

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS



ESTUDIO IBEAS ASEGURADORES

PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN COLOMBIA

- Protocolo de la prueba de concordancia –

Bogotá, Noviembre de 2009

CONTENIDO

Contenido	2
Protocolo del estudio.....	3
Objetivo del estudio de concordancia	3
Diseño del estudio	3
Unidad de análisis del estudio de concordancia	3
Muestra para la realización del estudio	3
Análisis	4
Procedimiento	4
Guía de Usuario de la Aplicación Web.....	5
Acceso	5
Registro del análisis	7
Instrumento de análisis para la prueba de concordancia	9
Historias clínicas para ser analizadas en la prueba de concordancia	10



Prueba de Concordancia Proyecto IBEAS ASEGURADORES

Protocolo del estudio

OBJETIVO DEL ESTUDIO DE CONCORDANCIA

La finalidad del estudio es evaluar en qué medida:

1. La formación ha sido correcta
2. La homologación realizada al interior de los diferentes equipos institucionales ha alcanzado los objetivos esperados
3. los evaluadores que participarán en el estudio IBEAS han homologado sus criterios de análisis y por lo tanto están en condiciones de garantizar una evaluación confiable de las historias clínicas en sus respectivas instituciones.

DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño que se va a utilizar es el estudio de la concordancia para evaluar la reproducibilidad del juicio de valor entre cada evaluador y el “Gold estándar”, que consistirá en el acuerdo para cada caso entre los investigadores del país.

Para medir la concordancia, el análisis se realizará mediante el coeficiente kappa entre variables dicotómicas que se especifican más adelante.

Un mismo revisor no evaluará la misma historia clínica dos veces diferentes

UNIDAD DE ANÁLISIS DEL ESTUDIO DE CONCORDANCIA

El objeto del análisis serán los evaluadores individuales. Por lo tanto las respuestas deberán ser dadas de manera individual por cada uno de los evaluadores que van a participar en el estudio en la institución.

MUESTRA PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Se han elegido historias representativas con casuística suficiente para penalizar un desacuerdo en la valoración de la causalidad del EA.

La muestra para realizar el estudio consistirá en 40 historias clínicas que comprenden cuarenta “casos”. En una misma historia clínica pueden existir varios casos o solamente uno, el



evaluador deberá identificar cuantos y cuales casos existen en cada historia, describiéndolo y consignando sus conclusiones en el cuestionario que encontrará en la página web.

La distribución de los casos es la siguiente:

40 casos en total:

- 30 cribados positivos
 - 20 EA debidos a la asistencia (4-6)
 - 10 eventos adversos debidos a la atención en salud evitables
 - 10 EA no evitables.
- 10 casos con cribado negativo

ANÁLISIS

La medida de concordancia se calculará de acuerdo a las respuestas dadas según el instrumento de análisis, para:

- ***Evaluar si se ha producido un acierto al concluir si el Cribado es positivo o negativo***
(Pregunta A6, respuesta b=2) (N=40)
- ***Evaluar si se ha producido un acierto al determinar si el Evento Adverso se ha debido a la atención en salud.***
[(Pregunta A6 apartado b: 2 = efecto adverso) y (pregunta c: 4-6) (N=30)]
- ***Si el evento adverso es evitable o no***
[(Pregunta E3 4-6) (N=20)]

Se analizarán los valores obtenidos de kappa para cada evaluador y para cada juicio de valor (causalidad del EA y evitabilidad).

PROCEDIMIENTO

Para acceder a la aplicación del Estudio de Concordancia del Proyecto IBEAS se debe utilizar el explorador de Internet ingresando a la dirección <http://www.minproteccionsocial.gov.co/SIC>, la cual estará abierta entre el lunes 14 de diciembre y el lunes 21 de diciembre de 2009.

A continuación se dan instrucciones detalladas de cómo utilizar la mencionada aplicación Web.

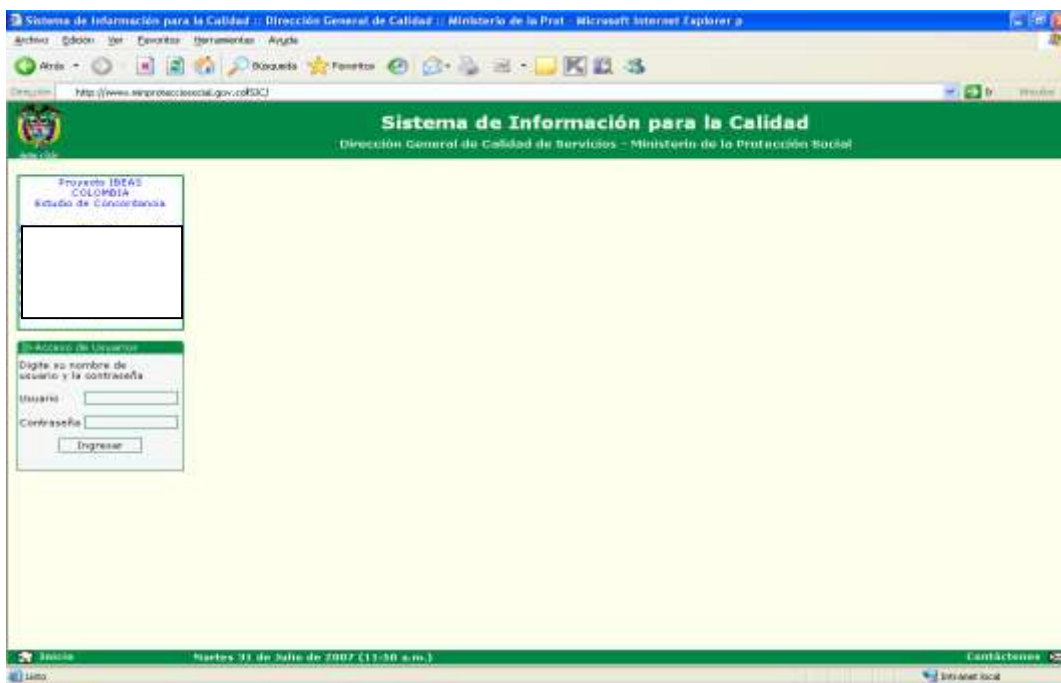
Prueba de Concordancia Proyecto IBEAS ASEGURADORES

Guía de Usuario de la Aplicación Web

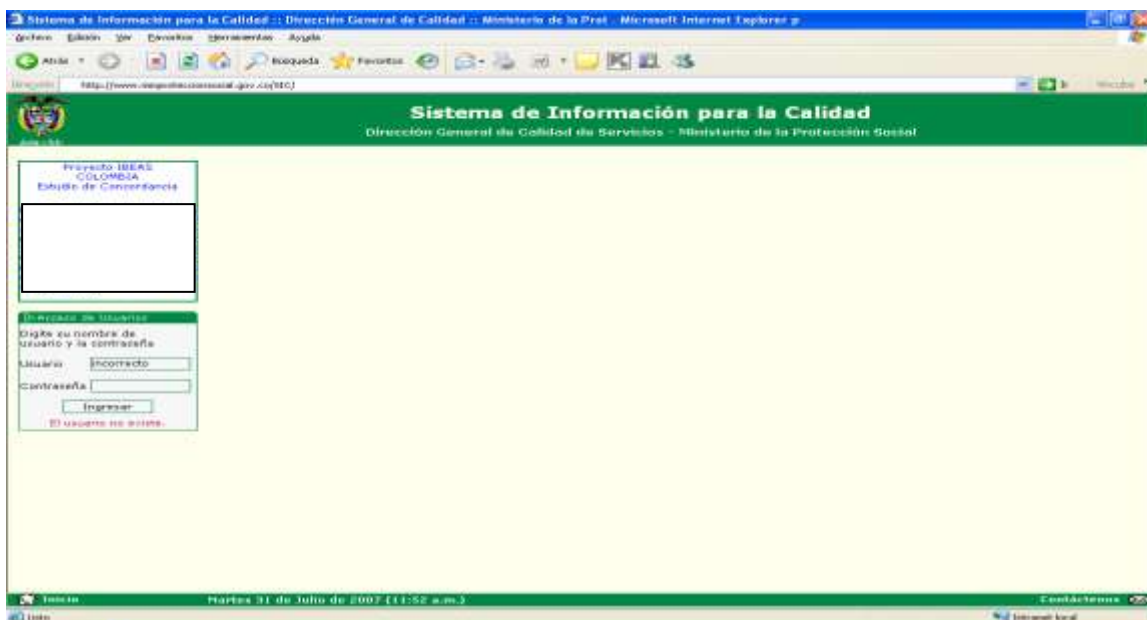
Este manual está dirigido a los actores que trabajan con las interfaces del sistema. Este manual no pretende reemplazar los métodos, procedimientos o normas definidos sino servir de instrumento para el diligenciamiento del análisis del estudio de concordancia. Para el correcto entendimiento de la funcionalidad aquí planteada se debe tener en cuenta que las opciones y funciones aplican de acuerdo a los actores y sus perfiles, según se hayan definido sus permisos de acceso a los diferentes menús de la aplicación.

ACCESO

Para comenzar a utilizar la aplicación se debe iniciar sesión con un usuario y contraseña establecidos por el administrador del sistema en la pantalla de inicio.



Las condiciones que imposibilitan el ingreso a la aplicación son: el usuario no existe, la contraseña es incorrecta, el tiempo de utilización de la cuenta ha expirado. Dichos mensajes son alertados por el sistema en la parte inferior y en color rojo para ser reportados al administrador.



