fuga, autoagresión o heteroagresión

Traslado a unidad de salud mental una vez tenga alta por servicio tratante.

RESUMEN DE HISTORIA

Solicitado por : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA

RM: 80244483

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

Realizado por : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA

RM: 80244483

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 17/11/2018 HORA: 13:27:10

Evolución Medicina Interna 17/11/2018

Dr. Andrés Rodríguez - Médico internista

Alejandra Vargas R1 MI

Daniel Lugo - Interno XII

José Duvel Muñoz

43 años

Fecha de ingreso UCI/HUN 02/11/2018

Fecha de egreso de UCI 12/11/2018

Paciente masculino en día 15 de hospitalización con diagnósticos de:

1. Antecedente de alcoholismo

1.1 Síndrome de abstinencia: delirium tremens CIWA AR 4 puntos.

2 Neumonía aspirativa resuelta

3. Trauma craneoencefálico severo 01/11/2018

3.1 Hematoma subdural laminar fronto temporo parietal derecho

3.2 Contusión hemorrágica frontal y parietal derecho

3.3 Hemorragia subaracnoidea postraumática GREENE 3 Rotterdam 5

3.4 Daño axonal difuso

3.5 Fractura mastoidea izquierda

3.6 Fractura lineal parietal y escama del temporal izquierdo con hematoma subgaleal parietooccipital izquierda

3.7 Fractura clavicular izquierda

Subjetivo: Familiares de paciente refieren verle bien, niegan nuevos episodios de agitación, niegan fiebre, niegan emesis, niegan diaforesis, refieren emjoria en eritema de ojo derecho.

Objetivo:

Signos vitales:PA: 127/75/ 92 FC: 62 , FR: 20, satO2: 92%. al ambiente T: 36 C promedio, no picos febriles.

Glucometria:

16/11/2018: 123 mg/dL

15/11/2018 96 mg/ dL

14/11/2018 92 mg/ dL

13/11/2018 101 mg/ dL

Cabeza y cuello: Escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, con evidencia de epifora en ojo derecho asociado a eritema conjuntival, sin signos e infección, sin dolor a la movilización del ojo, cuello móvil sin adenopatías ni ingurgitación yugular.

Tórax simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios sin sobreagregados, con disminución murmullo vesicular

RESUMEN DE HISTORIA

en bases pulmonares, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos.

Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas, eutróficas, sin edemas. Llenado capilar menor a dos segundos, pulsos distales presentes normales.

Neurológico: alerta, atento, orientado en persona, desorientado en tiempo y lugar, inquietud psicomotora, obedece órdenes simples obedece parcialmente órdenes complejas, interactúa con el examinador y conecta con el medio, marcha atáxica, con evidencia e aumento del polígono de sustentación. Pares craneales sin alteraciones, sin reflejos patológicos, sin déficit motor, no se evidencian signos de focalización.

Paraclínicos:

15/11/2018

BUN: 10.7, CREAT: 0.79, Na: 138, K: 4.61, Cl: 96.9, LEU: 6840, NEU: 54%, LINF: 28%, HTO: 36.6, Hb: 12.4, VCM: 83.9, HCM: 28.4, RDW: 13.5, PLAQ: 780000

12/11/2018:

BUN: 15, CREAT: 0.68, Na: 138, K: 5, Cl: 97.6

11/11/2018:

BUN: 14.5, CREAT: 0.66, Na: 136, K: 4.46, Cl: 95.7, Ca: 8.9, Hg: 2.36, LEU: 12280, NEU: 77%, LINF: 12.9%, HTO: 36.7, Hb: 12.7, VCM: 83.0, HCM: 28.7, PLAQ: 540000

Análisis:

Paciente masculino de 43 años de edad con antecedente de alcoholismo crónico en manejo con psiquiatría ambulatoriamente, actualmente en estancia intrahospitalaria por trauma craneoencefálico severo con lesión axonal difusa secundaria y múltiples hemorragias intracraneales sin manejo quirúrgico, además con diagnóstico de neumonía aspirativa fue término tratamiento. El día de hoy estable hemodinámicamente, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, valorado el día de ayer por psiquiatría quienes recomiendan que paciente debe ser internado en unidad de salud mental por lo cual se inicia trámite de remisión, se le explica a familiares motivo y requerimiento de conducta quienes refieren entender y aceptar.

El día de hoy se evidencia mejoría en clínica de conjuntivitis, continua igual tratamiento con gentamicina oftálmica.

Por parte de medicina interna continua observación hasta remisión a unidad de salud mental.

Plan:

Hospitalización en piso Medicina interna

Cabecera a 30°

Dieta smooth pudín

Oxígeno por cánula nasal si saturación es menor de 90%

Tiamina 300 mg VO cada 24 horas

Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas

Enoxaparina 40 mg SC cada 24 horas

Acetaminofén 1 g VO cada 8 horas

Tramadol 5 gotas cada 8 horas en agua

Lorazepam VO cada 8 horas (1 mg 6 am) (1 mg 2 pm) (2 mg 10 pm)

Gentamicina gotas ocular 1 gota ojo derecho cada 6 horas

Glucometrías cada 12 horas

Vigilancia Neurológica

Cuidados de enfermería

Control de signos vitales, avisar cambios

Medidas antidelirium

SS // Remisión a unidad de salud mental *****

Bupropion 150 mg cada 12 horas. ambulatorio. 20181116151009069445



CORPORACION SALUD UN
HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL
NIT. 900578105 - 0
BOGOTA D.C. - BOGOTA D.C.

Pag: 94 de 94
Fecha: 18/11/18

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : ANDRES FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ

RM: 1019043435

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

CIERRE DE EPICRISIS - EGRESO DE PACIENTE

FECHA: / / HORA: : :

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

Dx salida 1 S065 HEMORRAGIA SUBDURAL TRAUMATICA

CONDICION DE SALIDA:

DIAS DE INCAPACIDAD: 0
