

Respuesta radicado E2021-027677

JUAN DAVID BUSTAMANTE TEJADA <registrosclinicos@ipsuniversitaria.com.co>

Mar 30/11/2021 2:43 PM

Para: Juzgado 02 Civil Municipal - Chocó - Quibdó <j02cmqdo@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Dando respuesta a su solicitud adjuntamos historia clinica con la que cuenta el usuario DISLEYNER MORENO ZUÑIGA Identificación 35600143 e la IPS Universitaria sede Leon XIII, para trámites dentro del proceso que lleva el JUZGADO: SEGUNDO (2) CIVIL MUNICIPAL DE QUIBDÓ RADICACIÓN: 27001-4003-002-2021-00459-00

Cualquier información adicional con gusto será suministrada en el teléfono 4447085 Opc.1 ext: 31348.

Cordialmente,

Juan David Bustamante

Tecnólogo Administrativo

Registros Clínicos- IPS UNIVERSITARIA- Sede Clínica León XIII

La información contenida en este E-mail y sus anexos, es **CONFIDENCIAL** y solo puede ser utilizada por la persona a la cual está dirigida. Si Usted no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje y sus anexos, es prohibida y sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, por favor reenviarlo al remitente y borrar el mensaje recibido inmediatamente.



"IPS UNIVERSITARIA"
Servicios de Salud
Universidad de Antioquia

CLINICA LEON XIII

Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300
Medellín - Colombia

ATENCION GENERAL

Página: 1 de 1

Paciente :

DISLEYNER MORENO ZUÑIGA

Aseguradora :

FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL

Acompañante:

TELEFONO

Identificación :

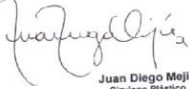
CC 35600143

Edad:

48

Ingreso No. :

5859184

FECHA	Abr 22 2009 10:00		
MOTIVO DE LA CONSULTA	lesion de tendon		
ENFERMEDAD ACTUAL	paciente 35 años quien hace 10 meses sufrio herida con machete en zona 2 flexora de quinto dedo de la mano izquierda. fue atendida en un corregimiento de taraza donde solo le suturaron la piel. hoy viene con imposibilidad para la flexion del dedo.		
REVISION POR SISTEMAS	AsintomaticoNo se registraron otros sistemas		
ANTECEDENTES PERSONALES		ANTECEDENTES FAMILIARES	
Patologicos : Ninguno Quirurgicos : Ninguno Quirurgicos : Ninguno Traumaticos : Ninguno			
ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES			
ALERGIAS	No		
TRATAMIENTO ACTUAL			
EXAMEN FISICO			
SIGNOSVITALES Y OTROS	FC: 0 FR: 0 Tº: 0 Peso: 0 Talla: 0 IMC: 0		
PRESION ARTERIAL			
EXAMEN FISICO	NOTAS	EXAMEN FISICO	NOTAS
Cabeza y Cuello	No Evaluado	Osteomuscular	No Evaluado
Ojos	No Evaluado	Extremidades	No Evaluado
Otorrinolaringología	No Evaluado	Piel	No Evaluado
Cardiovascular	No Evaluado	Neurológico	No Evaluado
Pulmonar	No Evaluado	Tacto rectal	No Evaluado
Abdomen	No Evaluado	Tacto vaginal	No Evaluado
Genitourinario	No Evaluado	Perimetro Cefalico	
Otros	paciente con cicatriz a nivel de zona 2 flexora del quinto dedo mano izquierda. imposibilidad para la flexion activa de la IFP e IFD de ese dedo. arco de movimitno de esas articulaciones completa. palmaris longus presente en ambas muñecas.		
RESULTADOS EXAMENES			
Dx PRINCIPAL	S661 Diagnostico Repetido Presuntivo		
Dx RELACIONADO 1			
Dx RELACIONADO 2			
Dx RELACIONADO 3			
CONDUCTA	paciente con lesion completa de flexores del quinto dedo de 10 meses de evolucion .requiere cirugia en varios tiempos con protesis de hunter en un primer tiempo e injerto de tendon en un segundo tiempo.		
MANEJO	Ambulatorio		
Medico	CC 98664511 Juan Diego Mejia Rm 5-0616-04 Cirugia Plastica, Maxilofacial y de la Mano		
Firma	 Juan Diego Mejia Cirujano Plastico R.M. 5-0616-04		



NOTA RONDA E INTERCONSULTA

Paciente	DISLEYNER MORENO ZUÑIGA	NroIdentificacion	35600143
IdAtencion	5180819	NroIngreso	3332731
FechaAtencion	23/02/2020 2:24:57 p. m.	Telefono	6721908
Diagnostico	J189 - NEUMONIA NO ESPECIFICADA	Ubicacion	UCI501
Sede	CLINICA LEON XIII	Edad	46 Años
DatosSede	Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300 Antioquia - Medellín	GrupoSanguineo	A +

RONDA

Fecha	23/02/2020 15:51
Subjetivo	Evolucion UCI 24hrs
Objetivo	1. Shock séptico
Analisis	* Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar * Insuficiencia renal aguda AKIN I * Diabetes mellitus mal controlada
Plan a seguir	Paciente de 47 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus, quien ingresa el 14.02.2020 a unidad de cuidados intensivos de Quibdó por cuadro de 10 días de evolución consistente en tos seca y disnea progresiva agudizada las 48 horas previas por lo que asistió a 1er nivel donde encuentran con franco esfuerzo respiratorio motivo por el que remiten, allí ingresa saturando 88% con cánula nasal, inician inhaloterapia, ventilación mecánica no invasiva y manejo antibiótico con ampicilina sulbactam + claritromicina; además con mal control metabólico, sin reporte de hemoglobina glicosilada; paciente con mala evolución clínica, persistiendo con mal patrón ventilatorio, acidosis metabólica sin hiperlactatemia por lo que se escaló terapia antibiótica el 15.02.2020 a vancomicina + piptazo, presentó falla ventilatorio con requerimiento de soporte ventilatorio invasivo y soporte vasopresor con norepinefrina a 0.05 mcg/k/min. El 16.02.2020 se autoextuba, se reintuba sin complicaciones. Consideran neumonía grave adquirida en la comunidad. El 18.02.2020 en su cuarto día de manejo antibiótico presenta nuevo pico febril, razón por la que se escala terapia antibiótica a meropenem y continua manejo con vancomicina + claritromicina, con lesión renal aguda AKIN I asociada. Se realizó TAC de tórax: parénquima con septos interlobulillares engrosados, consolidaciones alveolares y vidrio esmerilado afectando principalmente el pulmón derecho. El 20.02.2020 con saturación venosa baja, se inició soporte inotrópico con dobutamina titulable. Encuentran hematomegalia y elevación importante de transaminasas, realizan eco de abdomen con reporte de hepatomegalia leve y difusa, sin otros hallazgos. A pesar de múltiples cultivos y manejos antibióticos de amplio espectro con persistencia de picos febriles, se descarta infección por hemoparásitos. Evoluciona a estado de choque con aumentos en soporte vasopresor con norepinefrina a 0.1 mcg/k/min y soporte inotrópico con dobutamina a 8 mcg/k/min, últimos paraclínicos reportados con alcalosis metabólica sin hiperlactatemia, hipokalemia moderada e hipernatremia, saturación venosa de 66% con delta de CO2 de 6. Por cuadro clínico larvado, con pobre respuesta a antibióticos deciden remisión para valoración por infectología. Ingresa a la institución inestable hemodinámicamente con infusión de amiodarona y norepinefrina, acoplada a la ventilación mecánica controlada por volumen, se solicita cambio de sonda vesical y de catéter venoso central, nuevo set de cultivos, se deja cubrimiento antibiótico con piptazo + vancomicina, se solicita TAC de tórax contrastado, ecoTT y valoración por infectología. Se hospitaliza en cuidados intensivos, se inicia reanimación por metas.
Justificacion	Evolucion UCI 24hrs

Medico	Carlos Alfredo Pedroza Mosquera Registro: 1077442150 Nroidentificacion: 1077442150	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 559CD6D4C880125052ED95382233CD1
Especialidad	Intensivista		

NOTA			
Fecha	23/02/2020 17:38		
Subjetivo	Evolucion UCI 24hrs		
Objetivo	1.Shock séptico		
Analisis	* Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar * Insuficiencia renal aguda AKIN I * Diabetes mellitus mal controlada		
Plan a seguir	Gases arteriales: Alcalosis de origen mixto, con hiperlactatemia PaFi 242. pH 7.56 PO2 97 PCO2 29.1 HCO3 26.6 BE 5 Lactato 3.03 .		
Justificacion	Evolucion UCI 24hrs		
Medico	Carlos Alfredo Pedroza Mosquera Registro: 1077442150 Nroidentificacion: 1077442150	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 559CD6D4C880125052ED95382233CD1
Especialidad	Intensivista		

INTERCONSULTA			
Fecha	24/02/2020 11:07		
Subjetivo	Evaluación inicial por nutrición Disleyner, femenina, 46 años con diagnósticos: * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar * Insuficiencia renal aguda AKIN I * Diabetes mellitus mal controlada Antropometría Peso calculado 76.5 kg estatura calculada 1.54 m, IMC kg/m2: 31.8: obesidad grado I. Peso ideal 58 kg Requerimiento energético basal por Mifflin St-Jeor: : 1151.5 Kcal / día GET según ecuación de Penn State: 1914 Kcal / día [33 Kcal/kg/día]		
Objetivo	Paciente en ventilación mecánica, bajo sedación, rass - 4, con infusión de fentanil y amiodarona, taquicárdica, febril, tiene infusión de Hartmann, glucometrías manejadas con infusión de insulina 1 cc/h. Hiperlactatemia Según paraclínicos con disfunción renal y hepática, hipernatremia e hipercloremia, PCR 8.88 en ascenso, leucocitosis y neutrofilia, hypoalbuminemia severa, glucometrías en descenso		
Analisis	Paciente diabética con imposibilidad para alimentarse por vía oral al estar intubado por lo cual se beneficia de inicio de nutrición enteral temprana que permita cubrir sus requerimientos diarios de nutrientes, disminuir el catabolismo proteico y mantener la funcionalidad del intestino		
Plan a seguir	1. Inicia nutrición enteral por sonda orogástrica con fórmula polimérica hipercalórica hiperproteica baja en carbohidratos Glucerna 1.5, LPC de 1000 cc a 10 cc/h, a las 6 horas aumentar a 16 cc/h. Se realiza justificación de medicamentos no pos por 60 LPC para 30 días. Fecha probable de vencimiento 21 de marzo. 2. Asegurar posición de la paciente a 45° 3. Lavar sonda con 30 cc de agua c/4h 4. Vigilar y registrar tolerancia gastrointestinal 5. Medir glucometrías c/4h		
Justificacion	Inicio de nutrición enteral		

Medico	Eliana Lucia Castaño Escobar Registro: 05-1568-06 Nroidentificacion: 43271318	Firma	
Especialidad	Nutricion		

RONDA			
Fecha	24/02/2020 11:17		
Subjetivo	Evolucion UCI 24hrs		
Objetivo	1.Shock séptico		
Analisis	* Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN I * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Infusión de amiodarona Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Búsqueda etiológica Corrección de trastornos electrolíticos Pendiente tomografía de tórax contrastada y ecocardiograma transtorácico Valoración por infectología		
Plan a seguir	Paciente femenina de 47 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus al parecer mal controlada, con choque séptico origen pulmonar y falla ventilatoria hipoxemica secundaria a neumonia multilobar adquirida en la comunidad grave sin tipificacion de germen con antibioticoterapia empírica de amplio espectro que se ha ido escalando, paciente con cuadro larvado sin adecuada evolucion clinica, esta pendiente tomografia de control a evaluar complicaciones y ecocardiograma transtorácico, paciente en el momento sin soporte vasopresor acoplada a la ventilación mecanica con indices de oxigenacion conservados, persistentemente febril, balance negativo con gasto urinario conservado limite inferior, azoados elevados, sin déficit ácido base con lactato aumentado, transaminasas elevadas sin hiperbilirrubinemia, iones en normalidad leve hipocalcemia, con reactantes de fase aguda en aumento, pendiente nuevos cultivos tomados el día de ayer por el momento se avanzará en despertar y liberacion de la ventilación segun tolerancia, esta pendiente valoración por infectología. Continua soporte ventilatorio y monitoreo hemodinamico en unidad de cuidados intensivos.		
Justificacion	Evolucion UCI 24hrs		
Medico	Luis Alfonso Camacho Ojeda Registro: 10291237 Nroidentificacion: 10291237	Firma	
Especialidad	Intensivista		

INTERCONSULTA	
Fecha	24/02/2020 14:41

Subjetivo		terapia respiratoria 1.Shock séptico * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN I * Diabetes mellitus mal controlada	
Objetivo		Encuentro paciente intubada, en modo ventilatorio ASV, desacoplada con el ventilador, expansion tx simétrica, ritmo irregular, pte persistentemente febril, azoados elevados, con reactantes de fase aguda en aumento.	
Analisis		Pendiente tomografía de control a evaluar complicaciones. Ecocardiograma: FE:20%, HTP leve. G.A:PAFI:190 con leve caída de los IO, sin trastorno ácido base. RX:No.	
Plan a seguir		Se realiza posicionamiento de cabecera a 45°, realizo higiene y enjuague bucal con 10ml de clorexidina, aspiración de secreciones mucoides en moderada cantidad por TOT, se cambia fijación de TOT, se verifica presión del neumotaponador dejándolo 25cmh20. Pte desacoplada con el ventilador, G.A de control con caída de los I.O, se ajustan parámetros ventilatorios. Se tomó 3BK en horas de la madrugada.	
Justificacion		SOPORTE VENTILATORIO.	
Medico	Nathalia Duque Sanchez Registro: 5-1432.13 Nroidentificacion: 1017185381	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia
Especialidad	Terapia Respiratoria		

NOTA	
Fecha	24/02/2020 18:29
Subjetivo	Evolucion UCI 24hrs
Objetivo	1.Shock séptico
Analisis	* Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN I * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Infusión de amiodarona Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Búsqueda etiológica Corrección de trastornos electrolíticos Pendiente tomografía de tórax contrastada y ecocardiograma transtorácico Valoración por infectología
Plan a seguir	Paciente bajo sedoanalgesia para RASS -2, con estabilidad hemodinamica, terminando infusión de amiodarona continua con taquicardia ya sinusal, ecocardiograma transtorácico que reporta ventriculo izquierdo moderadamente dilatado, con hipertrofia excéntrica, con hipocinesia difusa y función sistólica disminuida. Fracción de eyección calculada en 20%. Leve dilatación de la aurícula izquierda, hipertension pulmonar moderada, con insuficiencia valvular mitral moderada, gases arteriovenosos de control con saturacion venosa 60% compromiso de la oxigenacion secundaria a desacople ventilatorio por lo que se reinicio sedoanalgesia, delta de Co2 11, sin acidemia metabólica con lactato en depuracion, iniciamos soporte inotropico con milrinone, gasto urinario en rango de oliguria, continua febril, esta pendiente valoración por infectología aun sin reporte previo de cultivos, continuamos soporte ventilatorio y vigilancia en unidad de cuidados intensivos.
Justificacion	Evolucion UCI 24hrs

Medico	Carlos Alfredo Pedroza Mosquera Registro: 1077442150 Nroidentificacion: 1077442150	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 559CD6D4C880125052ED95382233CD1
Especialidad	Intensivista		

NOTA			
Fecha	25/02/2020 11:17		
Subjetivo	.		
Objetivo	.		
Análisis	.		
Plan a seguir	.		
Justificación	.		
Medico	Diego Alberto Molina Ramirez Registro: 51-770-03 Nroidentificacion: 71784557	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia
Especialidad	Infectología		