Una vez registre el usuario y contraseña válidos, se presenta la siguiente pantalla:



Para ingresar a capturar el resultado del análisis de las historias clínicas, dar clic en la opción de menú **Estudio de concordancia**.

REGISTRO DEL ANÁLISIS

El sistema presenta la siguiente pantalla, verifique que en Institución aparezca la institución al que pertenece el evaluador y en Evaluador el nombre del participante del estudio.

Para registrar el análisis, debe seleccionar el número de la historia clínica, el sistema presenta el contenido de la historia clínica:



Para registrar la información de sucesos, recuerde que puede encontrar más de un suceso en una historia clínica, para lo cual debe señalar el número del suceso (1 a 5) y diligenciar el formulario.

Para grabar la información de clic en el botón 'GRABAR'. Si desea modificar la información, seleccione el número de la historia clínica y el número del suceso y el sistema le presentará la información, actualícela y de nuevamente clic en el botón 'GRABAR'.



Prueba de Concordancia Proyecto IBEAS ASEGURADORES Instrumento de análisis para la prueba de concordancia

A6 IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SUCESO

a) DESCRIBA EL SUCESO

b) EL SUCESO PRODUJO

1. No hubo tal suceso. Se trata de un falso positivo de la guía de cribado
2. Alguna lesión o complicación, invalidez en el momento del alta y/o prolongación de la estancia en la institución (o reanimación o tratamiento en consultas externas) o fallecimiento
3. Suceso sin lesión o prolongación de la estancia (p. e. caída del enfermo sin consecuencias)
Especifique _____

c) CAUSA DE LA LESIÓN O COMPLICACIÓN

La lesión o complicación fue debida a:

1. Atención en salud
2. Solamente por el proceso de la enfermedad
3. NS/NC

Después de considerar los **detalles** clínicos del manejo del paciente, *independientemente de la posibilidad de prevención*, **¿cómo está seguro que LA ATENCION EN SALUD ES LA CAUSANTE DE LA LESIÓN?**

1. Ausencia de evidencia de que el evento adverso se deba al manejo del paciente. La lesión se debe enteramente a la patología del paciente (No hay Evento adverso, entonces parar)
2. Mínima probabilidad de que el manejo fuera la causa
3. Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa
4. Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa
5. Es muy probable de que el manejo fuera la causa
6. Total evidencia de que el manejo fuera la causa del Evento adverso

E3 VALORE LA POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN DEL EVENTO ADVERSO

A su juicio, ¿hay alguna evidencia de que el EA se podría haber evitado? SI __ NO __

Valore en una escala de 6 puntos la posibilidad de prevención

1. Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención
2. Mínima posibilidad de prevención
3. Ligera posibilidad de prevención
4. Moderada posibilidad de prevención
5. Elevada posibilidad de prevención
6. Total evidencia de posibilidad de prevención



Historias clínicas para ser analizadas en la prueba de concordancia

HISTORIA 1.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

EDAD: 28 AÑOS

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente masculino quien ingresa por el servicio de urgencias por Herida de Arma de fuego en Tórax y Abdomen, es llevado a cirugía de urgencias donde se realiza laparotomía exploratoria, + Drenaje de Hemoperitoneo, Rafia Gástrica, Rafia Renal, Parche Surgicell, polo inferior, mas resección de Yeyuno proximal, mas anastomosis termino Terminal, mas lavado peritoneal, mas bolsa de laparotomía, y empaquetamiento de riñón izquierdo.

Paciente quien presenta inestabilidad hemodinámica y soporte ventilatorio postoperatorio por lo que se lleva a UCIA. Durante el tiempo de hospitalización se realiza lavado peritoneal.

Paciente con signos de dificultad respiratoria, estertores en ambos campos pulmonares, RX de tórax evidencian infiltrados bilaterales, con tendencia a la consolidación. Se considera sobre infección micótica, se inicia fluconazol.

Paciente por su estancia prolongada, se realiza traqueostomía, lavado peritoneal, gastrostomía.

Durante la hospitalización en UCI, presenta evisceración por apertura de bolsa de laparostomía se lleva a cirugía encontrándose drenaje peritoneal, se inicia vancomicina en el tratamiento.

Paciente quien termina tratamiento antibiótico, con marcada mejoría, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, se da alta por UCI.

HISTORIA 2

EDAD 49 AÑOS.

MOTIVO DE CONSULTA.

Paciente quien ingresa por urgencias con antecedentes de POP Histerectomía Abdominal por miomatosis uterina más apendicectomía por apéndice **fibrinopurulenta**. La paciente presenta dolor abdominal intenso de 2 días de evolución en epigastrio, irradiado a hipocondrio derecho con intolerancia a comidas grasas.

EXAMEN FISICO: SV: FC: 72, FR: 18, TA: 120/70, T: 37 G.

Se encuentra paciente con abdomen blando. Dolor a la palpación en hipocondrio derecho, epigastrio y fosa iliaca derecha.

DX: POP Histerectomía, Colección intraabdominal.



SS: paraclínicos, ECO Abdominal, Valoración por Gineco-Obstetricia.

Ecografía: Vesícula biliar distendida por ayuno, imagen de barro biliar, páncreas y retroperitoneo de difícil valoración debido al meteorismo intestinal, no se observa imágenes de colecciones ni líquido libre en cavidad abdominal.

Parcial de Orina: Normal.

CH: G. Blancos: 10.32, HB: 11.7, PLTAS: 263000, Neutro: 70.1%

Se valora por el servicio de GO quien observa paciente con dolor en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho y flanco derecho, muy sensible a la palpación, no hay franca irritación peritoneal.

No se observa complicación por Histerectomía, se sugiere valoración por cirugía general.

Se ordena clindamicina, gentamicina y preparar para cirugía.

Nota Operatoria Cirugía general:

Bajo anestesia general se realiza Laparotomía exploratoria, con Hallazgos de 100 CC de secreción sanguinolenta purulenta en fondo de saco posterior, sobre sutura de cúpula vaginal, con adherencia de intestino delgado ileon. No hay colección en cavidad, área de apendicectomía limpia, sin membranas, vesícula distendida, sin edemas, paredes finas.

Tipo de herida contaminada.

POP: Drenaje de colección pélvica.

Paciente en su 6 día POP sin signos de infección, tolerando vía oral, se decide dar de alta.

HISTORIA: 3

Masculino.

EDAD: 47 años.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL. Remitida por colangitis.

Paciente con cuadro clínico de 15 días de evolución de ictericia progresiva que se asocia a dolor abdominal en hipocondrio derecho. Se le realiza ecografía hepatobiliar que revela colecistocolitiasis, por lo cual se hospitaliza para manejo quirúrgico. Se decide tomar TAC que revela abundantes cálculos en vía biliar.

ANTECEDENTES: Niega.

EXAMEN FÍSICO: SV: FC: 72, FR: 18, TA: 110/70.

Marcada palidez mucocutánea, lesiones puntiformes en piel, escleras ictericas.



CARDIOPULMONAR: ruidos cardiacos rítmicos.

ABDOMEN: Dolor a la palpación en hipocondrio derecho.

EXTREMIDADES:

NEUROLÓGICO: Normal.

DX: Colangitis, Colecistocolocolitiasis.

Se ordenan Paraclínicos y valoración por cirugía general.

Paciente presenta dolor y distensión abdominal, sin picos febriles, con onda ascítica positiva.

Cifras tensionales bajas 80/50, se ordena bolo de SSN, dopamina en infusión 6 cc/h y valoración el 15 minutos.

Se decide en junta quirúrgica pasar paciente a CPRE donde encuentran colédoco dilatado de 5 cm, con cálculos y pus en la vía biliar.

Se ordena interconsulta a UCI y realización de cirugía, se informa a familiares sobre posibles complicaciones.

Se pasa paciente a colecistectomía, exploración de vía biliar (tubo en T), lavado de vía biliar.

Hallazgos: vesícula grande con paredes gruesas adherencia al epiplón, cálculos en su interior y en el cístico de 1.5 cm.

Colédoco de 5 cm de diámetro, espesor de la pared de 0.5 cm, conteniendo en su interior impactación de cálculos con pus, áscaris lumbricoides de 25 cm de longitud. La impactación de cálculo se extiende a los hepáticos en forma ascendente, no hay quistes de colédoco.

Líquido libre en cavidad amarillento.

Se ordena traslado a piso se suspende UCI.

Paciente con picos febriles, presencia de secreción purulenta en herida quirúrgica, con bordes eritematosos.

Drenaje de tubo en T de 10 cc, material amarillo oscuro.

Paciente continua con picos febriles, se toma Rx de tórax, se evidencia atelectasia en hemitorax derecho.

Se inicia terapia respiratoria, incentivo respiratorio.

Paciente quien presenta ausencia de drenaje por tubo T, con drenaje por bordes, se realiza colangiografía donde hay fuga de medio de contraste, se decide pasar a cirugía con reserva de 3 UGRE.



Paraclínicos de WBC: 6760, N: 79%, HB: 6.1, HCTO: 18.7, TP: 18.3/14.4, TPT: 52.2/30.2 INR: 1.3
Anestesiología considera pasar 6 UGRE antes de cirugía.

Paciente es llevado a cirugía laparotomía (2) con Dx PRE Peritonitis Biliar, POP colecistectomía, exploración de vías biliares, colangitis por Áscaris. lumbricoides.

Hallazgos: líquido peritoneal serosanguinolento no purulento, Dehiscencia de suturas del colédoco con filtración de bilis turbia espesa organizada por epiplón.

Paciente continua con picos febriles, herida limpia abierta, tubo en T no drena, con columna de material bilioso dren de KEHR con 500 cc de color café oscuro, salida del mismo material alrededor de la inserción del tubo y por el dren.

Paciente se pasa a laparotomía exploratoria (3), drenaje de peritonitis biliar, lavado peritoneal, empaquetamiento.

Se traslada a UCI para soporte hemodinámico y sepsis origen biliar.

En UCI con evolución torpida, con encefalopatía por falla hepática, Falla renal, cardiovascular y finalmente respiratoria.

Tubo en T con adecuada posición, fístula biliar drenando al exterior.

Entra en paro cardiorrespiratorio y fallece.

HISTORIA 4

78 AÑOS

Femenino.

MOTIVO DE CONSULTA Y EA.

Paciente con cuadro clínico de 2 días de evolución consistente en dolor generalizado en abdomen con predominio en hemiabdomen derecho, con antecedentes hace 10 días de hospitalización en esta institución de colecistectomía, exploración mecánica de vía biliar, tubo en T.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en regulares condiciones TA: 120/70, FC: 82, FR: 18.

Cardiopulmonar: Ruidos taquicardicos.

ABDOMEN: Blando adiposo, muy doloroso a la palpación, blumberg positivo. Peristaltismo aumentado.

EXTREMIDADES: Normal.

NEUROLÓGICO: Normal.

DX: Abdomen agudo, Peritonitis biliar.



Se ordena RX tórax, EKG, CH; BUN, Creat. TP, TPT.

Se realiza laparotomía exploratoria se evidencia colección francamente purulenta en pared abdominal, no evidencia de liquido libre peritoneal, lecho hepático en buen estado, no evidencia de filtración de liquido biliar.

Dx. POP: Absceso de pared abdominal.

El paciente es hospitalizado, se inicia tto antibiótico con Unasyn y por evolución satisfactoria se decide dar de alta.

HISTORIA 5

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

Masculino.

EDAD: 52 AÑOS

MOTIVO DE CONSULTA y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente sin antecedentes de importancia con cuadro clínico 2 meses de evolución de edema progresivo y generalizado en los últimos 15 días con oliguria, hipoventilacion basal izquierda, diuresis de 400 cc/en 24 h, abdomen globoso con ascitis.

Se toman paraclínicos donde encuentran aumento de los nitrogenados, Rx de tórax que sugieren derrame pleural izquierdo.

Valorado por Nefrología quien reporta glomerulonefritis rápidamente progresiva y descartar enfermedad del colágeno. Durante la hospitalización presenta insuficiencia renal aguda requiere manejo con inmunosupresores.

Paciente a pesar del tratamiento persiste oligurico, con anasarca, se aumenta diuréticos y ciclos de diálisis. Se considera diagnostico de síndrome nefrotico corticoresistente debido a la evolución estacionaria.

Se inician ciclos con ciclofosfamida y se adiciona albúmina para mejorar transporte.

Durante el tratamiento presenta evolución favorable, con controles de su albúmina, manejo con esteroides y diálisis, ciclofosfamida.

Paciente con diagnósticos de Síndrome Nefrotico, IRA, Inmunosupresion Mixta, quien se ausculta ronus en ambos campos pulmonares, crépitos bibasales, abdomen con ascitis, edema GIII, se consideran edema agudo de pulmón. Se ordenan hemodiálisis, albumina.

Presenta cuadro súbito de dificultad respiratoria con crepitos y ronus, tirajes intercostales, persiste edema y ascitis. Posible neumonía Nosocomial Vs. Neumocistis Carinii.

Se realiza atención paraclínicos que sugirieren Neumonía consolidada, se inicia antibiótico.



Presenta falla ventilatoria, se realiza intubación motivo por el cual solicitan ingreso a unidad de Cuidados Intensivos.

En UCI paciente con evolución irregular, con sepsis e inestabilidad hemodinámica, shock que requiere soporte inotropico, persiste con deterioro.

Por intubación prolongada se realiza traqueostomía.

Paciente persiste con infección foco pulmonar a pesar de tratamiento antibiótico por lo cual se solicita fibrobroncoscopia con Diagnostico de Aspergilosis masiva por lo que se indica Voriconazole, no disponible se inicia anfotericina B.

Paciente persiste con inestabilidad hemodinámica, signos de sepsis, con aumento de la dificultad respiratoria, evolución a bradicardia, paro cardiorrespiratorio y fallece.

HISTORIA 6

Hombre de 52 años con superobesidad (peso 180) (IMC 64 Kgs/m²), HTA secundaria, hiperlipidemias y artropatía. Fue llevado a cirugía bariátrica en Septiembre 26 de 2005. Se le realizo bypass gástrico el cual cursó sin complicaciones.

30 horas después el paciente presentó deterioro progresivo de su estado general, con polipnea, taquicardia y dolor abdominal. Se le realizó esófago grama por sospecha de filtración de la anastomosis gastroyeyunal y el mismo fue normal.

Fue llevado a laparotomía exploratoria encontrándose peritonitis fecal. Se observó un segmento inflamado y perforado del colon izquierdo el cual fue resecado y se le dejo con colostomía tipo Harman.

Permaneció en la Unidad de Cuidado Intensivo durante 16 días por cuadro de falla multiorgánica, (pulmonar, cardiaca y sanguínea). Se le manejó con abdomen abierto y requirió 6 lavados abdominales durante su estadía en UCI. Durante su estadía en el servicio de hospitalización general el paciente recibió nutrición parenteral y manejo de su herida abdominal. 6 meses después el paciente con 75 Kgs de peso fue dado de alta con gran eventración abdominal y colostomía.

1 año después de la cirugía de bypass gástrico el paciente fue llevado a cirugía nuevamente para cierre de colostomía. La cirugía cursó sin complicaciones. A los 4 días inicio fiebre y dolor abdominal por lo cual se le realizó nuevamente cirugía encontrándose filtración y absceso intraabdominal. Se le practico nuevamente colostomía y cierre del asa distal. El paciente evolucionó satisfactoriamente y se le dio salida con control por consulta externa.



HISTORIA 7

Masculino.

EDAD: 43 años.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL.

Paciente remitido del Tolima con cuadro de **mas** de 24 horas de evolución de trauma de MSI, al caer de un árbol, presentando heridas en hombro y brazo, llega inmovilizado.

ANTECEDENTES: Niega.

EXAMEN FÍSICO: SV: FC: 86, FR: 20, TA: 100/60, T: afebril, álgido.

CARDIOPULMONAR: ruidos cardiacos velados, rítmicos, ventilación superficial.

ABDOMEN: Normal.

EXTREMIDADES: Deformidad en MSI, con heridas afrontadas, en hombro y brazo izquierdo.

NEUROLÓGICO: Normal.

DX: Trauma Amputatorio de MSI, Heridas MSI complicadas.

Se ordenan RX MSI, RX tórax, valoración ortopedia y cirugía general, PNC?, gentamicina.

Se realiza arteriografía selectiva de MSI donde se evidencia amputación de la arteria Humeral izquierda, a nivel de la fractura conminutiva del humero. A través de las colaterales hay llenado satisfactorio de la arteria radial e ínter ósea, no hay reconstitución de la arteria cubital.

Nota operatoria: DX PRE: Trauma vascular por aplastamiento de brazo izquierdo, Amputación traumática de arteria humeral izquierda, fractura conminuta expuesta de humero izquierdo G: IIIC.

Se realiza curetaje humero izquierdo, debridamiento brazo izquierdo, aplicación de tutor externo, exploración vascular y reconstrucción de arteria humeral.

Hallazgos: avulsión muscular severa, cara interna del brazo izquierdo, dos secciones completas de arteria humeral, destrucción de la vena humeral, nervio expuesto integro.

Cirugía: sucia contaminada con fractura conminuta abierta.

Se ordena amikacina Ceftriaxona, transfundir 2 UGRE, manejo conjunto cirugía y ortopedia.

Paciente en su primer día POP, no picos febriles, buena perfusion, llenado capilar 2 sg, normo térmico.

Paciente con tejidos desvitalizados, se realiza desbridamiento de músculos necróticos, se encuentra arteria humeral expuesta +/- 10 cm, se indica pasar en dos días al servicio de cirugía general para limpieza y cubrir arteria.



Se realiza debridamiento+ limpieza + lavado, se evidencia Mionecrosis, osteomielitis, se resecan músculos necrosados, hay infección a nivel de fractura.

Paciente en su 11 día POP de reconstrucción de arteria humeral, a nivel de MSI heridas sobre infectadas, secreción fétida, mucho dolor, edema en antebrazo, mano izquierda y pico febril.

Paciente con signos de infección, tratamiento antibiótico se ordena valoración por cirugía plástica quien evidencia exposición del paquete neurovascular, buena perfusión distal, en junta quirúrgica consideran prioritario cobertura de paquete neurovascular, se programa en próxima semana para colgajo.

Se realiza colgajo músculo pectoral mayor a brazo izquierdo, injerto de piel libre, inmovilización férula de yeso. Sin complicación.

Dada la evolución clínica del paciente, llenado capilar distal, presentes, se da salida por cirugía general, continuar por ortopedia y cirugía plástica.

Se da salida.

HISTORIA 8

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

EDAD: 67 AÑOS

FEMENINO.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA: Ingresa por consulta externa para hospitalización Medicina interna por hidrocefalia activa comunicante, infartos occipitales bilaterales.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con Cuadro clínico de 4 meses de evolución de cefalea abrupta, pérdida de conocimiento, trastorno de la marcha, aumento del polígono de sustentación, disminución de la agudeza visual, debilidad generalizada, ingresa por consulta externa con diagnóstico clínico y radiológico de hidrocefalia comunicante normotensa, que es hospitalizada para realizar y determinar viabilidad de DVP, a quien se le practica punción lumbar con presión de apertura de 6 cm de H₂O, con citoquímico normal.