INTERCONSULTA	
Fecha	25/02/2020 12:00
Subjetivo	- Infectología - F. de ingreso: 23/02/20 Infectología: 25/02/20 Disleyner de 47 años Residente en Quibdo AP: - DM 14/02/20 Ingresa a UCI de Quibdo por 19 dias de tos seca, disnea progresiva. Encuentran desaturacion e inician ventilacion mecanica no invasiva Dx: - Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN I * Diabetes mellitus mal controlada Antimicrobianos - 23/02/20 Pip/tazobactam 4.5gr/6 horas Dias 2/7 - 23/02/20 Vancomicina 1gr/12 horas Dias 2/7 - Extrahospitalar: * Meorpenem + Vancomicina + claritromicina * Vancomicina + pip/tazobactam * Ampicilina/ sulbactam + Claritromicina
Subjetivo	Aislamientos - 24/02/20 BK negativo. Cultivo micobacterias: negativo - 24/02/20 Hisopado rectal: pendiente - 23/02/20 BK: negativo - 23/02/20 Hemocultivos: negativos Imagenes - 24/02/20 Ecocardio TT: Cardiopatía dilatada de origen por esclarecer, disfunción sistodiastólica, insuficiencia valvular mitral moderada, hipertensión pulmonar leve Paraclínicos - Leucocitos 12910 N 11080 L 1200 Hb 9.9 plaquetas 233000 Cr 2.24 BUN 68 PCR 7.8 Ca 1.07 - Tnl: 1346

Objetivo		Regulares condiciones En manejo con Milrinone Febril IOT Sin adenopatias Abdomen depresible, no doloroso a la palpacion, sin irritacion peritoneal Sin lesiones en piel	
Analisis		- Femenina de 47 años, AP DM - Neumonia multilobar - Sin aislamiento microbiológico - Ha recibido múltiples antibióticos de amplio espectro, sin ninguna mejoría - Preocupa que desconocemos factores de riesgo y no contamos con familiares para aclarar antecedentes - Se ajusta terapia antibiótica a Ampicilina/ sulbactam + Claritromicina - No tendría sentido FilmArray después de tiempo de evolución y terapia antibiótica recibida - Sin factores de riesgo para CGP - Se solicita Serología para cryptos - Se solicita Elisa VIH - Se solicita prueba treponemica - Se solicita serología para Hepatitis B y hepatitis C - Se solicita FBC + LBA (Citología, Gram, Cultivo aerobio, PCR M. tb, cultivo micosis, galactomannan)	
Plan a seguir		- Ver analisis -	
Justificacion		Choque séptico de origen pulmonar/ LRA/ DM mal controlada	
Medico	Diego Alberto Molina Ramirez Registro: 51-770-03 Nroidentificacion: 71784557	Firma	
Especialidad	Infectologia		

INTERCONSULTA			
Fecha	25/02/2020 14:17		
Subjetivo	TERAPIA RESPIRATORIA 1. Shock séptico * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN I * Diabetes mellitus mal controlada		
Objetivo	Encuentro intubada en modo CMV, sincrónica con el ventilador, expansion tx simétrica, ritmo regular, amplitud superficial, auscultó mv disminuido sin agregados.		
Analisis	G.A alcalosis de origen metabólico, hipoxemia leve, saturación venosa 69%, delta CO2 4.5, con hipernatremia e hipercloremia, azoados en ascenso, hemoglobina de 9.9 gr/dL, reactantes de fase aguda estacionarios. tomografía de tórax con infiltrados en campo pulmonar derecho sugestivos de neumonía, sin signos de complicación como neumonía necrotizante o derrame complicado (pendiente lectura oficial).		
Plan a seguir	Se realiza posicionamiento de cabecera a 45°, realizo higiene y enjuague bucal con 10ml de clorexidina, aspiración de secreciones mucoides en moderada cantidad por TOT, se cambia fijación de TOT, se verifica presión del neumotaponador dejándolo 25cmh20. Se toma 3BK, cultivo para GRAM, KOH en aspirado traqueal, se ajustan parámetros ventilatorios.		
Justificacion	SOPORTE VENTILATORIO.		
Medico	Nathalia Duque Sanchez Registro: 5-1432.13 Nroidentificacion: 1017185381	Firma	
Especialidad	Terapia Respiratoria		

INTERCONSULTA	
Fecha	25/02/2020 14:20

Subjetivo		Nefrología Clínica Interconsulta Paciente de 46 años con diagnósticos Lesión renal aguda AKI Shock séptico Síndrome febril en estudio Insuficiencia respiratoria tipo I Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) Insuficiencia renal aguda AKIN I Diabetes mellitus mal controlada	
Objetivo		Soporte Requerimiento ventilatorio Norepinefrina 0.4 mcg kg min al examen físico presión arterial 112/90 Cardíacos 80 Respiratorio 20 Mucosa oral húmeda, no adenopatías, no I. yugular Cardíacos rítmicos sin agregados, Respiratorios sin agregados Abdomen Blando, no doloroso, no masas, no megalias, ruidos presentes, no irritación peritoneal Extremidades: Adecuada perfusión distal, no edemas Neurología: RASS -3 Diuresis hora 40 cc hora Acumulado 3.8 lts Leucos 12900 N% 85 Plq: 233.000 Crs: 2.24 BUN 68 Na: 158 K: 3.71 Ca: 1.07	
Análisis		Paciente de 46 años con historia clínica anotada en quien se considera 1. cursa con antecedente de lesión renal aguda condicionado a proceso infeccioso pulmonar, en el momento con evolución clínica torpida, dependencia a soporte ventilatorio, ahora con aparición de lesión renal aguda. Actualmente con presencia de elevación de nitrogenados, sin embargo sin acidemia metabólica ni hipercalemia Se refuerza dosis de diurético, se indica entonces manejo farmacológico, acorde a evolución definir pertinencia de inicio de terapia de reemplazo renal 2. Presenta disfunción ventricular izquierda de etiología no clara, sepsis?, se indica seguimiento por el momento Control en 24 horas	
Plan a seguir		inicio de soporte diurético	
Justificación		Lesión renal aguda	
Médico	Juan Sebastian Gomez Villalobos Registro: 18-0304-10 Nro identificación: 80875849	Firma	
Especialidad	Nefrología		

RONDA	
Fecha	25/02/2020 15:47
Subjetivo	Evolución UCI 24hrs
Objetivo	1. Shock séptico 2. Falla cardíaca descompensada
Análisis	* Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN I * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Búsqueda etiológica Corrección de trastornos electrolíticos (Hipernatremia e hipercloremia) Pendiente valoración por infectología Lesión renal AKIN II

Plan a seguir		Ronda PM: Paciente en quinta década de la vida, con diagnósticos anotados, durante el día ha estado hemodinámicamente inestable con requerimiento de norepinefrina el cual viene en desmonte ahora a dosis de 0.08 mcg/kg/min, acoplada a la ventilación mecánica, bajo sedación con RASS -4, oligoanúrica con balances positivos, persistentemente febril. Continuamos plan de manejo establecido en unidad de cuidados intensivos.	
Justificación		Evolucion UCI 24hrs	
Medico	Rafael Ignacio Uribe Acevedo Registro: 73202345 Nroidentificacion: 73202345	Firma	
Especialidad	Intensivista		

INTERCONSULTA			
Fecha	25/02/2020 15:52		
Subjetivo	* Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN I * Diabetes mellitus mal controlada Antropometría Peso calculado 76.5 kg estatura calculada 1.54 m, IMC kg/m2: 31.8: obesidad grado I. Peso ideal 58 kg Requerimiento energético basal por Mifflin St-Jeor: : 1151.5 Kcal / día GET según ecuación de Penn State: 1914 Kcal / día [33 Kcal/kg/día]		
Objetivo	Paciente en ventilación mecánica, bajo sedación, rass - 4, taquicárdica, febril, requiriendo soporte inotrópico y alto de soporte vasopresor, tiene infusión de Hartmann, glucometrías estables, recibe infusión de insulina 1 cc/h. Según paraclínicos con disfunción renal y hepática, hipocalcemia, hipernatremia e hipercloremia, reactantes de fase aguda con tendencia al descenso, disminución leve pero progresiva de la hemoglobina		
Analisis	Ayer inició nutrición enteral por sonda orogástrica con fórmula polimérica hipercalórica hiperproteica baja en carbohidratos Glucerna 1.5, LPC de 1000 cc a 10 cc/h, actualmente en 16 cc/h bien tolerado, continúa aumento gradual a tolerancia hasta alcanzar la meta calórica basal		
Plan a seguir	1. Nutrición enteral por sonda orogástrica con fórmula polimérica hipercalórica hiperproteica baja en carbohidratos Glucerna 1.5, LPC de 1000 cc a 32 cc/h. 2. Asegurar posición de la paciente a 45° 3. Lavar sonda con 30 cc de agua c/4h 4. Vigilar y registrar tolerancia gastrointestinal 5. Medir glucometrías c/4h		
Justificación	nutrición enteral		
Medico	Eliana Lucia Castaño Escobar Registro: 05-1568-06 Nroidentificacion: 43271318	Firma	
Especialidad	Nutricion		

RONDA	
Fecha	26/02/2020 11:08
Subjetivo	Evolucion UCI 24hrs
Objetivo	1.Shock séptico 2.Falla cardiaca descompensada

Analisis		* Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN II * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Búsqueda etiológica Trastornos electrolíticos (Hipokalemia, hipernatremia e hipercloremia) Oliguria	
Plan a seguir		Paciente femenina de 47 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus al parecer mal controlada, con choque séptico origen pulmonar y falla ventilatoria hipoxémica secundaria a neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave sin tipificación de germen con antibioticoterapia empírica de amplio espectro que se ha ido escalando, cuadro larvado sin adecuada evolución clínica razón por la que remiten. Se documentó de forma institucional falla cardíaca descompensada con FeVi 20%, se descartan vegetaciones. El día de hoy hemodinámicamente estable, acoplada a la ventilación mecánica bajo sedoanalgesia con RASS -4, persiste febril, ahora oligoanúrica con balances positivos (+5028 cc/24 horas), aun con mal control metabólico con requerimiento de infusión de insulina cristalina. En paraclínicos de control con alcalosis de origen respiratorio, hipernatremia e hipercloremia, hipokalemia leve, con azoados en franco ascenso, sin alteraciones hematológicas por corregir, leucos en descenso. Saturación venosa 51%, delta CO2 10.7. El plan es iniciar desmonte de sedación para valorar estado neurológico y avanzar en proceso de liberación. Se reinicia milrinone. Pendientes estudios ordenados por infectología y FBC la cual se realizará posiblemente hoy. Pendiente concepto de nefrología. Continúa soporte ventilatorio y manejo en cuidados intensivos.	
Justificacion		Evolucion UCI 24hrs	
Medico	Luis Alfonso Camacho Ojeda Registro: 10291237 Nroidentificacion: 10291237	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 97BE742587839B55BAF0A98970DB14E4
Especialidad	Intensivista		

NOTA	
Fecha	26/02/2020 11:19
Subjetivo	Evolucion UCI 24hrs
Objetivo	1.Shock séptico 2.Falla cardiaca descompensada
Analisis	* Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN II * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Búsqueda etiológica Trastornos electrolíticos (Hipokalemia, hipernatremia e hipercloremia) Oliguria

Plan a seguir		PROCEDIMIENTO Colocación de catéter central de hemodiálisis Indicación requerimiento de terapia de remplazo renal, Hallazgos: punción única, retorno venoso adecuado. Procedimiento. Previa sepsis y antisepsia, campos quirúrgicos, mediante técnica de seldinger, punción única vena femoral derecha retorno venoso adecuado, paso de guía y dilatador, avance de catéter, retorno venoso en los dos puertos ,se fija a piel con seda 2.0 Complicaciones, durante procedimiento sin presencia de estas.	
Justificación		Evolucion UCI 24hrs	
Medico	Luis Alfonso Camacho Ojeda Registro: 10291237 Nroidentificacion: 10291237	Firma	  97BE742587839B55BAF0A98970DB14E4
Especialidad	Intensivista		

INTERCONSULTA			
Fecha	26/02/2020 13:40		
Subjetivo	NEFROLOGÍA Disleyner Moreno Zuñiga, 46 años. Diagnosticos - Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple - Lesión renal aguda - Diabetes mellitus mal controlada Antecedentes Personales Patologicos: Diabetes mellitus Medicamentos: Desconocidos QX: colecistectomia, laparotomia Alergicos: Desconocidos Toxicos: Desconocidos		
Objetivo	Condición crítica, con soporte vasopresor. Presión arterial: 99/61, frecuencia cardiaca: 141 Mucosa oral humeda, no adenopatias, no l. yugular Cardiacos ritmicos sin agregados, Respiratorios sin agregados Abdomen Blando, no doloroso, no masas, no megalias, ruidos presentes, no irritacion peritoneal Extremidades: Adecuada perfusion distal, no edemas Ingresos: 6408.4, Diuresis: 610 BUN: 92.42, Cr: 3.23, AST: 637.1, ALT: 376.3, Mg: 2.29, Na: 159, K: 3.44, CL: 118, PCR: 5.4, Leucocitos: 9690, Hb: 9.9, plaquetas: 239000		
Analisis	Femenina en la quinta década de la vida con antecedentes anotados. Ahora con choque séptico de origen pulmonar, con falla multiorgánica asociada. Lesión renal aguda en manejo médico. Paraclínicos de control con azoados elevados, y oligúrica por lo que se define inicio de terapia dialítica el día de hoy. Se solicita inserción de cateter de hemodiálisis por UCI, serologías prediálisis, y diálisis. Continuamos como interconsultantes, nueva valoración mañana con paraclínicos de control.		
Plan a seguir	- Inserción de cateter por UCI - Serologías prediálisis - Diálisis hoy: ultrafiltración 1500, estandar, heparina en el cebado, 6 horas. - nueva valoración mañana con paraclínicos de control.		
Justificación	Lesion renal aguda		
Medico	Juan Sebastian Gomez Villalobos Registro: 18-0304-10 Nroidentificacion: 80875849	Firma	 
Especialidad	Nefrologia		

INTERCONSULTA			
Fecha		26/02/2020 14:43	
Subjetivo		Encuentro paciente con soporte ventilatorio por TOT, con fentanyl, estable hemodinámicamente, acoplada con el ventilador, febril.	
Objetivo		A la auscultación, Mv disminuido con sibilancias espiratorias SV: FC 141 SaTO2 98	
Analisis		Ga: alcalosis respiratoria, adecuados índices de oxigenación, PAFI 274 RX: No	
Plan a seguir		Se realiza posicionamiento de cabecera 40°, permeabilización de vía aérea obteniendo moderadas secreciones mucoamarillas, cambio de fijación y rotación de tot dejándolo fijo a 24cm, medición de presión del neumotaponador 30cmh20, enjuague bucal con clorhexidina 10cm, se ajustan parámetros ventilatorios, la dejo tranquila, sin complicaciones durante los procedimientos	
Justificacion		Soporte ventilatorio	
Medico	Adriana Maria Vasquez Registro: 05-4639-14 Nroidentificacion: 43191191	Firma	
Especialidad	Terapia Respiratoria		

NOTA			
Fecha		26/02/2020 14:55	
Subjetivo		Evolucion UCI 24hrs	
Objetivo		1.Shock séptico 2.Falla cardiaca descompensada	
Analisis		* Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN II * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Búsqueda etiológica Trastornos electrolíticos (Hipokalemia, hipernatremia e hipercloremia) Oliguria	
Plan a seguir		ronda tarde , paciente femenina, antecedentes anotados e historia clinica revisada, paciente en el momento con evolucion irregular, persistencia de respuesta inflamatoria, por el momento picos febriles persistente, en espera de cultivos solicitados y de fibro broncoscopia solicitada, ciclo de antibiótico instaurado por infectologia, requiere re inicio de inotropico, dado evidencia de gap veno arterial elevada y scvo2 baja, asociado a signos de hipoperfusion, ademas de reinicio de vasoactivo durante terapia de reemplazo renal, sin cambios en parámetros ventilatorios, glucometrias aceptables, en el momento pronóstico reservado, continua manejo en la unidad	
Justificacion		Evolucion UCI 24hrs	
Medico	Luis Alfonso Camacho Ojeda Registro: 10291237 Nroidentificacion: 10291237	Firma	  "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia
Especialidad	Intensivista	97BE742587839B55BAF0A98970DB14E4	