En la madrugada presenta caída desde una camilla con posterior dolor, limitación para su movilización.

Se toma Rx de cadera izquierda por trauma donde evidencia fractura transtrocanterica de cadera izquierda, es valorada por el servicio de ortopedia quienes recomiendan reposo, analgesia, sin embargo la paciente persiste con dolor intenso se coloca tracción cutánea.

Se toma resonancia magnética cerebral para valoración de su cuadro de ingreso en la cual se observa imágenes hipodensas bioccipitales de predominio izquierdo con hidrocefalia asociada.



Paciente a quien se da salida con tracción cutánea y con programación por consulta externa por ortopedia para programar cirugía de fractura.

HISTORIA 9

Hombre de 17 años – Consultó al servicio de urgencia con cuadro de 2 días de fiebre dolor abdominal y vomito.

Antecedentes importantes negativos

Al ingreso aparenta enfermedad aguda TA 126/84 FC 92Xmin

ORL: Mucosas húmedas

C/P: Buena ventilación en ACP, no estertores

Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en FD con signo de rebote positivo.

Hemograma: leucocitos 12.832 Neutrófilos 65% Linfocitos 30%

Parcial de orina: normal

Fue valorado por cirujano de turno quien decide llevarlo a cirugía con diagnóstico de apendicitis aguda. En cirugía se observó el apéndice de aspecto normal y ganglios linfáticos aumentados de tamaño en el meso colón derecho. Se le realizó apendicectomía. Fue dado de alta al día siguiente.

5 días después el paciente seguía con intenso dolor y eritema en el sitio de la herida quirúrgica. Se le tomó escanografía abdominal que no reportó colección intraabdominal pero sí aumento de tejidos blandos en la pared abdominal de la FID. Se llevó nuevamente a cirugía para drenaje de absceso de tejidos blandos en la herida quirúrgica. Evolucionó satisfactoriamente y 2 días después se le dio salida a la casa con tratamiento antibiótico oral.

HISTORIA 10

Mujer de 16 años es programada electivamente para resección de ganglión en mano izquierda ambulatorio. En la cirugía se utilizó azul de metileno para colorear el tejido. La paciente reconsultó 3 días después por dolor marcado en la muñeca izquierda.

Los rayos X mostraron imágenes compatibles con necrosis de bordes óseos en el carpo. Fue llevada a cirugía ambulatoria para debridamiento. En el postoperatorio la paciente presentó limitación para



los movimientos de la muñeca. Se le inicio manejo con terapia física con lo cual la movilidad de la muñeca mejoró de manera importante pero no alcanzo la totalidad del movimiento.

HISTORIA 11

Niña de 14 años es llevada por la madre a urgencias con cólico hipogástrico y distensión abdominal. El hemograma y uroanálisis fueron normales. La ecografía pélvica evidenció un tumor quístico en el ovario derecho. Se le ordenó TAC que mostró quiste pero en el ovario izquierdo. Se llevo a laparoscopia para resección del quiste y en la misma se encontraron los órganos genitales internos intactos. Se evidenció masa intraluminal en el sigmoide la cual fue posible comprimir y avanzar a distal. Un tacto rectal intra-operatorio evidenció una impactación fecal.

HISTORIA 12.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

FEMENINO

EDAD: 16 AÑOS.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL.

Paciente de 16 años de edad procedente de Florencia, donde se diagnostica empiema pleural izquierdo por lo que se realiza toracostomia, se coloca tubo a tórax con drenaje, al ingreso es valorada por cirugía general y se programa en salas de cirugía para toracotomia mas decorticación, se reserva UCI, durante la cirugía presenta sangrado de aproximadamente 1500cc por lo cual se transfunden 2 unidades de sangre previamente reservadas y se traslada a UCI para manejo de falla hemodinámica y ventilatoria, con TA: 110/60, FC: 100 x min., PVC: 5 cms, diuresis 200cc, campos pulmonares con murmullo vesicular conservado en hemitorax derecho, sistema de drenaje funcionando, alerta, sin déficit, moviliza 4 extremidades.

Siete días después, se realiza extubación programada, sin complicaciones por mejoría de los parámetros respiratorios, se solicita traslado a piso para manejo medico por cirugía general.

Ingresa usuaria al 5 piso con oxigeno por cánula nasal a 3litros por min., TA: 100-60, T: 36.2, FR: 20 por min., FC:76 x min., sonda vesical conectada a cystoflow, tubo en hemotórax izquierdo, LEV en MSD,

Cinco días después, se retira tubo de hemitorax sin complicaciones, presenta mejoría y se da de alta con indicaciones y cita de control por consulta externa.

HISTORIA 13:

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.



EDAD: 34 AÑOS.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con DX de dolor pélvico a estudio, masa ovárica en estudio

ANTECEDENTES: Apendicetomía hace 4 años, cesárea hace 3 años.

EXAMEN FISICO:

Paciente en regulares condiciones generales, con TA: 140-70 mmHg, FC: 78 x min., FR: 18 x min.

CARDIOPULMONAR: Normal.

ABDOMEN: se palpa masa dura en fosa iliaca derecha, mesogastrio e hipogastrio, dolorosa a la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal

EXTREMIDADES: Eutróficas no edemas.

NEURO: Normal.

GENITALES: Al tacto vaginal: vagina normo térmica, normo elástica, cuello posterior cerrado, presencia de masa anexial derecha.

DX: TUMOR DE OVARIO de etiología a definir

EVOLUCION:

Paciente es valorada por ginecoobstetricia quien solicita interconsulta por oncología y se solicita preparación para laparotomía cito reductora + Biopsia por congelación.

Se realiza Cx: se envía muestra a patología, (OVARIO DERECHO: CONGELACION) la cual diagnostica CISTADENOMA SEROSO PAPILAR CON SEVEROS CAMBIOS DE NECROSIS POR TORSION.

En su primer día de POP, afebril, se omite tacto vaginal, SV: TA:120-7 , FR: 20x min., FC: 82 X MIN, T: 32 X MIN, herida Quirúrgica limpia.

Valorada por ginecoobstetricia, segundo día de POP laparotomía citorreductura + salpingooferectomia derecha, pte en buenas condiciones generales con SV, TA: 110-70, FC: 80 x min., FR: 16 x min., herida quirúrgica limpia sin secreciones, no fétidas, genitales con sangrado escaso, evolución hemodinámica estable; por lo cual se decide salida con recomendaciones, y control en 15 días con ginecología.

HISTORIA 14

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

EDAD: 27 AÑOS.



MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con IDX: G4 P0 C3 V3 + Emb 38.3 sem, no controles prenatales, hace una semana presenta dolor tipo cólico en hipogastrio irradiado a cadera, niega sangrado y amniorrea.

ANTECEDENTES: amigdalectomia, G4 P0 C3 V3, EG 38.3 sem, cesárea anterior.

EXAMEN FISICO:

Paciente en regulares condiciones generales con TA: 100-60mmHg, FC: 78 x min, FR: 18 x min., T: 36.

CARDIOPULMONAR: Normal.

ABDOMEN: útero grávido de 38.3 sem x FUM, AU: 28 cm , movimientos fetales (+).

EXTREMIDADES: Eutróficas no edemas.

NEURO: Normal.

GENITALES: cuello posterior cerrado, no doloroso a la palpación, no amniorrea, no sangrado, leucorrea fétida y verdosa.

DX: G4 P0 C3 A0, EMB 38.3 SEM, NO CONTROLES PRENATALES.

EVOLUCION:

Paciente valorada por ginecoobstetricia con evidencia de distocia de pélvis quien ordena traslado a sala de partos para monitoria fetal y preparación a cirugía.

Se traslada paciente a cesárea, obteniéndose RN de sexo masculino, liquido amniótico claro, placenta fúngica, se traslada a recuperación en estables condiciones generales, SV: TA: 109-61, FC: 61 X MIN.

Se traslada paciente al 4 piso, en aceptables condiciones generales, con TA:120-72 mmHg, FC: 67 x min.

Paciente refiere sentirse bien, se decide salida con esquema de antibióticos, y control por consulta externa en una semana.

HISTORIA 15

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

EDAD: 54AÑOS.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con DX rectocele GII, cistocele GII, histerocele GII, de varios meses de evolución.



EVOLUCION:

Paciente se programada para Histerectomía + uretrocistopexia suprapubica + colporrafia posterior. Durante el procedimiento Quirúrgico se presenta sangrado debido a hematoma por desgarro de vasos uterinos de ligamento ancho izquierdo, pero se termina procedimiento sin complicaciones al controlar sangrado.

Paciente en buenas condiciones generales evolución sin complicaciones, herida Quirúrgica en buen estado se decide salida con recomendaciones y control por Ginecología.

HISTORIA 16

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

EDAD: 74 AÑOS.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con cuadro de 7 días de evolución consistente en rubor calor edema y dolor en testículo izquierdo, con secreción purulenta y dolor.

ANTECEDENTES: Osteosíntesis de tibia realizada en esta institución hace 10 MESES por fractura de tibia y peroné.

EXAMEN FISICO:

CARDIOPULMONAR: Rítmicos sin soplos , bien ventilados.

ABDOMEN: Normal.

EXTREMIDADES: sin alteraciones.

Genitales: evidencia de tumoración de 10 x 10 cm.

SNC: sin alteraciones

DX: Absceso en testículo Izquierdo.

EVOLUCION:

Pte quien se realiza drenaje de Absceso en testículo izquierdo, se decide hospitalizar manejo con antibiótico, se solicitan laboratorios, curación 2 veces por día. Cinco días después en buenas condiciones generales, se da de alta con recomendaciones, tto, y control por consulta externa.

HISTORIA 17

72 AÑOS.

Masculino.



MOTIVO DE CONSULTA Y EA.

Paciente programado por consulta externa para realización de herniorrafia inguinal bilateral y colecistectomía.

Cuadro clínico de 2 años de evolución consistente en masa inguinal bilateral.

ANTECEDENTES: EPOC; en tratamiento con salbutamol, berodual, teofilina prednisona, dexametasona, terbutalina, oxígeno domiciliario, QX: prostatectomía transuretral hace 5 años. Trae Ecografía hepatobiliar que documenta colelitiasis. Trae autorización por Anestesiología para Herniorrafia inguinal bilateral, colocación de malla, colecistectomía.

EXAMEN FÍSICO:

TA: 130/70, FC: 90, FR: 18.

C/P: Normal.

ABDOMEN: Evidencia de Masa inguinal bilateral reductible, no signos de irritación peritoneal.

EXTREMIDADES: Normal.

NEUROLÓGICO: Normal.

DX: Hernia Inguinal Bilateral, Colelitiasis, EPOC.

SS: Hospitalizar, Valoración por medicina interna.

Se ordena NVO, LEV, valoración por medicina interna.

Se ordena Teofilina, prednisolona, salbutamol.

Paciente hospitalizado, requiere para su POP cama en UCI, se ordena.

Es valorado por Medicina interna, sin sibilancias, se adiciona acetaminofen más codeína.

Paciente en regular estado general, oxígeno dependiente, se valora por anestesiología quien autoriza cirugía, si se dispone de cama en UCI.

Paciente quien se programa hoy cirugía, pero no hay cama en UCI se suspende intervención quirúrgica.

Se ordena salida por cancelación de cirugía.

HISTORIA 18

Masculino.

EDAD: 21 años.



MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL.

Paciente conocido por el servicio de cirugía general, quien ingresa por cuadro de obstrucción intestinal.

ANTECEDENTES: Laparotomía exploratoria, toracotomía doble, toracostomía, múltiples rafias gástrica, duodenal, yeyunal, colon transversal, pancreática, hepática, cardiaca, esplénica. Por herida toracoabdominal con proyectil múltiple de arma de fuego.

EXAMEN FISICO:

Al ingreso en regulares condiciones generales, TA: 110/70, FC: 120, FR: 24.

CARDIO PULMONAR: Ruidos taquicardicos, sin soplos, hipoventilacion basal izquierda, herida suturada de 12 cm.

ABDOMEN: Distendido, doloroso a la palpación, peristaltismo aumentado, cicatriz de laparotomía limpia.

EXTREMIDADES: Normal.

NEUROLOGICO: Normal.

DX: POP, Dolor abdominal a estudio, Obstrucción intestinal.

El paciente es valorado por cirujano de turno quien ordena Rx de abdomen donde se evidencia Niveles hidroaereos, ausencia de aire en ampolla, paraclínicos con leucocitosis de 23.110, neutrofilos de 87%, drenaje por sonda de aspecto fecaloide, sed y dolor abdominal.

Se toma TAC abdominal por su persistencia de cuadro clínico el cual no reporta anormalidad.

Paciente posteriormente presenta mejoría clínica de su cuadro, con presencia de flatos y deposiciones, se suspende SNG y se reinicia la vía oral.

Paciente no tolera la vía oral, emesis contenido bilioso fétido, dolor abdominal, se pasa a laparotomía exploratoria, donde se evidencia bridas en asas intestinales, se liberan adherencias.

Paciente en su POP adecuado, se inicia nuevamente vía oral, tolerando adecuadamente, evolución favorable, se da de alta.

HISTORIA 19

Masculino.

EDAD: 53 años.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL.



Paciente quien en el servicio de urgencias es diagnosticado como Pancreatitis aguda severa, se instaura Tto, sin embargo presenta aumento de la PIA, es valorado por cirugía general, quien lo interviene quirúrgicamente por Sd compartimental abdominal, se encuentra Abundante liquido en cavidad, páncreas edematoso, el paciente sale intubado de salas de cirugía a UCI.

El paciente presenta elevación de azoados, se diagnostica falla renal, no oliguria, que responde a maniobras de nefroproteccion, presenta luego deterioro de la función respiratoria.

El paciente presenta evisceración por bolsa de laparostomía, por lo cual se interviene quirúrgicamente, cavidad abdominal limpia.

Paciente con dificultad respiratoria progresiva, con infiltrados en radiografía, se inicia manejo para neumonía nosocomial asociada a ventilación por Pseudomona.

Paciente con evolución clínica favorable, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, ni ventilatoria, con apoyo nutricional parenteral, se decide dar salida a piso.

En piso se inicia Tto con imipenem contra Pseudomona en cultivo de catéter central, presenta deterioro progresivo con dificultad respiratoria marcada, Rx de tórax muestra infiltrados bilaterales difusos, gases arteriales reportan hipoxemia, hipocapnia, se considera que el paciente cursa con cuadro de diestres respiratorio severo por lo que se solicita valoración por UCI.

Paciente con SDRA Vs Neumonía, sepsis no modulada, requiere soporte inotropico, se cambia esquema antibiótico Tigeciclina, amikacina.

Paciente hemodinamicamente estable, se continúa igual manejo.

Paciente en SIRS modulada, hemodinamicamente estable, continua con picos febriles se decide traslado a piso.

El paciente se deja sonda con drenaje por presentar absceso peri pancreático con intervención quirúrgica. Durante su hospitalización se realizaron controles semanales con ecografía y radiología intervencionista, evolución favorable, se da de alta al paciente con catéter de drenaje.

REINGRESO INSTITUCION.

Paciente con antecedentes de Pancreatitis severa, absceso peri pancreático, consulta por presentar salida de alimentos por catéter, se valora por cirugía intervencionista quien ordena tomar TAC abdominal, radiografía de vías digestivas altas, para determinar posible fístula gastropancreatica.

Paciente quien en reporte Radiográfico muestra normalidad del trayecto, en el paso por el medio de contraste, no muestra imágenes que indiquen trayectos fistulosos.

Paciente con evolución favorable, se observa drenaje escaso hepático de 20 cc, se ordena salida, control por consulta externa con TAC abdominal.

HISTORIA 20



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

EDAD: 76 AÑOS.

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien ingresa a esta institución con cuadro clínico de 1 día de evolución de dolor en epigastrio y en FOSA ILIACA I. que posteriormente se generaliza en hemiabdomen izquierdo, acompañado de náuseas, malestar general, fiebre no cuantificada, vómito.

ANTECEDENTES: Colectomía hace 3 años, HTA CONTROLADA y Diabetes M. sin tratamiento.

EXAMEN FÍSICO: Al ingreso alerta, FC: 70, TA: 120/70, FR: 20.

C/P: Normal.

ABDOMEN: Abundante panículo adiposo, ruidos intestinales ++, sin signos de irritación peritoneal.

DX: DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO.

Se ordena valoración por cirugía general.

Reporte de paraclínicos con HB: 7.4, PLT: 323000, WB: 33050, N: 87%, L: 5.5%, GLIC: 97, Amilasa de 27U, Creat: 1.23, RX de tórax evidencia radioopacidad en base izquierda, ángulo costo frénico izquierdo con derecho conservado.

Paciente quien continua con dolor abdominal, en regular estado general, con ruidos cardíacos arritmicos, abdomen con dolor a la palpación y signos de irritación peritoneal, se considera abdomen quirúrgico y es llevado a laparotomía exploratoria en donde se encuentra múltiples bridas de epiplón, defecto umbilical de dos centímetros, con Protrusión en epiplón, defecto de pared abdominal en epigastrio de 1 cm, con protrusión. Se realiza herniorrafia umbilical mas herniorrafia epigástrica posterior al procedimiento, presenta crisis hipertensiva a pesar de los medicamentos que se le han aplicado para controlarla, asociado a dificultad respiratoria, con signos vitales FC: 128, TA: 220/101, FR: 45, SPO2 34%, por tal motivo es llevado a UCI.

Se solicitan paraclínicos que reportan HB: 11.9, HCTO: 38%, PLT: 283000, W: 29070, N: 92%, L: 2.4%, Creat. 0.69, Glic: 117, BD: 2.00, BT: 3.65, TGO: 79, TGP: 51, LDH: 1149.

Paciente quien presenta mejoría, se traslada a piso para continuar manejo.

Al ingreso a piso asintomático, sin signos de infección, paciente a pesar del tratamiento persiste con cifras tensionales elevadas, se valora por el servicio de medicina interna quien ordena nitroglicerina con mejoría de cifras tensionales, se da salida por el servicio de medicina Interna quien encuentra ruidos cardíacos arritmicos se da tratamiento para su arritmia.

Le solicitan ecocardiograma, tratamiento para su edema pulmonar secundario a enfermedad de base.

Ecocardiograma evidencia hipoquinesia de cara inferior y lateral de ventrículo izquierdo, insuficiencia mitral GII, insuficiencia tricuspídea, esclerosis valvular aórtica con insuficiencia leve.



Paciente asintomático sin signos de disnea, se decide dar salida.

HISTORIA 21

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

Femenino.

EDAD: 79 AÑOS

MOTIVO DE CONSULTA y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con cuadro clínico de 20 días de evolución de aparición de edema, rubor, calor y dolor en antepié izquierdo posteriormente secreción purulenta y necrosis del tercer dedo.