NOTA	
Fecha	26/02/2020 21:19

Subjetivo		Evolucion UCI 24hrs	
Objetivo		1.Shock séptico 2.Falla cardiaca descompensada	
Analisis		* Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN II * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Búsqueda etiológica Trastornos electrolíticos (Hipokalemia, hipernatremia e hipercloremia) Oliguria	
Plan a seguir		Paciente quien presenta episodio de hematemesis franca. En el momento sin signos de inestabilidad hemodinámica. Se suspende nutrición enteral. Se inicia omeprazol en bolo y luego infusión según protocolo. Ademas se suspende tromboprophilaxis. Se solicita EDS y medias de compresión	
Justificacion		Evolucion UCI 24hrs	
Medico	Alberto José Marrugo Pertuz Registro: 5096-87 Nroidentificacion: 8698166	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia EF8B39A8138799A2F20A2DB7124AA94D
Especialidad	Intensivista		

NOTA			
Fecha		26/02/2020 21:24	
Subjetivo		Evolucion UCI 24hrs	
Objetivo		1.Shock séptico 2.Falla cardiaca descompensada	
Analisis		* Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN II * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Búsqueda etiológica Trastornos electrolíticos (Hipokalemia, hipernatremia e hipercloremia) Oliguria	
Plan a seguir		NOTA CORRECTIVA Paciente en el momento con signos de inestabilidad hemodinámica. Con soporte vasoactivo con norepinefrina 0.4 mcg/kg/min. Por lo tanto se solicitan laboratorios hematológicos y gases arteriales.	
Justificacion		Evolucion UCI 24hrs	
Medico	Alberto José Marrugo Pertuz Registro: 5096-87 Nroidentificacion: 8698166	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia EF8B39A8138799A2F20A2DB7124AA94D
Especialidad	Intensivista		

RONDA			
Fecha		27/02/2020 11:22	
Subjetivo		Evolucion UCI 24hrs	
Objetivo		1. Depresión respiratoria 2. Shock séptico	
Analisis		Diagnosticos: * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN II * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: - Requerimiento de soporte ventilatorio - Persistencia de síndrome febril - Control infeccioso - Búsqueda etiológica - Trastornos electrolíticos (Hipokalemia, hipernatremia e hipercloremia) - Oliguria Microbiologia - Hemocultivos 24.02.2020 negativos a la fecha - Colonización por E aerogenes resistente a carbapenemasas - BK x 3 negativos Soportes - Noradrenalina 0.4 mcg kg min - Milrinone 0.375 mcg kg min - VM controlada por volumen peep 8 fio2 35% vt 360 ml	
Plan a seguir		Paciente con antecedentes de diabetes mellitus mal controlada, con choque séptico origen pulmonar y falla ventilatoria hipoxemica secundaria a NAC multilobar, sin aislamiento microbiológico hasta el momento, L evolución clínica no ha sido favorable, si bien se encuentra acoplada a soporte ventilatorio, en equilibrio ácido base y el trastorno de la oxigenación es leve, el lactato permanece elevado, con requerimiento de soporte vasopresor y inotrópico con el cual ha mejorado el delta de CO2 pero se conserva SVO2 baja la cual podría estar en relación a cifras de Hb bajas para paciente con falla cardíaca por lo que se ordena transfusión de 2 UND de GRE y control de gases AV en la tarde. Febril todo el tiempo a pesar de antipirético y medios físicos, con leucocitos y PCR en descenso además de hemocultivos que van negativos por lo que no modifico antimicrobianos, serología para criptococos, VIH y hepatotropos fue negativa. Preocupa estado neurológico, por lo que se disminuye fentanil a dosis analgésica y se solicita tac de cráneo, una opción a contemplar es fiebre de origen central. En la noche presentó episodio de hematemesis por lo cual se inició infusión de IBP la cual continuo y esta pendiente EVDA, aunque pienso que la causamos por la prolongación de TPT probablemente relacionada a uso de heparinas en TRR, sin manifestaciones hemorrágicas en el momento por lo cual no ordeno corrección, se ordena trombo profilaxis mecánica, continua manejo guiado por metas en UCI. pendiente fibrobroncoscopia. seguimiento infectología.	
Justificacion		Evolucion UCI 24hrs	
Medico	Rafael Ignacio Uribe Acevedo Registro: 73202345 No identificación: 73202345	Firma	
Especialidad	Intensivista		

INTERCONSULTA	
Fecha	27/02/2020 12:30
Subjetivo	46 años, Fibrobroncoscopia en UCI

Objetivo		Se pasa a traves de tubo endotraqueal, Carina : afilada normal. Arbol bquial D: Bronquio principal y segmentarios permeables, endobronquitis basal, secreciones seropurulentas. Arbol bquial Izqdo: Bronquio principal y segmentarios permeables, endobronquitis basal, secreciones seropurulentas.	
Analisis		lavado bronquial	
Plan a seguir		muestras a laboratorios	
Justificacion		Fibrobroncoscopia ,Lavado bronquial, muestras a laboratorios.	
Medico	Jose Rodrigo Garcia Registro: 4611 Nroidentificacion: 79142139	Firma	
Especialidad	Neumologia		

INTERCONSULTA			
Fecha	27/02/2020 13:14		
Subjetivo	encuentro paciente con soporte ventilatorio por tubo endo traqueal en modo cmv con vc 380, fr 16, peep 6, fio2 35%, bajo efectos de sedación, hemodinamicamente estable, balance 1245		
Objetivo	se le ausculta murmullo vesicular disminuido predominio hemitorax izquierdo. fc:103,sat94%		
Analisis	G.A: equilibrio acido base con buenos índices de oxigenación con pafio2 232 Na: 151,K:4.4,Pcr: 4.6 Rx: opacidad en hemitorax izquierdo.		
Plan a seguir	se posiciona cabecera a 40°,se permeabiliza vía aérea obteniendo secreciones mucos amarillas, en regular cantidad por tubo, limpieza bucal con clorhexidina, cambio de fijación con rotación de tubo para evitar laceraciones en labio, presión de neumotaponador 30°,paciente tolera procedimiento de soporte ventilatorio		
Justificacion	soporte ventilatorio		
Medico	Yacira Del Carmen Zapata Mena Registro: 11-2270-09 Nroidentificacion: 52263978	Firma	
Especialidad	Terapia Respiratoria		

INTERCONSULTA	
Fecha	27/02/2020 13:30
Subjetivo	NEFROLOGÍA Disleyner Moreno Zuñiga, 46 años. Diagnosticos - Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple - Hemorragia de tracto digestivo. - Lesión renal aguda * Inicio de hemodiálisis 26/02/2020 - Diabetes mellitus mal controlada Antecedentes Personales Patologicos: Diabetes mellitus Medicamentos: Desconocidos QX: colecistectomía, laparotomía Alergicos: Desconocidos Toxicos: Desconocidos

Objetivo		Condición crítica, con soporte vasopresor. Presión arterial: 96/54, frecuencia cardíaca: 133 Mucosa oral húmeda, no adenopatías, no l. yugular Cardíacos rítmicos sin agregados, Respiratorios sin agregados Abdomen Blando, no masas, no megalias Extremidades eutróficas Ingresos: 5155.6, Diuresis: 270, UF: 1500, Balance: 3910 BUN: 85.23, CR: 3.47, P: 5.67, Mg: 2.07, Na: 151, K: 4.47, LC: 114.2, PCR: 4.61, Leucocitos: 9.8, hb: 8.3, plaquetas: 273000, TP: 15, TPT: 240.4, INR: 1.41	
Análisis		Femenina en la quinta década de la vida con antecedentes anotados. Ahora con choque séptico de origen pulmonar, con falla multiorgánica asociada. Lesión renal aguda con requerimiento de terapia dialítica el día de ayer. hoy con ligero descenso de azoados. Se decide entonces dializar el día de hoy, sin ultrafiltración ni heparina por hematemesis que presenta el día de ayer. Continuamos como interconsultantes, nueva valoración mañana con paraclínicos de control	
Plan a seguir		- Diálisis hoy: ultrafiltración 0, estandar, sin heparina, 6 horas. - nueva valoración mañana con paraclínicos de control	
Justificación		Lesión renal aguda	
Médico	Juan Sebastian Gomez Villalobos Registro: 18-0304-10 Nroidentificación: 80875849	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" — Servicios de Salud — Universidad de Antioquia
Especialidad	Nefrología		

INTERCONSULTA			
Fecha		27/02/2020 15:04	
Subjetivo		Seguimiento nutricional Disleyner, 46 años, diagnóstico Diagnosticos: * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN II * Diabetes mellitus mal controlada Antropometría Peso calculado 76.5 kg estatura calculada 1.54 m, IMC kg/m2: 31.8: obesidad grado I. Peso ideal 58 kg Requerimiento energético basal por Mifflin St-Jeor: : 1151.5 Kcal / día GET según ecuación de Penn State: 1914 Kcal / día [33 Kcal/kg/día]	
Objetivo		Paciente en ventilación mecánica, bajo sedación, rass - 4, taquicárdica, febril, requiriendo soporte inotrópico y alto de soporte vasopresor, tiene infusión de omeprazol por sangrado digestivo, glucometrías hasta de 379 mg/dl, recibe infusión de insulina 3 cc/h. Continúa con hiperlactemia. Según paraclínicos con disfunción renal y hepática, hiperfosfatemia, hipernatremia e hipercloremia, reactantes de fase aguda con tendencia al descenso, disminución leve pero progresiva de la hemoglobina	
Análisis		Paciente sangrado digestivo reciente, con infusión de omeprazol y solicitud de EVDS, continúa soporte enteral suspendido por ahora	
Plan a seguir		1. Nutrición enteral suspendida por sangrado digestivo 2. Asegurar posición de la paciente a 45° 3. Lavar sonda con 30 cc de agua c/4h 4. Vigilar y registrar tolerancia gastrointestinal 5. Medir glucometrías c/4h	
Justificación		Nutrición enteral suspendida por sangrado digestivo	
Médico	Eliana Lucia Castaño Escobar Registro: 05-1568-06 Nroidentificación: 43271318	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" — Servicios de Salud — Universidad de Antioquia
Especialidad	Nutrición		

NOTA			
Fecha		27/02/2020 18:13	
Subjetivo		Evolucion UCI 24hrs	
Objetivo		1. Depresión respiratoria 2. Shock séptico	
Analisis		Diagnosticos: * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN II * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Búsqueda etiológica Trastornos electrolíticos (Hipokalemia, hipernatremia e hipercloremia) Oliguria Microbiologia Hemocultivos 24.02.2020 negativos a la fecha Colonización por E aerogenes resistente a carbapenemasas BK x 3 negativos Soportes Noradrenalina 0.4 mcg kg min Milrinone 0.375 mcg kg min VM controlada por volumen peep 8 fio2 35% vt 360 ml	
Plan a seguir		Paciente intenta apertura ocular con el llamado, continua con soporte inotropico dosis bajas y continua requerimiento de soporte vasopresor está pendiente transfusion, acoplada a la ventilación mecanica continua febril, oligoanurica se indica nuevamente terapia de hemodialisis, pendiente control gases arteriovenosos al terminar transfusión y dialisis, en el momento sin signos de sangrado activo, se realiza endoscopia no se observa sangrado activo que requiera terapia local, continuamos despertar, manejo de falla, soporte ventilatorio y hemodinamico en la unidad de cuidados intensivos.	
Justificacion		Evolucion UCI 24hrs	
Medico	Rafael Ignacio Uribe Acevedo Registro: 73202345 Nroidentificacion: 73202345	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia C9F29E51E2D8660
Especialidad	Intensivista		

NOTA	
Fecha	27/02/2020 18:18
Subjetivo	Evolucion UCI 24hrs
Objetivo	1. Depresión respiratoria 2. Shock séptico

Analisis		Diagnosticos: * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN II * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Búsqueda etiológica Trastornos electrolíticos (Hipokalemia, hipernatremia e hipercloremia) Oliguria Microbiología Hemocultivos 24.02.2020 negativos a la fecha Colonización por E aerogenes resistente a carbapenemasas BK x 3 negativos Soportes Noradrenalina 0.4 mcg kg min Milrinone 0.375 mcg kg min VM controlada por volumen peep 8 fio2 35% vt 360 ml	
Plan a seguir		Se desea descartar otra causa de miocardiopatía y falla cardíaca en paciente previamente sana y proveniente de zona endémica solicitamos IgG e IgM para trypanosoma.	
Justificacion		Evolucion UCI 24hrs	
Medico	Rafael Ignacio Uribe Acevedo Registro: 73202345 Nroidentificacion: 73202345	Firma	
Especialidad	Intensivista		

RONDA	
Fecha	28/02/2020 09:34
Subjetivo	Evolucion UCI 24hrs
Objetivo	1. Depresión respiratoria 2. Shock séptico
Analisis	Diagnosticos: * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda Kdigo III * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Choque Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Oliguria Microbiología Hemocultivos 24.02.2020 negativos a la fecha Colonización por E aerogenes resistente a carbapenemasas BK x 3 negativos Soportes Noradrenalina 0.4 mcg kg min Milrinone 0.375 mcg kg min VM controlada por volumen peep 5 fio2 35% vt 360 m

Plan a seguir		Paciente con antecedentes de diabetes mellitus mal controlada, en UCI por insuficiencia respiratoria y choque séptico de probable origen pulmonar (NAC multilobar), sin aislamiento microbiológico hasta el momento, serología ,hepatotropos y Bk negativos. El 24.02.2020 se realiza eco tt que documenta cardiopatía dilatada con trastorno de la ocntractilidad y fevi 20% de etiología no clara hasta el momento, los Ac contra tripanosoma fueron negativos y lastroponinas de ingreso muy elevadas con delta del 12 % al ingreso a esta institución con los hallazgos en ECO TT y una información previa deficiente podrían estar ocultando una posible miocarditis. Hoy continua en estado crítico, acoplada a soporte ventilatorio, con mejoría de los índices de oxigenación, persiste acidemia metabólica y hiperlactatemia que continua su depuración muy lentamente. Aun con requerimiento de soporte vasoactivo alto, anurica, febril la mayor parte del tiempo a pesar de antipiréticos con nueva elevación de PMN y PCR a pesar de cubrimiento antimicrobiano actual y con hemocultivos hasta el momento negativos por lo cual decido escalar en antimicrobiano y solicito concepto de infectología sobre pertinencia de cubrimiento antimicótico en paciente cuyos únicos hallazgos de estructuras micóticas fueron en secreción traqueal y orina. Se ordena 1 Ud de GRE para optimizar Hb en paciente con falla cardíaca, continua manejo guiado por metas en UCI, pronóstico reservado, alto riesgo de complicaciones y desenlaces fatales, solicito gases arteriales venosos de control a las 2 pm y electrolitos, pendiente repetir pruebas de coagulación que no se pudieron procesar	
Justificación		Evolución UCI 24hrs	
Médico	Rafael Ignacio Uribe Acevedo Registro: 73202345 Nro identificación: 73202345	Firma	 C9F29E51E2D8660
Especialidad	Intensivista		

INTERCONSULTA	
Fecha	28/02/2020 09:54
Subjetivo	Seguimiento nutricional Disleyner, 46 años Diagnósticos: * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda Kdigo III Antropometría Peso calculado 76.5 kg estatura calculada 1.54 m, IMC kg/m2: 31.8: obesidad grado I. Peso ideal 58 kg Requerimiento energético basal por Mifflin St-Jeor: : 1151.5 Kcal / día GET según ecuación de Penn State: 1914 Kcal / día [33 Kcal/kg/día
Objetivo	Paciente en ventilación mecánica, bajo sedación, rass - 2, taquicárdica, febril, requiriendo soporte inotrópico y vasopresor, en anasarca, tiene infusión de omeprazol, glucometrías hasta de 254 mg/dl, recibe infusión de insulina 2 cc/h. Nutrición enteral por sonda orogástrica. Ayer se realizó endoscopia digestiva mostrando esofagitis mecánica traumática severa, antritis leve y duodenitis erosiva hemorrágica moderada. Acidemia metabólica hiperlactemia. Según paraclínicos con disfunción renal y hepática, magnesio normal, reactantes de fase aguda en ascenso.
Análisis	Paciente sangrado digestivo reciente, con infusión de omeprazol y realización de EVDS, ya se reinició el soporte enteral a 32 cc/h recibiendo 224 cc, 29% de la meta calórica basal, continúa igual manejo
Plan a seguir	1. Nutrición enteral por sonda orogástrica con fórmula polimérica hipercalórica hiperproteica baja en carbohidratos Glucerna 1.5, LPC de 1000 cc a 32 cc/h 2. Asegurar posición de la paciente a 45° 3. Lavar sonda con 30 cc de agua c/4h 4. Vigilar y registrar tolerancia gastrointestinal 5. Medir glucometrías c/4h
Justificación	Nutrición enteral suspendida por sangrado digestivo