ANTECEDENTES: Antecedentes: Diabetes Mellitus.

EXAMEN FÍSICO: Al ingreso en regulares condiciones generales, 110/70 FC: 90, FR: 22 x min. T: 38.5 C.

CABEZA: NORMAL

CARDIOPULMONAR: Ruidos cardiacos poco audibles, murmullo vesicular conservado.

ABDOMEN: Blando no doloroso a la palpación, no masas.

EXTREMIDADES: Amputación supracondilea de miembro Inferior derecho.

Edema, Rubor, calor, dolor que compromete pierna en MII, rubor necrosis y secreción purulenta en 3 dedo pie izquierdo.

Diagnósticos: DM II controlada, Pie diabetico GIV, Sepsis de origen Tejidos Blandos.

Se ordena Paraclínicos, Antibióticos, Heparina, Insulina, Paraclínicos, Valoración por ortopedia.

Es Valorada por el servicio de Ortopedia quien ordena Programar para amputación.

Ingresa a salas de Cirugia y se cancela cirugia por falta de paraclínicos recientes y además la paciente había comido.

Se reprograma nuevamente a cirugia pero la Paciente no acepta la amputación radical.

Paciente con DM II controlada, se suspende NPH y se deja esquema según glucometria.

Apta para cirugia por goteo de Insulina Intraoperatorio.

Paciente quien no permite procedimiento quirúrgico, se discutirá con la familia su pronóstico y se definirá salida.

Paciente quien definitivamente no acepta la amputación,

Paciente QUE AL FIN DECIDE LA AMPUTACIÓN. La cual se realiza.



MID con amputación sin complicación, MII con pie y evidencia de Necrosis 2, 3, 4, dedo asociado a edema, refiere paciente aceptar amputación.

Se realiza amputación debajo de la rodilla y reconstrucción de muñón.

Paciente con cifras tensionales y glucometria normal, sin signos de SIRS, herida quirúrgica limpia SIN SIGNOS DE INFECCION se da de alta.

HISTORIA 22

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

Femenino.

EDAD: 15 AÑOS

MOTIVO DE CONSULTA y ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con Cuadro clínico de 3 días de evolución de trauma en rodilla izquierda, con posterior edema calor en rodilla, fiebre escalofríos, malestar general, hace dos días.

Hoy tos y disnea.

ANTECEDENTES: Sin importancia

EXAMEN FÍSICO: Paciente en regular estado general, TA: 110/70 FC: 98, FR: 26.

CABEZA: NORMAL

CARDIOPULMONAR: rítmicos, taquicardicos, estertores inspiratorios bilaterales.
ABDOMEN: Normal.

EXTREMIDADES: Edema en rodilla izquierda y excoriación.

SNC: Normal.

GENITALES: Normal.

DIAGNOSTICO INGRESO: CELULITIS EN PIERNA Y RODILLA IZQUIERDA. NEUMONIA MULTILOBAR POR ESTAFILOCOCO ADQUIRIDA EN COMUNIDAD.

RESUMEN DE EVOLUCIÓN:

Paciente durante su hospitalización se ordena RX de tórax, donde se evidencia lesiones múltiples alveolares, con neumatocelos, compatibles con neumonía se inicia Vancomicina.

Paciente presenta deterioro de su estado neurológico y de su estado general, con falla respiratoria, requiere IOT, apoyo hemodinámica se ordena UCI.

Presenta signos de Empiema izquierdo paraneumonico, por lo cual se realiza toracostomia izquierda, sin complicaciones, con evidencia de salida de material purulento 30 cc.



El paciente en su POP de toracostomía persiste febril, con hallazgos susceptibles de lesión abscedada en extremidad, la cual se drena por el servicio de cirugía general.

Se logra destete vasopresor y ventilatorio.

Se ordena salida de UCI.

Al ingreso a piso, paciente con estertores bibasales, edema en MII, calor rubor, edema, flictenas en tercio distal de muslo y rodilla, dos tercios proximales de pierna izquierda con poca perfusión y leve frialdad distal de pie. Es valorado por el servicio de cirugía plástica quien realiza colgajo + injerto de piel en MII.

Paciente con diagnósticos de Sepsis de tejidos blandos, Empiema, Fascitis en MII, POP de Colgajo e injerto de Piel MII. Refiere sentirse bien no picos febriles, sin signos de infección se da de alta.

HISTORIA 23

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

Masculino.

EDAD: 85 AÑOS

MOTIVO DE CONSULTA y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con cuadro clínico de dolor muscular y rigidez nucal, imposibilidad para apertura oral, opistotonos, con los estímulos externos, dificultad respiratoria que requirió IOT.

ANTECEDENTES: Herida en talón derecho con puntilla.

EXAMEN FÍSICO: Paciente quien ingresa en paro respiratorio, se realiza IOT. FC: 81, FR: 24, T: 36.

CARDIOPULMONAR: Normal.

ABDOMEN: Normal.

NEUROLOGICO: Glasgow de 3/15. no signos meníngeos, espasticidad Nucal.

Diagnósticos: Tetano, Falla ventilatoria.

Se ordena paraclínicos y traslado a UCI.

Durante la estancia en UCI se inicia manejo ventilatorio. Sedación y relajación muscular la cual se retira en las mañanas, para determinar grado de rigidez muscular sin éxito.

Durante las primeras 4 semanas por presencia de rigidez se inicia manejo con gammaglobulina equina completo, se inicia manejo con sulfato de magnesio, para destete de sedación y relajación muscular.

Paciente requirió manejo inotrópico, antihipertensivo, tratamiento antibiótico con metronidazol.

Se realizó traqueostomía por intubación prolongada, además gastrostomía.



Se realiza posterior destete de sedación, de ventilación mecánica, dejando tienda de traqueostomía, tolerando adecuadamente se da manejo en piso.

Ingreso a piso en adecuadas condiciones generales, se retira tienda, dejando O2 asistido, tolera el retiro.

Se ordena salida manejo primer nivel.

HISTORIA 24

Niña de 6 años fue llevada al servicio de urgencias con cuadro de tos inicialmente seca y posteriormente con expectoración verdosa, fiebre, dificultad respiratoria y malestar general. No antecedentes importantes.

Al EF se le encontró FC 126x' FR 32x' aleteo nasal, mucosas semisecas, hipoventilación basal bilateral y abdomen levemente doloroso a la palpación en epigastrio.

El hemograma inicial reporto leucocitos de 9.536, neutrofilos 57%, neutrofilos 41%, los Rayos X de tórax mostraron engrosamiento peribronquial, la proteína C fue de 230. Se le hizo diagnostico de insuficiencia respiratoria aguda de origen viral y se le inició tratamiento sintomático.

La paciente continuó evolucionando irregularmente con fiebre, empeoramiento de la frecuencia respiratoria y deterioro del estado general.

Los rayos x de control 48 horas después mostraron derrame pleural izquierdo por lo cual fue necesario practicar una toracostomía cerrada izquierda. El cultivo del líquido drenado del tórax reportó Estafilococo Aureus meticilino-resistente. Se inició tratamiento antibiótico con vancomicina EV. La paciente fue trasladada a cuidado intensivo donde evoluciono satisfactoriamente y fue dado de alta 6 días después.

HISTORIA 25

Mujer de 32 años a quien se le realizó gastrectomía total por carcinoma. Las ordenes médicas solicitan aplicar "duodecadrom por 8mgs, administrar 1 ampolla cada 8 horas IV, por 24 horas". El personal de enfermería solicita duodecadrom por 4 mgs 2 ampollas. La auxiliar que administra la tercera dosis se da cuenta de que en el empaque del medicamento se refiere que es para uso intramuscular. Inmediatamente se establece entre el farmaceuta del hospital y el médico tratante. Este último informa que hay un error en su orden, que quiso ordenar "Decadron por 4mgs aplicar 2 ampollas" y corrige la orden. No se presentó daño alguno visible a la paciente.



HISTORIA 26

Una mujer de 55 años hospitalizada para tratamiento de una neumonía adquirida en la comunidad cae de la cama durante la noche mientras dormía. El familiar acompañante avisa a la enfermera de turno. El medico evalúa inmediatamente a la paciente y no le encuentra lesión alguna. La paciente durante su estadía en el hospital por tres días más no evidenció ningún compromiso secundario a la caída.

HISTORIA 27

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

EDAD: 60 AÑOS

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente masculino con cuadro clínico de 3 meses de evolución de dolor abdominal. Se realiza TAC de abdomen el cual reporta imagen quística gigante de bordes y contornos definidos dependiente del páncreas. Diagnostica quiste de páncreas cistoadenoma Vs cistoadenocarcinoma del páncreas, se comenta caso en junta quirúrgica que podría comprometer la vena esplénica con posibilidad durante la cirugía de realizar esplenectomía por lo complejo del caso, se reserva sangre y UCI.

ANTECEDENTES: NIEGA PATOLOGIA DE IMPORTANCIA.

EXAMEN FISICO: SV: TA: 120/70 , **FC:** 80, **FR:** 20.

CABEZA: NORMAL

ORL: NORMAL.

CUELLO: NORMAL.

CARDIOPULMONAR: NORMAL.

ABDOMEN: gran masa a nivel de hipocondrio izquierdo.

EXTREMIDADES: EUTROFICAS.

SNC: SIN ALTERACIONES.

GENITALES: NORMAL.

DIAGNOSTICO INGRESO: QUISTE DE COLA DE PANCREAS.

RESUMEN DE LA EVOLUCION:



Es llevado a cirugía, se realiza pancreatometomía distal más esplenometomía más omentometomía.