Medico	Eliana Lucia Castaño Escobar Registro: 05-1568-06 Nroidentificacion: 43271318	Firma	
Especialidad	Nutricion		

INTERCONSULTA			
Fecha	28/02/2020 10:15		
Subjetivo	NEFROLOGÍA Disleyner Moreno Zuñiga, 46 años. Diagnosticos - Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple - Hemorragia de tracto digestivo. - Lesión renal aguda * Inicio de hemodiálisis 26/02/2020 - Diabetes mellitus mal controlada Antecedentes Personales Patologicos: Diabetes mellitus Medicamentos: Desconocidos QX: colecistectomía, laparotomía Alergicos: Desconocidos Toxicos: Desconocidos		
Objetivo	Condición crítica, con soporte vasopresor. Presión arterial: 136/79, frecuencia cardiaca: 133 Mucosa oral humeda, no adenopatías Cardiacos ritmicos sin agregados, Respiratorios sin agregados Abdomen Blando, no masas, no megalías Extremidades con edema grado II Ingresos: 6558.5 , Diuresis: 100, UF: 0, Balance: 4078.5 BUN: 66.32, Cr: 3, Mg: 1.93, PCR: 6.04, Leucocitos: 13060, hB: 9.2, plaquetas: 214000		
Analisis	Femenina en la quinta década de la vida con antecedentes anotados. Ahora con choque séptico de origen pulmonar, con falla multiorgánica asociada. Lesión renal aguda con requerimiento de terapia dialítica. Última diálisis el día de ayer sin ultrafiltración por episodio previo de hematemesis. Hoy con balance positivo y signos claros de sobrecarga, por lo que se decide dializar nuevamente el día de hoy. Continuamos como interconsultantes.		
Plan a seguir	- diálisis hoy: ultrafiltración 2500, estandar, sin heparina, 6 horas. - Continuamos como interconsultantes.		
Justificacion	Lesion renal aguda		
Medico	Juan Sebastian Gomez Villalobos Registro: 18-0304-10 Nroidentificacion: 80875849	Firma	
Especialidad	Nefrologia		

INTERCONSULTA			
Fecha	28/02/2020 13:50		
Subjetivo	encuentro paciente con soporte ventilatorio por tubo endotraqueal en modo cmv con vc 380, fr 16, peep 6, fio2 35%, bajo efectos de sedación, hemodinámicamente estable, balance 2480		
Objetivo	se le ausculta murmullo vesicular disminuido sin ruidos agregados. fc:134, sat 97%		
Analisis	G.A: equilibrio ácido base con buenos índices de oxigenación con pafio2 285 Na: 146, K:4.1, Pcr: 6.0 Rx: infiltrados en ambos campos pulmonares, cardiomegalia.		
Plan a seguir	se posiciona cabecera a 40°, se permeabiliza vía aérea obteniendo secreciones muco amarillas, en escasa cantidad por tubo, limpieza bucal con clorhexidina, con fijación comercial, rotación de tubo para evitar laceraciones en labio, presión del neumotaponador 30°, paciente tolera procedimiento de paciente estable.		
Justificacion	soporte ventilatorio.		

Medico	Yacira Del Carmen Zapata Mena Registro: 11-2270-09 Nroidentificacion: 52263978	Firma	
Especialidad	Terapia Respiratoria		

NOTA			
Fecha	28/02/2020 14:22		
Subjetivo	Evolucion UCI 24hrs		
Objetivo	1.Depresión respiratoria 2.Shock séptico		
Analisis	Diagnosticos: * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda Kdigo III * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Choque Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Oliguria Microbiología Hemocultivos 24.02.2020 negativos a la fecha Colonización por E aerogenes resistente a carbapenemasas BK x 3 negativos Soportes Noradrenalina 0.4 mcg kg min Milrinone 0.375 mcg kg min VM controlada por volumen peep 5 fio2 35% vt 360 m		
Plan a seguir	ronda tarde, paciente femenina, antecedentes anotados e historia clinica revisada, paciente con evolucion irregular, persistencia de picos febriles, sin causa clara de este evento, terapia antimicrobiana escalada, en espera de reportes de últimos cultivos solicitados y de lavado bronco alveolar, sin deterioro ventilatorio, parámetros de soporte en descenso, sin deterioro de índices de oxigenación, inestable hemodinamicamente, soporte vasoactivo presente, en retiro de soporte inotrópico, pendiente control de gases para determinar respuesta a su retiro, en el momento en terapia de reemplazo renal, oligoanuria presente, en retiro de sedo analgesia para valorar estado de conciencia, por el momento no cambios en su manejo actual, pronóstico reservado, continua manejo en la unidad		
Justificacion	Evolucion UCI 24hrs		
Medico	Luis Alfonso Camacho Ojeda Registro: 10291237 Nroidentificacion: 10291237	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 97BE742587839B55BAF0A98970DB14E4
Especialidad	Intensivista		

RONDA	
Fecha	29/02/2020 03:22
Subjetivo	Evolucion UCI 24hrs
Objetivo	1.Depresión respiratoria 2.Shock séptico

Analisis		Diagnosticos: * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda Kdigo III * Diabetes mellitus mal controlada Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Choque Persistencia de síndrome febril Control infeccioso Oliguria Microbiología Hemocultivos 24.02.2020 negativos a la fecha Colonización por E aerogenes resistente a carbapenemasas BK x 3 negativos Soportes Noradrenalina 0.4 mcg kg min Milrinone 0.375 mcg kg min VM controlada por volumen peep 5 fio2 35% vt 360 m	
Plan a seguir		Paciente con choque mixto séptico/cardiogenico, bajo sedoanalgesia con soporte inotropico, norepinefrina que viene en aumento ahora a 1 mcg/kg/min con presión media de 40 mmHg no tiene signos de sangrado activo, gases arteriales con acidemia metabólica grave e hiperlactatemia sin compromiso de la oxigenacion, anurico, tolero terapia de hemodialisis previamente con ultrafiltrado, requiere inicio de vasopresina, indicamos bolo de bicarbonato e infusión, dejamos líquidos endovenosos, paciente en críticas condiciones generales alto riesgo desenlace ominoso a corto plazo.	
Justificacion		Evolucion UCI 24hrs	
Medico	Carlos Alfredo Pedroza Mosquera Registro: 1077442150 Nroidentificacion: 1077442150	Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 559CD6D4C880125052ED95382233CD1
Especialidad	Intensivista		

NOTA	
Fecha	29/02/2020 10:05
Subjetivo	Evolucion UCI 24hrs
Objetivo	1.Shock Cardiogénico
Analisis	Diagnosticos: * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * miocardiopatía dilatada de origen desconocido, miocarditis viral???? ** falla cardiaca descompensada Stevenson C / AHA estadio D / NYHA IV/IV / FEVI del 20% * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda Kdigo III * Diabetes mellitus mal controlada * duodenitis erosiva hemorrágica moderada * tuberculosis pulmonar (PCR para micobacterias positiva en LBA 27/02/2020) Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Control de proceso infeccioso Soporte vasopresor e inotrópico Lesión renal aguda prerenal AKIN 3 en Terapia dialitica Colonización por E aerogenes resistente a carbapenemasas PCR para micobacterias positivo en LBA Acidemia metabolica con hiperlactatemia

Plan a seguir		Disleyner moreno, 47 años, con antecedentes de diabetes mellitus mal controlada, en la actualidad internada en UCI por insuficiencia respiratoria y choque séptico de probable origen pulmonar (NAC multilobar), sin aislamiento microbiológico hasta el momento, serología ,hepatotropos y Bk negativos. El 24.02.2020 se realiza eco tt que documenta cardiopatía dilatada con trastorno de la contractilidad y fevi 20% de etiología no clara hasta el momento, los Ac contra tripanosoma fueron negativos y las troponinas de ingreso muy elevadas con delta del 12 % no se descarta una miocarditis viral. Hoy continua en estado critico, requiriendo soporte vasopresor dual a altas dosis, soporte inotrópico y acoplada a soporte ventilatorio ,persiste acidemia metabolica y hiperlactatemia, PAFI en descenso de 128, requiriendo soporte dialítico, ultima diálisis el día de ayer. Anurica, ahora leucopenica, PCR en ascenso, con hemocultivos hasta el momento negativos, tiene pendiente concepto de infectología sobre pertinencia de cubrimiento antimicótico en paciente cuyos unicos hallazgos de estructuras micóticas fueron en secreción traqueal y orina. continua manejo guiado por metas en UCI, pronostico reservado con pobre pronostico vital. alto riesgo de complicaciones y desenlaces fatales, se deja orden de paraclínicos de control, continua vigilancia estricta en UCI	
Justificación		Evolucion UCI 24hrs	
Medico	Gustavo Adolfo Valencia Gonzalez Registro: 05-2450-01 Nroidentificacion: 98578413	Firma	  "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 3D8E054696885DFCAF19E5C4C74CFD2
Especialidad	Intensivista		

NOTA			
Fecha	29/02/2020 10:05		
Subjetivo	Evolucion UCI 24hrs		
Objetivo	1.Shock Cardiogénico		
Analisis	Diagnosticos: * Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * miocardiopatía dilatada de origen desconocido, miocarditis viral???? ** falla cardiaca descompensada Stevenson C / AHA estadio D / NYHA IV/IV / FEVI del 20% * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda Kdigo III * Diabetes mellitus mal controlada * duodenitis erosiva hemorrágica moderada * tuberculosis pulmonar (PCR para micobacterias positiva en LBA 27/02/2020) Problemas: Requerimiento de soporte ventilatorio Control de proceso infeccioso Soporte vasopresor e inotrópico Lesión renal aguda prerenal AKIN 3 en Terapia dialitica Colonización por E aerogenes resistente a carbapenemasas PCR para micobacterias positivo en LBA Acidemia metabolica con hiperlactatemia		
Plan a seguir	PACIENTE EN MJY MALAS CONDICIONES GENERALES, MAL PRONOSTICO VITAL, AHORA CON ASISTOLIA, SIN REFLEJOS DE TALLO CEREBRAL, FALLECE A LAS 09:47 AM, NUMERO DE CERTIFICADO DE DEFUNCION 72266792-5		
Justificación		Evolucion UCI 24hrs	
Medico	Gustavo Adolfo Valencia Gonzalez Registro: 05-2450-01 Nroidentificacion: 98578413	Firma	  "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 3D8E054696885DFCAF19E5C4C74CFD2
Especialidad	Intensivista		

INTERCONSULTA	
Fecha	29/02/2020 10:43
Subjetivo	INFECTOLOGÍA
Objetivo	Infectología F. de ingreso: 23/02/20 Infectología: 25/02/20 Disleyner de 47 años Residente en Quibdo Se interroga a familiar. (Hermana) Reporta cuadro de aproximadamente 20 días de evolución caracterizado por disnea progresiva y tos. Niega fiebre Reporta presencia de roedores en la casa. Paciente trabaja como educadora y todos los días se desplaza por caminos veredales. AP: - DM 14/02/20 Ingresa a UCI de Quibdo por 19 días de tos seca, disnea progresiva. Encuentran desaturación e inician ventilación mecánica no invasiva Dx: - Síndrome febril en estudio * Insuficiencia respiratoria tipo I * Neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave * Falla orgánica múltiple (renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) * Choque séptico de origen pulmonar (resuelto) * Insuficiencia renal aguda AKIN I * Diabetes mellitus mal controlada Antimicrobianos - 23/02/20 Pip/tazobactam 4.5gr/6 horas Dias 2/7 - 23/02/20 Vancomicina 1gr/12 horas Dias 2/7
Objetivo	- Extrahospitalario: * Meorpenem + Vancomicina + claritromicina * Vancomicina + pip/tazobactam * Ampicilina/ sulbactam + Claritromicina Aislamientos - 24/02/20 BK negativo. Cultivo micobacterias: negativo - 24/02/20 Hisopado rectal: pendiente - 23/02/20 BK: negativo - 23/02/20 Hemocultivos: negativos Imágenes - 24/02/20 Ecocardiografía TT: Cardiopatía dilatada de origen por esclarecer, disfunción sistodiastólica, insuficiencia valvular mitral moderada, hipertensión pulmonar leve Paraclínicos - Leucocitos 12910 N 11080 L 1200 Hb 9.9 plaquetas 233000 Cr 2.24 BUN 68 PCR 7.8 Ca 1.07 - Tnl: 1346 - Microbiología: LBA: PCR nivel bajo positiva para M tuberculosis. NO evidencia de de BAAR Hemoparásitos: negativos. Leptospira: negativa Tripanozoma: negativo EF. Malas condiciones generales. Soporte vasoactivo : Norepinefrina - Vasopresina.
Objetivo	Ventilación mecánica. PA: 50/30 - Taquicárdica. Mal acople a la ventilación mecánica - esfuerzo inspiratorio. Secreciones no purulentas. Abdomen distendido Sin lesiones en piel.

Analisis		PLAN /OPINIÓN - CHOQUE SEPTICO EN DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE. (Riñon - Pulmón - Hematológico - Hígado - corazón) - Choque refractario - Llega reporte microbiológico en las ultimas 24 horas con positividad para M tuberculosis, sin embargo dudo que esta sea la etiología de todo su cuadro clínico. - Estudios microbiológicos y serológicos teniendo en cuenta su procedencia son negativos. - NO fue posible aclarar su historia clínica con mayor objetividad. - Ahora en pésimas condiciones con inminente riesgo de muerte. - Sin posibilidad de aumento de soporte vasoactivo. - NO tiene mucho sentido ya el inicio de tratamiento anti tuberculoso. - Se comenta con unidad de cuidado intensivo.	
Plan a seguir		PLAN /OPINIÓN - CHOQUE SEPTICO EN DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE. (Riñon - Pulmón - Hematológico - Hígado - corazón) - Choque refractario - Llega reporte microbiológico en las ultimas 24 horas con positividad para M tuberculosis, sin embargo dudo que esta sea la etiología de todo su cuadro clínico. - Estudios microbiológicos y serológicos teniendo en cuenta su procedencia son negativos. - NO fue posible aclarar su historia clínica con mayor objetividad. - Ahora en pésimas condiciones con inminente riesgo de muerte. - Sin posibilidad de aumento de soporte vasoactivo. - NO tiene mucho sentido ya el inicio de tratamiento anti tuberculoso. - Se comenta con unidad de cuidado intensivo.	
Justificacion		PLAN /OPINIÓN - CHOQUE SEPTICO EN DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE. (Riñon - Pulmón - Hematológico - Hígado - corazón) - Choque refractario - Llega reporte microbiológico en las ultimas 24 horas con positividad para M tuberculosis, sin embargo dudo que esta sea la etiología de todo su cuadro clínico. - Estudios microbiológicos y serológicos teniendo en cuenta su procedencia son negativos. - NO fue posible aclarar su historia clínica con mayor objetividad. - Ahora en pésimas condiciones con inminente riesgo de muerte. - Sin posibilidad de aumento de soporte vasoactivo. - NO tiene mucho sentido ya el inicio de tratamiento anti tuberculoso. - Se comenta con unidad de cuidado intensivo.	
Medico	Diego Alberto Molina Ramirez Registro: 51-770-03 Nroidentificacion: 71784557	Firma	
Especialidad	Infectologia		

Analisis Laboratorio	
fecha	Nov 30 2021 2:38PM
Examen	
Usuario	

NOTAS ACLARATORIAS

Paciente	DISLEYNER MORENO ZUÑIGA	NroIdentificacion	35600143
IdAtencion	5180819	NroIngreso	3332731
FechaAtencion	23/02/2020 2:24:57 p. m.	Telefono	6721908
Diagnostico	J189 - NEUMONIA NO ESPECIFICADA	Ubicacion	UCI501
Sede	CLINICA LEON XIII	Edad	46 Años
DatosSede	Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300 Antioquia - Medellín	GrupoSanguineo	A +