Hallazgos: 2 grandes masas de 15x15 cm.

Complicaciones: dificultad técnica del procedimiento debido al tamaño de la masa y su adhesión fuerte a estructuras adyacentes que hizo se perdiera aprox. 2000 cc de sangre.

Nota enfermería

Reserva de 4 unidades de GRE mas. A las 11:00 se inicia transfusión, de esas tres unidades, se administraron 4000 de SSN + 1000 de gelifundol.

Se solicita traslado a UCIA:

Paciente ingresa a UCIA, Dx. De POP inmediato de pancreatometomía distal, esplenometomía, Pseudoquistes pancreáticos.

Paciente en UCIA evolución POP satisfactoria, sin requerir de soporte ventilatorio, con soporte inotrópico que se logró destetar.

Se ordena subir a piso.

Paciente tolerando vía oral, no dolor abdominal, herida quirúrgica limpia, resto examen físico normal, se decide dar de alta. Cita control por consulta externa.

HISTORIA 28

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

EDAD: 45 AÑOS.

MOTIVO DE CONSULTA: Accidente de tránsito con fracturas múltiples.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente quien sufre accidente de tránsito al colisionar el bus en donde se transportaba, presentando posteriormente inestabilidad ósea de brazo izquierdo, rodilla izquierda y pierna derecha, con exposición de tejidos blandos. En urgencias se evalúa, encontrando hipoventilación basal en hemitorax derecho, con abdomen blando, depresible, no doloroso, sin signos de trauma, extremidades con edema, dolor e inestabilidad en tercio medio de brazo izquierdo, edema, dolor, e inestabilidad distal de muslo izquierdo, deformidad de maleolo izquierdo, inestabilidad y dolor en miembro inferior derecho. Valorado por ortopedia quien realiza lavado quirúrgico y tracción esquelética, encontrando FX cerrada de fémur izquierdo, FX abierta de cuello del pie izquierdo G IIIB, y FX abierta GI de tibia. Valorado por CX general quien solicita estudios que reportan RX de tórax con hemotórax tercio inferior derecho, adecuada expansión pulmonar, se traslada a cirugía y se realiza toracostomía cerrada derecha encontrándose salida de aire a presión en moderada cantidad. Actualmente refiere estar bien, sin dificultad respiratoria y sin dolor.

DIAGNOSTICO INGRESO: Politrauma, Hemoneumotórax derecho



Paciente refiere sentirse bien, signos vitales normales, evidencia hipoventilación basal derecha RX de tórax muestra opacidad en la base derecha, no se delimita muy bien el hemidiafragma derecho, se sospecha hernia versus hematoma subpulmonar se solicita TAC de tórax contrastado.

TAC de tórax y radiografía de tórax, se observa elevación del hemidiafragma derecho y opacidades alveolares en los cuatro cuadrantes. Paciente que en las últimas horas ha presentado dificultad respiratoria, dolor torácico pleurítico y diaforesis. Se solicita valoración por neumología e interconsulta UCI.

Valoración por neumología, encuentra paciente con SDRA, EMBOLISMO GRASO, TEP se ordena traslado a UCI.

Paciente persiste con ventilación mecánica y disminución de drenaje de toracostomía.

Paciente en tratamiento tolerando la extubación en forma adecuada, se traslada a piso.

Paciente quien termina su tratamiento antibiótico, con tracción esquelética, tutor izquierdo en tobillo y tibia derecha, se remite a otra institución de igual complejidad para continuar tratamiento medico quirúrgico.

HISTORIA 29

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

SEXO: Masculino.

EDAD: 56 AÑOS

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con cuadro clínico de 7 meses de evolución de dolor abdominal, hiporexia, náuseas, pirosis, hallazgo incidental en ecografía hepatobiliar que muestra masa quística a nivel de hígado de 12x10x8 cm, en segmento hepático y coledocistitis.

TAC abdominal que reporta quiste subcapsular en segmentos II y IV de 6x6x10, se observa destrucción prácticamente total de tejido pancreático, con varias lesiones peri pancreática de paredes engrosadas, presencia de líquido libre en cavidad pélvica, calcificaciones puntiformes especialmente de fascia prerenal izquierda compatibles con pancreatitis Balthazar E.

ANTECEDENTES: Exposición a Humo de Cigarrillo.

EXAMEN FÍSICO: SV: TA: 130/80 T: AF. FC: 72, FR: 16. Regular estado general.

CABEZA: NORMAL

ORL: NORMAL.

CUELLO: NORMAL.



CARDIOPULMONAR: Normal.

ABDOMEN: Defensa voluntaria abdominal, onda ascítica positiva, no masas no megalias en epigastrio ni en mesogastrio.

EXTREMIDADES: Normal.

SNC: SIN ALTERACIONES.

GENITOURINARIO: Normal.

DIAGNOSTICO INGRESO: Pseudoquiste pancreático no infectado, Pancreatitis crónica.

Se ordena valoración por cirugía endoscopia, anestesia y hospitalizar y programar para cirugía al llamado.

Reporte de Endoscopia de vías digestivas altas, Gastropatía eritematosa astral.

Reporte de cirugía general informa que de acuerdo a Examen físico, TAC abdominal y laboratorios del paciente, se deduce que corresponde a un gran quiste hepático, se trata posiblemente a una pancreatitis de tipo edematosa con amilasa de 860.

Se inicia tratamiento antibiótico ciprofloxacina, metronidazol, tramadol meropenem, NVO, omeprazol y monitoreo, Se ordena iniciar nutrición.

Paciente con abdomen levemente distendido, no doloroso, drenaje por sonda de 900 c, es valorado por nutrición quien decide iniciar nutrición parenteral por imposibilidad de usar gastroclisis por alto riesgo de desnutrición severa.

Paciente persiste con emesis de contenido bilioso, dolor a la palpación en epigastrio, peristaltismo presente, sin signos de irritación peritoneal, se formula metoclopramida c/8h.

Paciente persiste con dolor en epigastrio, no tolera vía oral, evolución estacionaria, se ordena TAC de Control.

Nota de reporte TAC control, Baltasar E, múltiples colecciones intraperitoneales, retroperitoneales derecha, liquido libre en abdomen, colección subfrenica en los sitios de declive, edema de asas.

A juicio de la radióloga, el paciente "esta muy grave", es quirúrgico y debe abrirse y lavarse.

Paciente persiste con dolor abdominal, abdomen blando depresible no masas, no irritación peritoneal, se ordena Buscapina C/8 h IV. Se inicia nutrición parenteral por no tolerancia de la vía oral por dolor. Paciente con persistencia de dolor abdominal, dolor a la palpación superficial en flanco izquierdo y mesogastrio, se solicita Eco hepatobiliar radiología intervencionista.

Paciente refiere sentirse muy mal, mucho dolor abdominal, vomito en seis ocasiones desde ayer, bilioso, abdomen doloroso a la percusión, distendido.



Paciente se programa para cirugía, con Hallazgos de 8000 cc de liquido Negruzco, abundantes membranas fibrinopurulentas, necrosis de cuerpo y cola del páncreas, edema y dilatación de asas intestinales, se lava drena y se deja bolsa de laparostomía.

Se realiza drenaje de Peritonitis, Necrosectomia de páncreas, Lavado peritoneal.

Paciente por su condición es enviado a UCI.

Evolución UCI

Paciente quien permaneció en UCI en shock, requirió inotropia mixta, el 30 de junio se llevo a lavado peritoneal, evolución tórpida, con deterioro hemodinámico, falla renal oligurica.

Paciente presenta bradicardia, asistolia y fallece.

HISTORIA 30.

18 AÑOS

MOTIVO DE CONSULTA Y EA.

Paciente remitida de Aipe con Dx. G1P0, Embarazo de 29 sem, con cuadro clínico de 4 días de dolor lumbar y en Hipogastrio asociado a polaquiuria, no sangrado no amniorrea.

ANTECEDENTES: No CPN, FUM: 18/11/05, G0P0.

EXAMEN FISICO:

TA: 110/70, FC: 72, FR: 18.

C/P: Normal.

ABDOMEN: ALTURA UTERINA: 29 cm., Feto cefálico Dorso Izquierdo, FCF: 156 x min., no actividad uterina al examen físico.

EXTREMIDADES: Normal.

NEUROLOGICO: Normal.

G/U: Dilatación: 2 cm, borramiento: 30 %, Membranas integra, abombadas, no sangrado.

DX: G1P0, EMB de 30 sem, APP, IVU.

SS: Hospitalizar, paraclínicos, ECO obstétrica, monitoria fetal.

LEV, Betametasona, vigilancia materna fetal.

17/06/2006



Se realiza eco obstétrico con evidencia de I. Líquido Amniótico: 30 cm., llama la atención en la evaluación cerebral, la moderada dilatación del sistema ventricular, no se observan calcificaciones en el parénquima neural, POLIAMNIOS.

Paciente con movimientos fetales presentes, con actividad uterina irregular, 1/10/30, moderada intestinal, Dilatación: 6 cm., borramiento: 80%, presentación cefálica, calota dura, membranas íntegras, FC. FETAL: 145 x min, Se ordena bajar a sala de partos.

Se traslada paciente a mesa ginecológica, paciente en periodo expulsivo, DILATACION: 8 cm, BORRAMIENTO: 100%, Líquido Amniótico: amarillento abundante, se obtiene RN pretermino, sexo masculino, APGAR de 3/10, peso de 1100, talla: 38 cm, Perímetro Cefálico: 29.5.