Nota aclaratoria

Fecha	Mar 3 2020 10:45AM
Aclaración	VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA Y CONTROL DE INFECCIONES: llega resultado del laboratorio institucional para PCR Mycobacterium tuberculosis en muestra de lavado broncoalveolar: Positivo, Nivel Muy bajo. Resultado que se encuentra en ayudas diagnósticas para la consulta. Infectología revisa resultado el 29/02/2020 y define que no es relacionado el cuadro clínico con este resultado por lo que define que no hay relevancia en el inicio de tratamiento antituberculoso y no se indica, mismo día que fallece.
Usuario	CC 1017219441 Jennifer Garcia Vergara 1017219441 Enfermera de vigilancia de Salud Publica
Firma	

Nota aclaratoria

Fecha	Mar 3 2020 10:46AM
Aclaración	VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA Y CONTROL DE INFECCIONES: llega ficha de notificación al SIVIGILA para evento de tuberculosis, se realiza calidad del dato y se notifica tuberculosis pulmonar confirmado por laboratorio. Paciente a quien no se le inicia tratamiento antituberculoso por concepto de infectología.
Usuario	CC 1017219441 Jennifer Garcia Vergara 1017219441 Enfermera de vigilancia de Salud Publica
Firma	



EPICRISIS			
Nro. Ingreso	3332731	Atención	5180819
Paciente	DISLEYNER MORENO ZUÑIGA	Nro. Identificación	35600143
Diagnóstico Ingreso	J189 - NEUMONIA NO ESPECIFICADA	Edad	46 Años
Diagnóstico Egreso	J189 - NEUMONIA NO ESPECIFICADA	Estancia	6
Sede	CLINICA LEON XIII	Datos Sede	Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300 Antioquia - Medellín
Servicio Ingreso:	Piso 5 UCI Bloque 3 Piso 5 UCI501	Servicio Egreso:	Piso 5 UCI Bloque 3 Piso 5 UCI501
Fecha Ingreso:	23/02/2020 14:24:57	Fecha Egreso:	29/02/2020 15:09:16

Datos de Ingreso			
Fecha Ingreso:	Feb 23 2020		
Motivo de la Consulta:			
Estado General al Ingreso:			
Enfermedad Actual:			
Diagnóstico de Ingreso:			
Dx 2:			
Dx 3:			
Dx 4:			
Nombre Médico		Especialidad	
Identificación		Registro	
Firma			

Resumen de la Atención:

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Plan ronda: Paciente femenina de 47 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus al parecer mal controlada, con choque séptico origen pulmonar y falla ventilatoria hipoxémica secundaria a neumonía multilobar adquirida en la comunidad grave sin tipificación de germen con antibioticoterapia empírica de amplio espectro que se ha ido escalando, paciente con cuadro larvado sin adecuada evolución clínica, esta pendiente tomografía de control a evaluar complicaciones y ecocardiograma transtorácico, paciente en el momento sin soporte vasopresor acoplada a la ventilación mecánica con índices de oxigenación conservados, persistentemente febril, balance negativo con gasto urinario conservado límite inferior, azoados elevados, sin déficit ácido base con lactato aumentado, transaminasas elevadas sin hiperbilirrubinemia, iones en normalidad leve hipocalcemia, con reactantes de fase aguda en aumento, pendiente nuevos cultivos tomados el día de ayer por el momento se avanzará en despertar y liberación de la ventilación según tolerancia, esta pendiente valoración por infectología. Continúa soporte ventilatorio y monitoreo hemodinámico en unidad de cuidados intensivos.

Usuario: Andrea Sarmiento Rodríguez

Fecha: 24/02/2020 8:40 a.m.

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Plan ronda: Paciente bajo sedoanalgesia para RASS -2, con estabilidad hemodinámica, terminando infusión de amiodarona continua con taquicardia ya sinusal, ecocardiograma transtorácico que reporta ventrículo izquierdo moderadamente dilatado, con hipertrofia excéntrica, con hipocinesia difusa y función sistólica disminuida. Fracción de eyección calculada en 20%. Leve dilatación de la aurícula izquierda, hipertensión pulmonar moderada, con insuficiencia valvular mitral moderada, gases arteriovenosos de control con saturación venosa 60% compromiso de la oxigenación secundaria a desacople ventilatorio por lo que se reinició sedoanalgesia, delta de Co2 11, sin acidemia metabólica con lactato en depuración, iniciamos soporte inotrópico con milrinone, gasto urinario en rango de oliguria, continua febril, esta pendiente valoración por infectología aun sin reporte previo de cultivos, continuamos soporte ventilatorio y vigilancia en unidad de cuidados intensivos.

Usuario: Andrea Sarmiento Rodríguez

Fecha: 24/02/2020 4:20 p.m.

Especialidad: INTENSIVISTA

Plan ronda: PROCEDIMIENTO

Colocación de catéter central de hemodiálisis

Indicación requerimiento de terapia de remplazo renal,

Hallazgos: punción única, retorno venoso adecuado.

Procedimiento. Previa sepsis y antisepsia, campos quirúrgicos, mediante técnica de seldinger, punción única vena femoral derecha retorno venoso adecuado, paso de guía y dilatador, avance de catéter, retorno venoso en los dos puertos, se fija a piel con seda 2.0

Complicaciones, durante procedimiento sin presencia de estas.

Usuario: Luis Alfonso Camacho Ojeda

Fecha: 26/02/2020 11:19 a.m.

Especialidad: INTENSIVISTA

Plan ronda: ronda tarde, paciente femenina, antecedentes anotados e historia clínica revisada, paciente en el momento con evolución irregular, persistencia de respuesta inflamatoria, por el momento picos febriles persistente, en espera de cultivos solicitados y de fibro broncoscopia solicitada, ciclo de antibiótico instaurado por infectología, requiere re inicio de inotrópico, dado evidencia de gap veno arterial elevada y scvo2 baja, asociado a signos de hipoperfusión, además de reinicio de vasoactivo durante terapia de reemplazo renal, sin cambios en parámetros ventilatorios, glucometrías aceptables, en el momento pronóstico reservado, continua manejo en la unidad

Usuario: Luis Alfonso Camacho Ojeda

Fecha: 26/02/2020 2:55 p.m.

Resumen de la Atención:

Especialidad: INTENSIVISTA

Plan ronda:

Paciente con antecedentes de diabetes mellitus mal controlada, con choque séptico origen pulmonar y falla ventilatoria hipoxémica secundaria a NAC multilobar, sin aislamiento microbiológico hasta el momento. La evolución clínica no ha sido favorable, si bien se encuentra acoplada a soporte ventilatorio, en equilibrio ácido base y el trastorno de la oxigenación es leve, el lactato permanece elevado, con requerimiento de soporte vasopresor y inotrópico con el cual ha mejorado el Δ de CO_2 pero se conserva SVO₂ baja la cual podría estar en relación a cifras de Hb bajas para paciente con falla cardíaca por lo que se ordena transfusión de 2 UN de GRE y control de gases AV en la tarde. Febril todo el tiempo a pesar de antipirético y medios físicos, con leucocitos y PCR en descenso además de hemocultivos que van negativos por lo que no modifico antimicrobianos, serología para criptococos, VIH y hepatotrofos fue negativa. Preocupa estado neurológico, por lo que se disminuye fentanil a dosis analgésica y se solicita tac de cráneo, una opción a contemplar es fiebre de origen central. En la noche presentó episodio de hematemesis por lo cual se inició infusión de IBP la cual continuo y esta pendiente EVDA, aunque pienso que la causamos por la prolongación de TPT probablemente relacionada a uso de heparinas en TRR, sin manifestaciones hemorrágicas en el momento por lo cual ordeno corrección, se ordena trombo profilaxis mecánica, continua manejo guiado por metas en UCI, pendiente fibrobroncoscopia, seguimiento infectología.

Usuario: Rafael Ignacio Uribe Acevedo

Fecha: 27/02/2020 11:22 a.m.

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Plan ronda: Paciente intenta apertura ocular con el llamado, continua con soporte inotrópico dosis bajas y continua requerimiento de soporte vasopresor está pendiente transfusión, acoplada a la ventilación mecánica continua febril, oligoanúrica se indica nuevamente terapia de hemodialisis, pendiente control gases arteriovenosos, en el momento sin signos de sangrado activo, pendiente endoscopia, continuamos despertar, manejo de falla, soporte ventilatorio y hemodinámico en la unidad de cuidados intensivos.

Usuario: Andrea Sarmiento Rodríguez

Fecha: 27/02/2020 4:06 p.m.

Especialidad: INTENSIVISTA

Plan ronda: Se desea descartar otra causa de miocardiopatía y falla cardíaca en paciente previamente sana y proveniente de zona endémica solicitamos IgG e IgM para tripanosoma.

Usuario: Rafael Ignacio Uribe Acevedo

Fecha: 27/02/2020 6:18 p.m.

Especialidad: INTENSIVISTA

Plan ronda: Paciente con antecedentes de diabetes mellitus mal controlada, en UCI por insuficiencia respiratoria y choque séptico de probable origen pulmonar (NAC multilobar), sin aislamiento microbiológico hasta el momento, serología, hepatotrofos y Bk negativos. El 24.02.2020 se realiza eco tt que documenta cardiopatía dilatada con trastorno de la contractilidad y fev₁ 20% de etiología no clara hasta el momento, los Ac contra tripanosoma fueron negativos y las troponinas de ingreso muy elevadas con Δ del 12 % al ingreso a esta institución con los hallazgos en ECO TT y una información previa deficiente podrían estar ocultando una posible miocarditis. Hoy continua en estado crítico, acoplada a soporte ventilatorio, con mejoría de los índices de oxigenación, persiste acidemia metabólica y hiperlactatemia que continua su depuración muy lentamente. Aun con requerimiento de soporte vasoactivo alto, anúrica, febril la mayor parte del tiempo a pesar de antipiréticos con nueva elevación de PMN y PCR a pesar de cubrimiento antimicrobiano actual y con hemocultivos hasta el momento negativos por lo cual decidí escalar en antimicrobiano y solicito concepto de infectología sobre pertinencia de cubrimiento antimicótico en paciente cuyos únicos hallazgos de estructuras micóticas fueron en secreción traqueal y orina. Se ordena 1 UN de GRE para optimizar Hb en paciente con falla cardíaca, continua manejo guiado por metas en UCI, pronóstico reservado, alto riesgo de complicaciones y desenlaces fatales, solicito gases arteriovenosos de control a las 2 pm y electrolitos, pendiente repetir pruebas de coagulación que no se pudieron procesar.

Usuario: Rafael Ignacio Uribe Acevedo

Fecha: 28/02/2020 9:34 a.m.

Especialidad: INTENSIVISTA

Plan ronda: ronda tarde, paciente femenina, antecedentes anotados e historia clínica revisada, paciente con evolución irregular, persistencia de picos febriles, sin causa clara de este evento, terapia antimicrobiana escalada, en espera de reportes de últimos cultivos solicitados y de lavado bronco alveolar, sin deterioro ventilatorio, parámetros de soporte en descenso, sin deterioro de índices de oxigenación, inestable hemodinámicamente, soporte vasoactivo presente, en retiro de soporte inotrópico, pendiente control de gases para determinar respuesta a su retiro, en el momento en terapia de reemplazo renal, oligoanuria presente, en retiro de sedo analgesia para valorar estado de conciencia, por el momento no cambios en su manejo actual, pronóstico reservado, continua manejo en la unidad

Usuario: Luis Alfonso Camacho Ojeda

Resumen de la Atención:	Fecha: 28/02/2020 2:22 p.m. Especialidad: INTENSIVISTA Plan ronda: Paciente con choque mixto séptico/cardiogenico, bajo sedoanalgesia con soporte inotropico, norepinefrina que viene en aumento ahora a 1 mcg/kg/min con presión media de 40 mmHg no tiene signos de sangrado activo, gases arteriales con acidemia metabólica grave e hiperlactatemia sin compromiso de la oxigenación, anurico, tolero terapia de hemodialisis previamente con ultrafiltrado, requiere inicio de vasopresina, indicamos bolo de bicarbonato e infusión, dejamos líquidos endovenosos, paciente en críticas condiciones generales alto riesgo desenlace ominoso a corto plazo. Usuario: Carlos Alfredo Pedroza Fecha: 29/02/2020 3:23 a.m. Disleyner moreno, 47 años, con antecedentes de diabetes mellitus mal controlada, en la actualidad internada en UCI por insuficiencia respiratoria y choque séptico de probable origen pulmonar (NAC multilobar), sin aislamiento microbiológico hasta el momento, serología ,hepatotropos y Bk negativos. El 24.02.2020 se realiza eco tt que documenta cardiopatía dilatada con trastorno de la contractilidad y fevi 20% de etiología no clara hasta el momento, los Ac contra tripanosoma fueron negativos y las troponinas de ingreso muy elevadas con delta del 12 % no se descarta una miocarditis viral. Hoy continua en estado critico, requiriendo soporte vasopresor dual a altas dosis, soporte inotrópico y acoplada a soporte ventilatorio ,persiste acidemia metabolica y hiperlactatemia, PAFI en descenso de 128, requiriendo soporte dialítico, ultima diálisis el día de ayer. Anurica, ahora leucopenica, PCR en ascenso, con hemocultivos hasta el momento negativos, tiene pendiente concepto de infectología sobre pertinencia de cubrimiento antimicótico en paciente cuyos unicos hallazgos de estructuras micoticas fueron en secreción traqueal y orina. continua manejo guiado por metas en UCI, pronostico reservado con pobre pronostico vital. alto riesgo de complicaciones y desenlaces fatales, se deja orden de paraclínicos de control, continua vigilancia estricta en UCI PACIENTE EN MJY MALAS CONDICIONES GENERALES, MAL PRONOSTICO VITAL, AHORA CON ASISTOLIA, SIN REFLEJOS DE TALLO CEREBRAL, FALLECE A LAS 09:47 AM, NUMERO DE CERTIFICADO DE DEFUNCION 72266792-5
Procedimientos:	Fecha: 26/02/2020 Cups: 879301 NombreCups: TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX Informe: Tecnica: ESTUDIO: TAC DE TORAX CONTRASTADO TECNICA: Con tomógrafo multicorte se realizo tomografía de tórax posterior a la administración de contraste iodado no iónico intravenoso (120cc Optiray) a través de (conector de baja presión), el cual es bien tolerado por el paciente, observando: Peso: 67 KG(S) HALLAZGOS: Tomografía contrastada de tórax. Indicación: sin datos clínicos en la orden de remisión. Hallazgos: Glándula tiroidea disminuida de tamaño, por posible cambios atróficos. No se definen lesiones focales ni difusas. Tráquea centrada sin lesiones endoluminales. Se identifica tubo endotraqueal con extremo distal a 3,2 cm por encima de la carina. En el mediastino no se identifican masas, quistes ni adenopatías. Catéter subclavio izquierdo con extremo distal en la unión cavo-atrial. Aumento del índice cardiotorácico a expensas de cavidades izquierdas por cardiomegalia. Pericardio sin alteraciones. La arteria pulmonar presenta aumento en su diámetro previo a su 1ª bifurcación, donde mide 33 mm, hallazgo en relación a algún grado de hipertensión pulmonar. No es posible valorar la luz de esta, dada la adquisición en fase arterial. La aorta es de calibre y trayecto normal. No se identifican defectos en su interior ni cambios inflamatorios de la pared.