Alumbramiento tipo Duncan se realiza revisión uterina.

RECIENTE NACIDO: no llora, se evidencian malformaciones congénitas, atresia esofágica, macrocráneo, Amelias en dedos de manos, pies en equino, ausencia de testículos. Fallece. Se ordena examen anatomopatológico.

Se da de alta a la Paciente.

HISTORIA 31

Mujer de 30 años es programada para cesárea electiva con embarazo de 39 semanas. Durante la valoración con anestesiólogo 1 semana atrás refirió ser alérgica a la penicilina. Se le practicó anestesia epidural y se le colocó cefalexina 2 gramos como antibiótico profiláctico. Tres minutos después inicia prurito generalizado, eritema facial, edema de la lengua y de la cara, bradicardia, dificultad respiratoria y desaturación, teniendo que ser intubada. El recién nacido no presentó ninguna alteración y la madre fue trasladada a la unidad de cuidado intensivo intubada en donde permaneció por 3 días más. Posteriormente fue enviada a la casa.

HISTORIA 32

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

FEMENINO

EDAD: 16 AÑOS.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL.

Paciente de 16 años de edad procedente de Florencia, donde se diagnostica empiema pleural izquierdo por lo que se realiza toracostomía, se coloca tubo a tórax con drenaje, al ingreso es valorada por cirugía general y se programa en salas de cirugía para toracotomía mas decorticación, se reserva UCI, durante la cirugía presenta sangrado de aproximadamente 1500cc por lo cual se transfunden 2 unidades de sangre previamente reservadas y se traslada a UCI para manejo de falla



hemodinámica y ventilatoria, con TA: 110/60, FC: 100 x min., PVC: 5 cms, diuresis 200cc, campos pulmonares con murmullo vesicular conservado en hemitorax derecho, sistema de drenaje funcionando, alerta, sin déficit, moviliza 4 extremidades.

Siete días después, se realiza extubación programada, sin complicaciones por mejoría de los parámetros respiratorios, se solicita traslado a piso para manejo medico por cirugía general.

Ingresa usuaria al 5 piso con oxígeno por cánula nasal a 3litros por min., TA: 100-60, T: 36.2, FR: 20 por min., FC:76 x min., sonda vesical conectada a cystoflow, tubo en hemotórax izquierdo, LEV en MSD,

Cinco días después, se retira tubo de hemitorax sin complicaciones, presenta mejoría y se da de alta con indicaciones y cita de control por consulta externa.

HISTORIA 33

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

EDAD: 31 AÑOS.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Pte remitido con 27 sem de embarazo + HTA severa + Insuficiencia renal.

ANTECEDENTES: HTA desde hace 6 años, asintomática, con tto, movimiento fetal positivo, epigastralgia.

EXAMEN FISICO:

TA: 210-120mmHg, FC: 79 x min, FR: 17 x min., T: 36.5.

CARDIOPULMONAR: Rítmicos sin soplos , bien ventilados.

ABDOMEN: útero grávido AU: 29cms, FCF: 149 x min

EXTREMIDADES: sin alteraciones.

SNC: sin alteraciones

GENITALES: cuello cerrado, no amniorrea, no sangrado.

DX: EMB 27.6 SEM X FUM, G6 P4 A1. HTA severa.

EVOLUCION:

Paciente valorada por GO quien requiere interconsulta con nefrología y M.INTERNA.

Paciente persiste con cifras tensionales altas 200-130 mmHg, se considera además que cursa con síndrome de HELLP y se decide completar maduración pulmonar y desembarazar, se le explica el manejo a la Paciente.



Paciente es trasladada a sala de partos obteniéndose RN de sexo femenino, APGAR 0/0 se reanima y se lleva a UCI NEONATAL. Paciente con alumbramiento a los 5min, completo, se realiza revisión uterina se obtienen coágulos no fétidos.

Paciente en puerperio buen estado general, con palidez mucocutanea, manifiesta sentirse bien, TA:170-100 mmHg.

refiere sentirse mejor con mareo, con TA: 150-91 mmHg, FC:77 x min., FR: 17 x min.

31-08-06, paciente en buenas condiciones generales TA: 150-100 mmHg con tendencia a normalizarse por lo que se da de alta con recomendaciones y cita por consulta externa con GO y M.I.

HISTORIA 34

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

EDAD: 45AÑOS.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente programada a cirugía cuadrantectomía y revisión axila por CA en seno izquierdo. Se realiza procedimiento Quirúrgico sin complicaciones encontrándose masa de 0.6 cms en cuadrante interno, ganglios axilares aumentados de tamaño, en buen estado general. Se traslada al piso en buenas condiciones generales, , afebril, hidratada, TA: 100-60 mm Hg, FR: 18 x min., FC: 90 x min.

Paciente en buenas condiciones generales evolución satisfactoria, por lo que se decide salida con recomendaciones y control por consulta externa con Cirujano de seno.

Paciente ingresa a control quirúrgico, se decide paciente que debe continuar con hemovac hasta 2do control en 8 días en la unidad de cancerología.

Caso 10

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

EDAD: 74 AÑOS.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere que hace 15 días orina con sangre, no consulta y hace 3 días presenta edema en MM II que fue progresando paulatinamente hasta anasarca.

ANTECEDENTES: Diabetes M. G II, en tto, amputación de pierna derecha.

EXAMEN FISICO:

Paciente que ingresa por demanda espontánea, en regulares condiciones generales, con leve dificultad respiratoria, piel y mucosas con palidez marcada, fascias agotadas, edema palpebral.



CARDIOPULMONAR: rítmicos sin soplos, campos pulmonares con estertor leve de predominio derecho

ABDOMEN: globoso, onda ascítica (+), dolor intenso a la palpación, en hipogastrio, no masas, no megalias.

EXTREMIDADES: edema grado II de miembros inferiores, se observan úlceras en vía de cicatrización sin secreción.

SNC: sin alteraciones.

DX: HIPOGLICEMIA, SINDROME SISTEMICO por proceso nefrítico a determinar, SINDROME ANEMICO.

EVOLUCION, RETENCION URINARIA, IRC.

Paciente valorado por MI, quien ordena pasar sonda por retención urinaria y hospitalizar y valoración por nefrología.

Paciente, valorada por nefrología, quien ordena sonda vesical permanente por IRC avanzada y por IVU complicada, además apoyo con diálisis.

Dos días a su ingreso, se toma RX de tórax, que refleja cardiomegalia con signos de hipoperfusión pre y post capilar.

Paciente es valorada por nefrología quien solicita retiro de sonda vesical.

Paciente presenta episodio de disnea y dificultad respiratoria por lo que se decide intubación orotraqueal, asistida con ambú. E interconsulta a UCI.

Paciente con probable edema agudo de pulmón, se traslada a hemodiálisis, se transfunden 2 unidades de Sangre, se solicita, laboratorios, enzimas cardiacas, EKG, se traslada de inmediato a UCI.

En UCI evolución favorable, se inicia destete de ventilación mecánica.

Paciente en aceptables condiciones generales se traslada a piso para manejo por nefrología y M.I.

Pte estable en buenas condiciones generales, se da de alta por mejoría, con recomendaciones, tto y control por consulta externa.

Caso 12.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

EDAD: 60 AÑOS.

Paciente femenino que ingresa con crisis hipertensiva, asociada a hemiparesia derecha. Al ingreso en malas condiciones generales, deterioro de su estado de conciencia, TAC cerebral reporta Hipo



densidad frontotemporal y disminución de los surcos en Hemisferio izquierdo. EKG evidencia de isquemia subendocardica, cara lateral, IAM, Antero inferior. Se ordena UCI, se maneja con Nitroglicerina, Antihipertensivos, con necesidad de soporte ventilatorio al quinto día de hospitalización. Durante sus 14 días de estancia en UCI no presentó complicación, se controlan cifras tensiionales, paciente sin soporte inotropico, extubado se ordena subir a piso. En piso evolución favorable control de cifras tensiionales y de su diabetes, se da de alta.

Caso 14

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

SEXO: FEMENINO.

EDAD: 56 AÑOS

MOTIVO DE CONSULTA: cirugía programada.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente quien ingresa con DX de miomatosis uterina Vs Sarcoma?, con masa en hipogastrio de rápido. Crecimiento, programada para laparotomía citorreductora.

ANTECEDENTES: HTA: manejo farmacológico, Tóxico: tabaquismo, Alérgicos; metronidazol.

EXAMEN FÍSICO: SV: TA: 110/70 T: AF. FC: 72.

CABEZA: NORMAL

CARDIOPULMONAR: Normal.

ABDOMEN: Blando no doloroso, se palpa masa dura en hipogastrio.

EXTREMIDADES: Normal.

SNC: SIN ALTERACIONES.

GENITOURINARIO: no se realiza.

DIAGNOSTICO INGRESO: Miomatosis uterina Vs. Sarcoma.

Se ordena hospitalizar, cirugía mañana y reserva de 4 UGRE.

RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN:

Se realiza Histerectomía abdominal total.

Hallazgos: Útero de 20x15 cm, con múltiples miomas suberosos pediculares, intramurales.

Ovarios atróficos, hígado, bazo, intestinos normales, epiplón no adenopatías.

Complicaciones: Dificultad en la técnica, adherencia en vejiga y útero, lesión de Vejiga (solución de continuidad de 1.5 cm) se sutura con cromado 3-0, en 2 planos, prueba de integridad vesical negativa.

Biopsia por congelación intraoperatoria, reporta leiomiomas múltiples.



Paciente con evolución satisfactoria, diuresis adecuada, se ordena salida con recomendaciones y signos de alarma.