Procedimientos:	Expansión simétrica pulmonar bilateral. Se identifican múltiples opacidades con ocupación alveolar, comprometiendo el lóbulo superior, lóbulo medio y lóbulo inferior en el lado derecho y la llingula y lóbulo inferior en el lado izquierdo, asociado a áreas parcheadas de vidrio esmerilado en relación a compromiso inflamatorio-infeccioso, de probable origen bacteriano. No se identifican nódulos ni masas sospechosas de compromiso neoplásico primario metastásico. No hay derrame ni engrosamiento pleural patológico. No hay signos de neumotórax. Disminución generalizada de la densidad hepática por infiltración grasa difusa. No se definen lesiones focales. Se aprecia captación heterogénea del medio de contraste por posible trastorno de la perfusión. Aumento en la densidad de la grasa de la pared abdominal en el tórax y en la pared abdominal como signos de sobrecarga hídrica. No se aprecian colecciones, nódulos ni masas en los tejidos blandos. Huesos sin lesiones liticas ni blásticas. Conclusiones: Proceso inflamatorio-infeccioso de probable origen bacteriano multilobar. Esteatosis hepática difusa. Signos indirectos de hipertensión pulmonar. Cardiomegalia. Ver hallazgos. Medico: 43152431 Especialidad: Especialista en Radiología
Tratamiento:	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA 2TAB CADA: 6 Hrs - FECHA INICIO Feb 25 2020 12:02PM ----- ACETAMINOFEN 500MG TABLETA 2TAB CADA: 8 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 3:09PM ----- AMINOACIDOS ESENCIALES (GLUCERNA 1.5 CAL) FRASCO X 1000ML 1000ML CADA: 12 Hrs - FECHA INICIO Feb 24 2020 11:05AM ----- AMIODARONA CLORHIDRATO 150 MG SOLUCION INYECTABLE 900MG CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 3:06PM ----- AMPICILINA 1G+SULBACTAM 0.5G POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE VIAL 3GR CADA: 6 Hrs - FECHA INICIO Feb 25 2020 12:13PM ----- ASCORBICO ACIDO 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE 1500MG CADA: 6 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 3:10PM ----- ASCORBICO ACIDO 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE 1500MG CADA: 6 Hrs - FECHA INICIO Feb 24 2020 4:10AM ----- CALCIO GLUCONATO 100MG/ML 10 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 1AMP CADA: 12 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 8:21PM ----- CLARITROMICINA 500MG POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE VIAL 500MG CADA: 12 Hrs - FECHA INICIO Feb 25 2020 12:21PM ----- CLORURO DE POTASIO/CLORURO DE SODIO (0.9%) 40 MEQ/100 ML SOLUCION INYECTABLE 100ML CADA: 8 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 2:53PM ----- DIPIRONA 1 G SOLUCION INYECTABLE 2GR CADA: 6 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 3:08PM ----- ENOXAPARINA 40MG -AMP 40MG CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 2:59PM ----- FENTANILO CITRATO 0.5 MG/10ML SOLUCION INYECTABLE 20AMP CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 3:00PM ----- FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE 20MG CADA: 8 Hrs - FECHA INICIO Feb 25 2020 2:21PM ----- HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML SOLUCION INYECTABLE AMP X 5 ML 1AMP CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 26 2020 9:51AM ----- HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML SOLUCION INYECTABLE AMP X 5 ML 5000UI CADA: 12 Hrs - FECHA INICIO Feb 24 2020 8:41AM ----- HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO) 100 MG POLVO PARA IN 50MG CADA: 6 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 3:07PM ----- INSULINA CRISTALINA (HUMANA) 100 UI/ML 10 ML SOLUCION INYECTABLE VIAL 100UI CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 2:53PM ----- LACTATO RINGER X 1000 ML (SOLUCION HARTMAN) SOLUCION I 100ML CADA: 1 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 2:49PM ----- LACTATO RINGER X 1000 ML (SOLUCION HARTMAN) SOLUCION I 90ML CADA: 1 Hrs - FECHA INICIO Feb 24 2020 5:11PM ----- LIDOCAINA GEL O JALEA 2 %/30 G 1TUBO CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 24 2020 6:28AM ----- LIDOCAINA SIN EPINEFRINA LIQUIDA 1 %/10 ML 10ML CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 24 2020 2:13PM ----- LIDOCAINA SOLUCION INYECTABLE 2 %/10 ML 1AMP CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 26 2020 9:51AM ----- LIDOCAINA SOLUCION INYECTABLE 2 %/20 ML 1AMP CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 24 2020 3:27PM ----- MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION 1GR CADA: 8 Hrs - FECHA INICIO Feb 28 2020 9:36AM ----- METOCLORAMIDA/CLORURO DE SODIO 10 MG + 0.9 %/100 ML SOLUCION INYECTABLE PREMEZCLA 10MG CADA: 8 Hrs - FECHA INICIO Feb 26 2020 9:22PM ----- MILRINONA 10 MG/10ML SOLUCION INYECTABLE 10AMP CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 24 2020 3:46PM ----- MILRINONA 10 MG/10ML SOLUCION INYECTABLE 10AMP CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 26 2020 8:50AM ----- NOREPINEFRINA SOLUCION INYECTABLE 4 MG/4 ML 20AMP CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 26 2020 4:04PM ----- NOREPINEFRINA SOLUCION INYECTABLE 4 MG/4 ML 30AMP CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 3:00PM ----- OMEPRAZOL SOLUCION INYECTABLE 40 MG 40MG CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 2:52PM ----- OMEPRAZOL SOLUCION INYECTABLE 40 MG 5AMP CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 26 2020 9:21PM ----- OMEPRAZOL SOLUCION INYECTABLE 40 MG 80MG CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 26 2020 9:20PM ----- PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4.5 G POLVO PARA INYECCION 1AMP CADA: 6 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 2:57PM ----- PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4.5 G POLVO PARA INYECCION 1AMP CADA: 6 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 2:58PM ----- POTASIO CLORURO 20 MEQ/10 ML 10 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 2AMP CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 6:47PM ----- SODIO BICARBONATO 10MEQ/10ML 10ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 10AMP CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 29 2020 3:26AM ----- TIAMINA 100 MG/ML/10ML SOLUCION INYECTABLE 200MG CADA: 12 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 3:10PM ----- VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA INYECCION 1000MG CADA: 12 Hrs - FECHA INICIO Feb 23 2020 2:56PM ----- VASOPRESINA CLOROBUTANOL 20 UI/ML AMPOLLA 6AMP CADA: 24 Hrs - FECHA INICIO Feb 29 2020 3:24AM -----

Procedimiento y Cx:	BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONCOALVEOLAR
Funcionario:	Rafael Ignacio Uribe Acevedo
Procedimiento y Cx:	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX
Funcionario:	Alberto José Marrugo Pertuz
Procedimiento y Cx:	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX
Funcionario:	Carolina del Rosario Suarez Acosta
Procedimiento y Cx:	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL
Funcionario:	Carlos Alfredo Pedroza Mosquera
Procedimiento y Cx:	TOMOGRAFIA DE TORAX (AP)
Funcionario:	Carlos Alfredo Pedroza Mosquera
Procedimiento y Cx:	TOMOGRAFIA DE TORAX (AP)
Funcionario:	Carlos Alfredo Pedroza Mosquera

Tratamiento:	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA	Total Dosis Solicitadas:	4 TAB
Tratamiento:	AMIODARONA CLORHIDRATO 150 MG SOLUCION INYECTABLE	Total Dosis Solicitadas:	900 MG
Tratamiento:	AMPICILINA 1G+SULBACTAM 0.5G POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE VIAL	Total Dosis Solicitadas:	3 GR
Tratamiento:	ASCORBICO ACIDO 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE	Total Dosis Solicitadas:	3000 MG
Tratamiento:	CALCIO GLUCONATO 100MG/ML 10 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA	Total Dosis Solicitadas:	1 AMP
Tratamiento:	CLARITROMICINA 500MG POLVO LIOFILIZADO INYECTABLE VIAL	Total Dosis Solicitadas:	500 MG
Tratamiento:	CLORURO DE POTASIO/CLORURO DE SODIO (0.9%) 40 MEQ/100 ML SOLUCION INYECTABLE	Total Dosis Solicitadas:	100 ML
Tratamiento:	DIPIRONA 1 G SOLUCION INYECTABLE	Total Dosis Solicitadas:	2 GR
Tratamiento:	ENOXAPARINA 40MG -AMP	Total Dosis Solicitadas:	40 MG
Tratamiento:	FENTANILO CITRATO 0.5 MG/10ML SOLUCION INYECTABLE	Total Dosis Solicitadas:	20 AMP
Tratamiento:	FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	Total Dosis Solicitadas:	20 MG
Tratamiento:	HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML SOLUCION INYECTABLE AMP X 5 ML	Total Dosis Solicitadas:	1 AMP
Tratamiento:	HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML SOLUCION INYECTABLE AMP X 5 ML	Total Dosis Solicitadas:	5000 UI
Tratamiento:	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO) 100 MG POLVO PARA IN	Total Dosis Solicitadas:	50 MG
Tratamiento:	INSULINA CRISTALINA (HUMANA) 100 UI/ML 10 ML SOLUCION INYECTABLE VIAL	Total Dosis Solicitadas:	100 UI
Tratamiento:	LIDOCAINA GEL O JALEA 2 %/30 G	Total Dosis Solicitadas:	1 TUBO
Tratamiento:	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA LIQUIDA 1 %/10 ML	Total Dosis Solicitadas:	10 ML
Tratamiento:	LIDOCAINA SOLUCION INYECTABLE 2 %/10 ML	Total Dosis Solicitadas:	1 AMP
Tratamiento:	LIDOCAINA SOLUCION INYECTABLE 2 %/20 ML	Total Dosis Solicitadas:	2 AMP
Tratamiento:	MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	Total Dosis Solicitadas:	1 GR
Tratamiento:	METOCLOPRAMIDA/CLORURO DE SODIO 10 MG + 0.9 %/100 ML SOLUCION INYECTABLE PREMEZCLA	Total Dosis Solicitadas:	10 MG
Tratamiento:	MILRINONA 10 MG/10ML SOLUCION INYECTABLE	Total Dosis Solicitadas:	20 AMP
Tratamiento:	NOREPINEFRINA SOLUCION INYECTABLE 4 MG/4 ML	Total Dosis Solicitadas:	50 AMP
Tratamiento:	OMEPRAZOL SOLUCION INYECTABLE 40 MG	Total Dosis Solicitadas:	5 AMP
Tratamiento:	OMEPRAZOL SOLUCION INYECTABLE 40 MG	Total Dosis Solicitadas:	120 MG
Tratamiento:	PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4.5 G POLVO PARA INYECCION	Total Dosis Solicitadas:	3 AMP
Tratamiento:	POTASIO CLORURO 20 MEQ/10 ML 10 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA	Total Dosis Solicitadas:	2 AMP
Tratamiento:	SODIO BICARBONATO 10MEQ/10ML 10ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA	Total Dosis Solicitadas:	10 AMP

Tratamiento:	TIAMINA 100 MG/ML/10ML SOLUCION INYECTABLE	Total Dosis Solicitadas:	200 MG
Tratamiento:	VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA INYECCION	Total Dosis Solicitadas:	1000 MG

Medicamentos NO POS:	AMINOACIDOS ESENCIALES (GLUCERNA 1.5 CAL) FRASCO X 1000ML
Formulación:	1000 ML cada 12 Hora(s) NO APLICA
Medico:	CC Eliana Lucia Castaño Escobar 05-1568-06 Nutricion
Medicamentos NO POS:	VASOPRESINA CLOROBUTANOL 20 UI/ML AMPOLLA
Formulación:	6 AMP cada 24 Hora(s) INTRAVENOSA
Medico:	CC Carlos Alfredo Pedroza Mosquera 1077442150 Intensivista

Conducta (Ordenes Médicas Generadas al Ingreso):	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD ALTA SOD
Funcionario:	Karina Arango Serna

DATOS EGRESO			
Dx Principal:	J189	Descripción:	NEUMONIA NO ESPECIFICADA
Dx Relacionado 1:	R572	Descripción:	Choque septico
Dx Relacionado 2:	I110	Descripción:	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)
Dx Relacionado 3:	I469	Descripción:	PARO CARDIACO NO ESPECIFICADO

No hay datos de exámenes			
Continúa tratamiento con especialidad:	RUTA INTEGRAL MATERNO PERINATAL		
Incapacitado:	False		
Remitido:	NO	ContraRemitido:	NO
Usuario:			
Dx de Muerte Ppal:	R572		
Dx de Muerte 2:	I420		
Dx de Muerte 3:	I469		
Dx de Muerte 4:			
Médico Finaliza:	CC 1082856442 Johnny Alexander Rendón Varela 1082856442 Medicina General		
Firma:	 3BE28AA5A3F778F828FC237C3E9C7DE3		
Médico Alta:	CC 1082856442 Johnny Alexander Rendón Varela 1082856442 Medicina General		
Firma Alta:	 3BE28AA5A3F778F828FC237C3E9C7DE3		



RESULTADOS LABORATORIO

Paciente	DISLEYNER MORENO ZUÑIGA				
Identificación	35600143	Atención	5180819	Ingreso	3332731
Aseguradora	1596 - SUMIMEDICAL MAGISTERIO SEDE LEON -EVENTO HOSPITALARIO				
Diagnóstico	J189 - NEUMONIA NO ESPECIFICADA				
Teléfono	6721908	Ubicación	UCI501	Edad	46 Años

Consecutivo	1162535	Fecha Gestión	29/02/2020 5:05:10 a. m.	Fecha Publicación	29/02/2020 6:02:26 a. m.
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
PROTEINA C REACTIVA	9.04	MÉTODO: INMUNOTURBIDIMETRÍA	0.00	1.00	mg/dL
Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
MAGNESIO EN SUERO	3.06	MÉTODO: AZUL DE XILIDILO	1.30	2.70	mg/dL
Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CREATININA EN SUERO	2.75	MÉTODO: ENZIMÁTICO OBSERVACIONES: El uso de medicamentos como: fenindiona, dobesilato, cefoxitina, metamizol de sodio, dobutamina y dopamina, puede disminuir falsamente la concentración de creatinina en suero.	0.50	0.80	mg/dL
Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
NITRÓGENO URÉICO EN SANGRE	57.73	MÉTODO: UREASA CON GLDH, CINÉTICA	9.00	23.00	mg/dL
Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CLORO EN SUERO	106.20	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	99.00	109.00	mmol/L
Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
POTASIO EN SUERO	4.47	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	3.40	4.40	mmol/L
Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
SODIO EN SUERO	140.70	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	135.00	145.00	mmol/L
Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA				

Perfil	HEMOGRAMA IV				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds

DIFERENCIAL MANUAL	MEMO	NEUTRÓFILOS :70% HIPOCROMIA ++ .POLICROMATOFILIA + .MICROCITOS ++. LINFOCITOS :20% MACROCITOS + + .CRENOCITOS + +. MONOCITOS :5% ERITROBLASTOS 46 EN 100 LEUCOCITOS. LINFOCITO REACTIVO:5%	0	0	
NÚMERO DE CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS	0.50		0	0	
CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS %	12.70		0	0	%
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	9.00	MÉTODO AUTOMATIZADO: FOTOMETRÍA CAPILAR	0.00	20.00	mm /h
ÍNDICE DE DISTRUBUCIÓN MEDIA	17.40		11.50	15.10	%
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.60		7.90	10.10	fL
NÚMERO DE BASÓFILOS	0.11		0.00	0.05	x10 ³ μL
NÚMERO DE MONOCITOS	0.26		0.03	0.90	x10 ³ μL
NÚMERO DE EOSINÓFILOS	0.17		0.04	0.50	x10 ³ μL
NÚMERO DE LINFOCITOS	0.01		1.50	4.00	x10 ³ μL
NÚMERO DE NEUTRÓFILOS	2.86		1.50	8.00	x10 ³ μL
BASÓFILOS PORCENTAJE	2.80		0.00	2.00	%
MONOCITOS PORCENTAJE	6.60		2.00	11.00	%
EOSINÓFILOS PORCENTAJE	4.50		1.00	3.00	%
LINFOCITOS PORCENTAJE	0.20		18.00	42.00	%
NEUTRÓFILOS PORCENTAJE	73.20		50.00	70.00	%
RECuento DE PLAQUETAS	89	ANÁLISIS POR DUPLICADO CON SIMILARES RESULTADOS.	150	450	x10 ³ μL
CONCENTRACIÓN MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	32.90		32.00	38.00	g/dL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	28.10		25.00	31.00	pg
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85.40		86.00	96.00	fL
HEMATOCRITO	27.00		38.00	48.00	%
HEMOGLOBINA	8.90		12.00	16.00	g/dL
NÚMERO DE ERITROCITOS	3.17		4.20	5.40	x10 ⁶ μL
NÚMERO DE LEUCOCITOS	3.90		4.50	11.00	x10 ³ μL
Bacteriólogo(a)	FREDY AUGUSTO GUZMAN PANIAGUA				

Perfil	TIEMPO DE PROTROMBINA TP				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
INR	1.23		0	0	
TP CONTROL	10.9	Se realiza cambio en el valor del dato control por modificación de la media poblacional ya que a partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
TIEMPO DE PROTROMBINA.	13.2	TÉCNICA UTILIZADA: COAGULOMETRÍA (Método Óptico) A partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
Bacteriólogo(a)	FREDY AUGUSTO GUZMAN PANIAGUA				

Perfil	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds

TPT CONTROL	27.7	Se realiza cambio en el valor del dato control por modificación de la media poblacional ya que a partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA.	45.8	TÉCNICA UTILIZADA: COAGULOMETRÍA (Método Óptico) A partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
Bacteriólogo(a) FREDY AUGUSTO GUZMAN PANIAGUA					

Consecutivo	1162228	Fecha Gestión	28/02/2020 7:47:57 p. m.	Fecha Publicación	28/02/2020 9:20:59 p. m.		
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
SODIO EN SUERO			143.80	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	135.00	145.00	mmol/L
Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA						

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
POTASIO EN SUERO		3.83	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	3.40	4.40	mmol/L
Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA					

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CLORO EN SUERO		108.10	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	99.00	109.00	mmol/L
Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA					

Consecutivo	1162226	Fecha Gestión	28/02/2020 7:45:32 p. m.		Fecha Publicación	28/02/2020 8:56:19 p. m.		
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds	
HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA			MEMO	NO OBSERVO ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HEMOPARASITOS.	0	0		
Bacteriólogo(a)		FREDY AUGUSTO GUZMAN PANIAGUA						

Consecutivo	1162218	Fecha Gestión	28/02/2020 7:42:27 p. m.		Fecha Publicación	28/02/2020 9:29:28 p. m.		
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds	

LEPTOSPIRA	MEMO	LEPTOSPIRA IgG/IgM COMBO MUESTRA: SUERO RESULTADOS Leptospira IgG: NEGATIVO Leptospira IgM: NEGATIVO OBSERVACIONES: Un resultado negativo indica ausencia de anticuerpos contra L. interrogans. Sin embargo, un resultado negativo no excluye la posibilidad de exposición a L. interrogans. Puede presentarse un resultado negativo si la cantidad de anticuerpos contra L. interrogans presentes en la muestra se encuentra por debajo del límite de detección del ensayo o bien porque los anticuerpos contra el microorganismo no se encuentren durante la etapa de la enfermedad en la que se recogió la muestra. La infección puede progresar rápidamente. Si los síntomas persisten y el resultado de este ensayo es negativo o no reactivo, se recomienda evaluar al paciente utilizando un método alternativo.	0	0	
Bacteriólogo(a)		JULIAN MESA SIERRA			

Consecutivo	1161984	Fecha Gestión	28/02/2020 10:07:19 a. m.		Fecha Publicación	28/02/2020 10:43:19 a. m.	
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
SODIO EN SUERO			146.10	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	135.00	145.00	mmol/L
Bacteriólogo(a)	JOSÉ ALEJANDRO ECHAVARRÍA URIBE						

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
POTASIO EN SUERO		4.11	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	3.40	4.40	mmol/L
Bacteriólogo(a)	JOSÉ ALEJANDRO ECHAVARRÍA URIBE					

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CLORO EN SUERO		111.00	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	99.00	109.00	mmol/L
Bacteriólogo(a)	JOSÉ ALEJANDRO ECHAVARRÍA URIBE					

Consecutivo	1161785	Fecha Gestión	28/02/2020 6:40:19 a. m.	Fecha Publicación	28/02/2020 7:34:05 a. m.
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
NITRÓGENO URÉICO EN SANGRE	66.32	MÉTODO: UREASA CON GLDH, CINÉTICA	9.00	23.00	mg/dL
Bacteriólogo(a)	JOSÉ ALEJANDRO ECHAVARRÍA URIBE				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CREATININA EN SUERO	3.00	MÉTODO: ENZIMÁTICO OBSERVACIONES: El uso de medicamentos como: fenindiona, dobesilato, cefoxitina, metamizol de sodio, dobutamina y dopamina, puede disminuir falsamente la concentración de creatinina en suero.	0.50	0.80	mg/dL
Bacteriólogo(a)	JOSÉ ALEJANDRO ECHAVARRÍA URIBE				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
MAGNESIO EN SUERO	1.93	MÉTODO: AZUL DE XILIDILO	1.30	2.70	mg/dL
Bacteriólogo(a)	JOSÉ ALEJANDRO ECHAVARRÍA URIBE				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
PROTEINA C REACTIVA	6.04	MÉTODO: INMUNOTURBIDIMETRÍA	0.00	1.00	mg/dL
Bacteriólogo(a)	JOSÉ ALEJANDRO ECHAVARRÍA URIBE				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
--------	-----------	-------------	-----	-----	------

INCIDENTE MUESTRA COAGULACION	NC	PRODUCTO NO CONFORME : RELACION INADECUADA PRUEBA(S) SOLICITADA(S) : TP Y TTP CORRECTIVO O ACCIÓN TOMADA: SANGRAR NUEVAMENTE EN TUBO CON CITRATO (TAPA AZUL) MEZCLANDO LA MUESTRA MEDIANTE INVERSIÓN DEL TUBO SUAVEMENTE DE 5-10 VECES INMEDIATAMENTE SEA TOMADA LA MUESTRA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA HOMOGENIZACIÓN DEL ANTICOAGULANTE Y LA SANGRE EXTRAÍDA. LAS MUESTRAS DE COAGULACIÓN DEBEN CUMPLIR UNA Estricta PROPORCIÓN DEL ANTICOAGULANTE Y LA SANGRE EXTRAÍDA. PARA ELLO SE DEBE LLENAR EL TUBO HASTA EL NIVEL OPTIMO MARCADO EN LA PARTE LATERAL, CON UNA BARRA NEGRA O EN SU DEFECTO LLENAR HASTA EL NIVEL DE VACIO QUE EL TUBO LO PERMITA.	0	0	
Bacteriólogo(a)	LEIDY CAROLINA REVELO CALLE				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
--------	-----------	-------------	-----	-----	------

Tripanosoma cruzi (chagas), anticuerpos	0.02	INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS: VALORES MENORES DE 0.80 S/CO SE CONSIDERAN NO REACTIVAS VALORES MAYORES O IGUALES A 0.80 Y MENORES DE 1.00 S/CO SE CONSIDERAN DUDOSAS (ZONA GRIS) VALORES MAYORES O IGUALES A 1.00 S/CO SE CONSIDERAN REACTIVAS TÉCNICA UTILIZADA : QUIMIOLUMINISCENCIA	0	0	S/CO
Bacteriólogo(a)	MARIA PATRICIA OSPINA GALLEG0				

Perfil	HEMOGRAMA IV				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
NÚMERO DE LEUCOCITOS	13.06		4.50	11.00	x10 ³ μL
NÚMERO DE ERITROCITOS	3.28		4.20	5.40	x10 ⁶ μL
HEMOGLOBINA	9.20		12.00	16.00	g/dL
HEMATOCRITO	27.20		38.00	48.00	%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	82.80		86.00	96.00	fL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	28.00		25.00	31.00	pg
CONCENTRACIÓN MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	33.80		32.00	38.00	g/dL
RECuento DE PLAQUETAS	214		150	450	x10 ³ μL
NEUTRÓFILOS PORCENTAJE	85.70		50.00	70.00	%
LINFOCITOS PORCENTAJE	7.30		18.00	42.00	%
EOSINÓFILOS PORCENTAJE	0.20		1.00	3.00	%
MONOCITOS PORCENTAJE	4.90		2.00	11.00	%
BASÓFILOS PORCENTAJE	0.30		0.00	2.00	%
NÚMERO DE NEUTRÓFILOS	11.20		1.50	8.00	x10 ³ μL
NÚMERO DE LINFOCITOS	0.95		1.50	4.00	x10 ³ μL
NÚMERO DE EOSINÓFILOS	0.03		0.04	0.50	x10 ³ μL
NÚMERO DE MONOCITOS	0.64		0.03	0.90	x10 ³ μL
NÚMERO DE BASÓFILOS	0.04		0.00	0.05	x10 ³ μL
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.80		7.90	10.10	fL
ÍNDICE DE DISTRUBUCIÓN MEDIA	16.50		11.50	15.10	%
CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS %	1.50		0	0	%
NÚMERO DE CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS	0.20		0	0	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	2.00	MÉTODO AUTOMATIZADO: FOTOMETRÍA CAPILAR	0.00	20.00	mm /h
DIFERENCIAL MANUAL	MEMO	RECuento DIFERENCIAL Y PLAQUETARIO CONFIRMADO CON EL EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	0	0	
Bacteriólogo(a)	ISABEL CRISTINA TAMAYO CARLUCCI				

Perfil	TIEMPO DE PROTROMBINA TP				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds

TIEMPO DE PROTROMBINA.	13.7	TÉCNICA UTILIZADA: COAGULOMETRÍA (Método Óptico) A partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
TP CONTROL	10.9	Se realiza cambio en el valor del dato control por modificación de la media poblacional ya que a partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
INR	1.28		0	0	
Bacteriólogo(a) LEIDY CAROLINA REVELO CALLE					

Perfil					
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP					
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA.	102.8	ANALÍTICA REPETIDA Y CONFIRMADA CON LA MUESTRA RECIBIDA. TÉCNICA UTILIZADA: COAGULOMETRÍA (Método Óptico) A partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
TPT CONTROL	27.7	Se realiza cambio en el valor del dato control por modificación de la media poblacional ya que a partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
Bacteriólogo(a) LEIDY CAROLINA REVELO CALLE					

Consecutivo	1161329	Fecha Gestión	27/02/2020 1:40:31 p. m.	Fecha Publicación	27/02/2020 3:16:44 p. m.
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
COLORACION DE GRAM	MEMO	ESPECIFICACIONES: LAVADO BRONQUIAL/BRONCOALVEOLAR REACCIÓN LEUCOCITARIA ESCASA, NO SE OBSERVAN BACTERIAS.	0	0	
Bacteriólogo(a) TATIANA PATRICIA ARANGO CARBONO					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
--------	-----------	-------------	-----	-----	------

KOH	MEMO	ESPECIFICACIONES: LAVADO BRONQUIAL/BRONCOALVEOLAR	0	0	
		NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS MICOTICAS EN LA MUESTRA ANALIZADA.			

Bacteriólogo(a) TATIANA PATRICIA ARANGO CARBONO

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
BACILOSCOPIA DE LAVADO BRONQUIAL	MEMO	B 543 NO SE OBSERVAN BACILOS ACIDO ALCOHOL RESISTENTES EN 100 CAMPOS MICROSCÓPICOS.	0	0	

Bacteriólogo(a) TATIANA PATRICIA ARANGO CARBONO

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CULTIVO AEROBIO EN LAVADO BRONQUIAL	MEMO	NO SE OBTUVO CRECIMIENTO BACTERIANO DE AEROBIOS.	0	0	

Bacteriólogo(a) VICKY GOMEZ LOPEZ

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CULTIVO PARA MICOSIS PROFUNDA	MEMO	ESPECIFICACIONES: LAVADO BRONQUIAL/BRONCOALVEOLAR.	0	0	
		NO SE OBTUVO CRECIMIENTO DE HONGOS.			

Bacteriólogo(a) TATIANA PATRICIA ARANGO CARBONO

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CULTIVO DE MICOBACTERIAS	MEMO	B543 TIPO DE MUESTRA: LAVADO BRONQUIAL/BRONCOALVEOLAR	0	0	
		NO SE OBTUVO CRECIMIENTO DE MICOBACTERIAS.			

Bacteriólogo(a) Marta Elena Monsalve Ramirez

Consecutivo	1161328	Fecha Gestión	27/02/2020 1:37:42 p. m.	Fecha Publicación	28/02/2020 3:57:10 p. m.
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
Mycobacterium Identificacion Por PCR	MEMO	RESULTADO ESCANEO EN HISTORIA CLÍNICA.VER AYUDAS DIAGNÓSTICAS SECUENCIAL Nº:8485469	0	0	

Bacteriólogo(a) LUISA FERNANDA CAMPUZANO LOPEZ

Consecutivo	1160960	Fecha Gestión	27/02/2020 6:00:01 a. m.	Fecha Publicación	27/02/2020 6:57:41 a. m.
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds

NITRÓGENO URÉICO EN SANGRE	85.25	MÉTODO: UREASA CON GLDH, CINÉTICA	9.00	23.00	mg/dL
Bacteriólogo(a) DIANA MARIA ARANGO LOPERA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CREATININA EN SUERO	3.47	MÉTODO: ENZIMÁTICO OBSERVACIONES: El uso de medicamentos como: fenindiona, dobesilato, cefoxitina, metamilol de sodio, dobutamina y dopamina, puede disminuir falsamente la concentración de creatinina en suero.	0.50	0.80	mg/dL
Bacteriólogo(a) DIANA MARIA ARANGO LOPERA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
FÓSFORO EN SUERO	5.67	MÉTODO: FOSFOMOLIBDATO UV	2.40	5.10	mg/dL
Bacteriólogo(a) DIANA MARIA ARANGO LOPERA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
MAGNESIO EN SUERO	2.07	MÉTODO: AZUL DE XILIDILO	1.30	2.70	mg/dL
Bacteriólogo(a) DIANA MARIA ARANGO LOPERA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
SODIO EN SUERO	151.00	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	135.00	145.00	mmol/L
Bacteriólogo(a) DIANA MARIA ARANGO LOPERA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
POTASIO EN SUERO	4.47	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	3.40	4.40	mmol/L
Bacteriólogo(a) DIANA MARIA ARANGO LOPERA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CORO EN SUERO	114.20	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	99.00	109.00	mmol/L
Bacteriólogo(a) DIANA MARIA ARANGO LOPERA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
PROTEINA C REACTIVA	4.61	MÉTODO: INMUNOTURBIDIMETRÍA	0.00	1.00	mg/dL
Bacteriólogo(a) DIANA MARIA ARANGO LOPERA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
FIBRINOGENO	319.85	TÉCNICA UTILIZADA: MÉTODO DE CLAUS	170.00	420.00	mg/dL
Bacteriólogo(a) FREDY AUGUSTO GUZMAN PANIAGUA					

Perfil	HEMOGRAMA IV				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
NÚMERO DE LEUCOCITOS	9.87		4.50	11.00	$\times 10^3/\mu\text{L}$
NÚMERO DE ERITROCITOS	3.23		4.20	5.40	$\times 10^6/\mu\text{L}$
HEMOGLOBINA	8.30		12.00	16.00	g/dL
HEMATOCRITO	26.10		38.00	48.00	%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	80.80		86.00	96.00	fL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	25.80		25.00	31.00	pg

CONCENTRACIÓN MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	31.90		32.00	38.00	g/dL
RECuento DE PLAQUETAS	273		150	450	$\times 10^3 \mu\text{L}$
NEUTRÓFILOS PORCENTAJE	84.20		50.00	70.00	%
LINFOCITOS PORCENTAJE	8.70		18.00	42.00	%
EOSINÓFILOS PORCENTAJE	0.20		1.00	3.00	%
MONOCITOS PORCENTAJE	5.40		2.00	11.00	%
BASÓFILOS PORCENTAJE	0.30		0.00	2.00	%
NÚMERO DE NEUTRÓFILOS	8.31		1.50	8.00	$\times 10^3 \mu\text{L}$
NÚMERO DE LINFOCITOS	0.86		1.50	4.00	$\times 10^3 \mu\text{L}$
NÚMERO DE EOSINÓFILOS	0.02		0.04	0.50	$\times 10^3 \mu\text{L}$
NÚMERO DE MONOCITOS	0.53		0.03	0.90	$\times 10^3 \mu\text{L}$
NÚMERO DE BASÓFILOS	0.03		0.00	0.05	$\times 10^3 \mu\text{L}$
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	11.20		7.90	10.10	fL
ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN MEDIA	16.50		11.50	15.10	%
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	2.00	MÉTODO AUTOMATIZADO: FOTOMETRÍA CAPILAR	0.00	20.00	mm /h
CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS %	1.10		0	0	%
NÚMERO DE CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS DIFERENCIAL MANUAL	0.11		0	0	
	MEMO	RECuento DIFERENCIAL Y PLAQUETARIO CONFIRMADO CON EL EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	0	0	
Bacteriólogo(a) JULIA MARIA URREA ZULUAGA					

Perfil	TIEMPO DE PROTROMBINA TP				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
TIEMPO DE PROTROMBINA.	15.0	TÉCNICA UTILIZADA: COAGULOMETRÍA (Método Óptico) A partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
TP CONTROL	10.9	Se realiza cambio en el valor del dato control por modificación de la media poblacional ya que a partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
INR	1.41		0	0	
Bacteriólogo(a) FREDY AUGUSTO GUZMAN PANIAGUA					

Perfil	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA.	240.4	TÉCNICA UTILIZADA: COAGULOMETRÍA (Método Óptico) A partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg

TPT CONTROL	27.7	Se realiza cambio en el valor del dato control por modificación de la media poblacional ya que a partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
Bacteriólogo(a) FREDY AUGUSTO GUZMAN PANIAGUA					

Consecutivo	1160628	Fecha Gestión	26/02/2020 6:40:27 p. m.		Fecha Publicación	28/02/2020 2:06:16 p. m.	
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
Antígeno para Asperguillus			MEMO	DETECCION Ag GALACTOMANAN DE Aspergillus sp. Ag Galactomanan de Aspergillus sp.:0.27 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS: NEGATIVO:INDICE <0.5 POSITIVO:INDICE >0.5 NOTA: Un resultado negativo del análisis no descarta el diagnóstico de aspergilosis invasiva. Los pacientes en riesgo de aspergilosis invasiva se deben estudiar dos veces por semana. TÉCNICA: INMUNOENSAYO ENZIMÁTICO	0	0	INDICE
Bacteriólogo(a)		MARIA PATRICIA OSPINA GALLEG0					

Consecutivo	1160569	Fecha Gestión	26/02/2020 4:33:56 p. m.	Fecha Publicación	26/02/2020 6:09:31 p. m.		
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
VDRL EN SUERO (SEROLOGÍA)			NO REACTIVO	Intervalo de Referencia: NO REACTIVO TÉCNICA: FLOCULACIÓN.	0	0	
Bacteriólogo(a)	ANDRES MUÑETON OSPINA						

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
---------------	------------------	--------------------	------------	------------	-------------

Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE Ag HBs	0.50	INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS: Las muestras con un valor índice inferior a 1,0 son No reactivas(Negativas)para el HBsAg. Las muestras con un valor índice igual o superior a 1,0 pero igual o inferior a 50 son Reactivas para el HBsAg. Si el resultados de las muestras es superior a 50, se considera que está es Positiva para el HBsAg y no se requieren más pruebas. TÉCNICA UTILIZADA: QUIMIOLUMINISCENCIA NOTA: LAS MUESTRAS REACTIVAS SIEMPRE DEBEN CONFIRMARSE EMPLEANDO ENSAYOS DE NEUTRALIZACIÓN O DE BIOLOGÍA MOLECULAR.	0	0	
Bacteriólogo(a) ANDRES MUÑETON OSPINA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
HEPATITIS C, ANTICUERPOS	0.07	INTERPRETACIÓN: NO REACTIVO: Menor de 0.80 Valor Índice REACTIVO : Mayor o igual a 1.0 Valor Índice ZONA GRIS : Entre 0.80 a 0.99 Valor Índice NOTA: Cambio en la interpretación del resultado por cambio de Tecnología. TÉCNICA UTILIZADA : QUIMIOLUMINISCENCIA	0	0	
Bacteriólogo(a) ANDRES MUÑETON OSPINA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
--------	-----------	-------------	-----	-----	------

HIV 1 Y 2 PRESUNTIVA	0.398	INTERPRETACIÓN: Valores de S/CO inferiores a 1.0 se consideran NO REACTIVOS. Valores de S/CO superiores o iguales a 1.00 se consideran REACTIVOS. MÉTODO: QUIMIOLUMINISCENCIA. REACTIVO DE CUARTA GENERACIÓN. Para la detección cualitativa simultánea del antígeno P24 del VIH y de los anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana de tipos 1 y 2 (VIH-1/VIH-2).	0	0	S/CO
Bacteriólogo(a) ANDRES MUÑETON OSPINA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO	MEMO	RESULTADO ESCANEADO EN HISTORIA CLÍNICA.VER AYUDAS DIAGNÓSTICAS SECUENCIAL N°:8478995	0	0	
Bacteriólogo(a) LUISA FERNANDA CAMPUZANO LOPEZ					

Consecutivo	1160110	Fecha Gestión	26/02/2020 4:33:48 a. m.	Fecha Publicación	26/02/2020 5:22:17 a. m.
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
NITRÓGENO URÉICO EN SANGRE	92.42	MÉTODO: UREASA CON GLDH, CINÉTICA	9.00	23.00	mg/dL
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CREATININA EN SUERO	3.23	MÉTODO: ENZIMÁTICO OBSERVACIONES: El uso de medicamentos como: fenindiona, dobesilato, cefoxitina, metamizol de sodio, dobutamina y dopamina, puede disminuir falsamente la concentración de creatinina en suero.	0.50	0.80	mg/dL
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
ASPARTATO AMINO TRANSFERASA, GOT/ ASAT	637.10	MÉTODO: IFCC MODIFICADO, TRIS BUFFER SIN P5P	0.00	34.00	U/L
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
ALANINO AMINO TRANSFERASA, GPT/ ALAT	376.30	MÉTODO: IFCC MODIFICADO, TRIS BUFFER SIN P5P NOTA IMPORTANTE: La venopunción debe realizarse antes de la administración de: SULFASALACINA: Debido a la posibilidad de obtener resultados falsamente disminuidos.	10.00	49.00	U/L

Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
MAGNESIO EN SUERO	2.29	MÉTODO: AZUL DE XILIDILO	1.30	2.70	mg/dL

Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
SODIO EN SUERO	159.00	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	135.00	145.00	mmol/L

Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
POTASIO EN SUERO	3.44	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	3.40	4.40	mmol/L

Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CORO EN SUERO	118.00	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	99.00	109.00	mmol/L

Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
PROTEINA C REACTIVA	5.44	MÉTODO: INMUNOTURBIDIMETRÍA	0.00	1.00	mg/dL

Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
TREPONEMA ANTICUERPOS TOTALES	NEGATIVO	INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA: NEGATIVO TÉCNICA UTILIZADA: MICROCROMATOGRFÍA PARA SÍFILIS.	0	0	

Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA

Perfil	HEMOGRAMA IV				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
NÚMERO DE LEUCOCITOS	9.69		4.50	11.00	x10 ³ μL
NÚMERO DE ERITROCITOS	3.82		4.20	5.40	x10 ⁶ μL
HEMOGLOBINA	9.90		12.00	16.00	g/dL
HEMATOCRITO	30.70		38.00	48.00	%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	80.30		86.00	96.00	fL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	25.90		25.00	31.00	pg
CONCENTRACIÓN MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	32.20		32.00	38.00	g/dL
RECUEENTO DE PLAQUETAS	239		150	450	x10 ³ μL

Impreso por: 15374113 - Juan David Bustamante Tejada. Fecha impresión: 30/11/2021 02:38:03

Pag. 47 de 68

Certificamos que el documento ha sido firmado digitalmente

GHIPS - Software elaborado por Ips Universitaria. Nit 811016192-8

NEUTRÓFILOS PORCENTAJE	87.00		50.00	70.00	%
LINFOCITOS PORCENTAJE	8.40		18.00	42.00	%
EOSINÓFILOS PORCENTAJE	0.10		1.00	3.00	%
MONOCITOS PORCENTAJE	3.10		2.00	11.00	%
BASÓFILOS PORCENTAJE	0.20		0.00	2.00	%
NÚMERO DE NEUTRÓFILOS	8.42		1.50	8.00	x10 ³ μL
NÚMERO DE LINFOCITOS	0.82		1.50	4.00	x10 ³ μL
NÚMERO DE EOSINÓFILOS	0.01		0.04	0.50	x10 ³ μL
NÚMERO DE MONOCITOS	0.31		0.03	0.90	x10 ³ μL
NÚMERO DE BASÓFILOS	0.02		0.00	0.05	x10 ³ μL
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.10		7.90	10.10	fL
ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN MEDIA	16.40		11.50	15.10	%
CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS %	1.10		0	0	%
NÚMERO DE CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS	0.11		0	0	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	2.00	MÉTODO AUTOMATIZADO: FOTOMETRÍA CAPILAR	0.00	20.00	mm /h
DIFERENCIAL MANUAL	MEMO	NEUTRÓFILOS :80% LINFOCITOS :10% EOSINÓFILOS :1% MONOCITOS :4% BASÓFILOS :1% MIELOCITOS :4% HIPOCROMIA ++, POLICROMATOFILIA ++, MACROCITOS ++. CRENOCITOS++ ERITROBLASTOS 6 EN 100 LEUCOCITOS. SE OBSERVA PUNTEADO BASÓFILO EN LOS ERITROCITOS	0	0	
Bacteriólogo(a) FREDY AUGUSTO GUZMAN PANIAGUA					

Consecutivo	1159738	Fecha Gestión	25/02/2020 3:20:56 p. m.	Fecha Publicación	26/02/2020 12:19:35 a. m.		
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
BACILOSCOPIA 3			MEMO	B 500 TIPO DE MUESTRA: ASPIRADO TRAQUEAL NO SE OBSERVAN Bacilos Acido Alcohol Resistentes en 100 campos microscópicos.	0	0	
Bacteriólogo(a)	MARIA JUDITH CASTAÑEDA GOMEZ						

Consecutivo	1159721	Fecha Gestión	25/02/2020 2:55:27 p. m.		Fecha Publicación	25/02/2020 4:16:43 p. m.	
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
KOH			MEMO	ESPECIFICACIONES: ASPIRADO TRAQUEAL SE OBSERVAN BLASTOCONIDIAS Y PSUEDOHIFAS ABUNDANTES.	0	0	
Bacteriólogo(a)		CESAR ALEJANDRO HERRERA IBÁÑEZ					

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CULTIVO AEROBIO / ASPIRADO TRAQUEAL		MEMO	SE OBTUVO CRECIMIENTO DE MÁS DE 100.000 UFC/mL DE POLIMICROBIOTA SIN PREDOMINIO.	0	0	

Bacteriólogo(a)	TATIANA PATRICIA ARANGO CARBONO
------------------------	---------------------------------

Consecutivo	1159720	Fecha Gestión	25/02/2020 2:51:10 p. m.	Fecha Publicación	25/02/2020 4:33:55 p. m.		
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
KOH			MEMO	ESPECIFICACIONES: INGLE NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS MICOTICAS EN LA MUESTRA ANALIZADA.	0	0	
Bacteriólogo(a)	CESAR ALEJANDRO HERRERA IBÁÑEZ						

Consecutivo	1159719	Fecha Gestión	25/02/2020 2:50:38 p. m.		Fecha Publicación	25/02/2020 4:33:24 p. m.	
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
KOH			MEMO	ESPECIFICACIONES: AXILA NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS MICOTICAS EN LA MUESTRA ANALIZADA.	0	0	
Bacteriólogo(a)	CESAR ALEJANDRO HERRERA IBÁÑEZ						

Consecutivo	1159326	Fecha Gestión	25/02/2020 6:26:16 a. m.	Fecha Publicación	25/02/2020 7:06:13 a. m.		
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
NITRÓGENO URÉICO EN SANGRE			68.18	MÉTODO: UREASA CON GLDH, CINÉTICA	9.00	23.00	mg/dL
Bacteriólogo(a)	JOSÉ ALEJANDRO ECHAVARRÍA URIBE						

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CREATININA EN SUERO		2.24	MÉTODO: ENZIMÁTICO OBSERVACIONES: El uso de medicamentos como: fenindiona, dobesilato, cefoxitina, metamizol de sodio, dobutamina y dopamina, puede disminuir falsamente la concentración de creatinina en suero.	0.50	0.80	mg/dL
Bacteriólogo(a)	JOSÉ ALEJANDRO ECHAVARRÍA URIBE					

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
SODIO EN SUERO		158.20	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	135.00	145.00	mmol/L
Bacteriólogo(a)	JOSÉ ALEJANDRO ECHAVARRÍA URIBE					

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
POTASIO EN SUERO		3.71	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	3.40	4.40	mmol/L
Bacteriólogo(a)	JOSÉ ALEJANDRO ECHAVARRÍA URIBE					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CLORO EN SUERO	117.80	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	99.00	109.00	mmol/L

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
PROTEINA C REACTIVA	7.89	MÉTODO: INMUNOTURBIDIMETRÍA	0.00	1.00	mg/dL
Bacteriólogo(a) JOSÉ ALEJANDRO ECHAVARRÍA URIBE					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CALCIO IONIZADO	1.07	TÉCNICA UTILIZADA:ELECTRODO DE IÓN SELECTIVO.	1.12	1.32	mmol/L
Bacteriólogo(a) ANDRES MUÑETON OSPINA					

Perfil	HEMOGRAMA IV				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
NÚMERO DE LEUCOCITOS	12.91		4.50	11.00	x10 ³ μL
NÚMERO DE ERITROCITOS	3.85		4.20	5.40	x10 ⁶ μL
HEMOGLOBINA	9.90		12.00	16.00	g/dL
HEMATOCRITO	30.70		38.00	48.00	%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	79.80		86.00	96.00	fL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	25.70		25.00	31.00	pg
CONCENTRACIÓN MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	32.20		32.00	38.00	g/dL
RECUENTO DE PLAQUETAS	233		150	450	x10 ³ μL
NEUTRÓFILOS PORCENTAJE	85.90		50.00	70.00	%
LINFOCITOS PORCENTAJE	9.30		18.00	42.00	%
EOSINÓFILOS PORCENTAJE	0.20		1.00	3.00	%
MONOCITOS PORCENTAJE	3.30		2.00	11.00	%
BASÓFILOS PORCENTAJE	0.10		0.00	2.00	%
NÚMERO DE NEUTRÓFILOS	11.08		1.50	8.00	x10 ³ μL
NÚMERO DE LINFOCITOS	1.20		1.50	4.00	x10 ³ μL
NÚMERO DE EOSINÓFILOS	0.02		0.04	0.50	x10 ³ μL
NÚMERO DE MONOCITOS	0.43		0.03	0.90	x10 ³ μL
NÚMERO DE BASÓFILOS	0.02		0.00	0.05	x10 ³ μL
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.60		7.90	10.10	fL
ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN MEDIA	16.70		11.50	15.10	%
CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS %	1.20		0	0	%
NÚMERO DE CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS	0.15		0	0	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	3.00	MÉTODO AUTOMATIZADO: FOTOMETRÍA CAPILAR	0.00	20.00	mm /h
DIFERENCIAL MANUAL	MEMO	DIFERENCIAL CONFIRMADO CON EL EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA SE OBSERVA: HIPOCROMIA ++ MICROCITOSIS ++ CRENOCITOS ++	0	0	
Bacteriólogo(a) FRANCISCO EDUARDO PEÑA RIVERA					

Consecutivo	1158623	Fecha Gestión	24/02/2020 6:48:51 a. m.	Fecha Publicación	24/02/2020 4:19:02 p. m.
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
BACILOSCOPIA 2	MEMO	B 500 TIPO DE MUESTRA : ASPIRADO TRAQUEAL. NO SE OBSERVAN BACILOS ACIDO ALCOHOL RESISTENTES EN 100 CAMPOS MICROSCÓPICOS.	0	0	
Bacteriólogo(a) TATIANA PATRICIA ARANGO CARBONO					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
--------	-----------	-------------	-----	-----	------

CULTIVO DE MICOBACTERIAS	MEMO	B500	0	0	
		TIPO DE MUESTRA: ASPIRADO TRAQUEAL			
		NO SE OBTUVO CRECIMIENTO DE MICOBACTERIAS.			
Bacteriólogo(a)	Marta Elena Monsalve Ramirez				

Consecutivo	1158527	Fecha Gestión	24/02/2020 5:05:13 a. m.	Fecha Publicación	24/02/2020 5:28:40 a. m.
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
NITRÓGENO URÉICO EN SANGRE	50.76	MÉTODO: UREASA CON GLDH, CINÉTICA	9.00	23.00	mg/dL
Bacteriólogo(a)	ALINA MARÍA TAMAYO POSADA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CREATININA EN SUERO	1.36	MÉTODO: ENZIMÁTICO	0.50	0.80	mg/dL
		OBSERVACIONES: El uso de medicamentos como: fenindiona, dobesilato, cefoxitina, metamizol de sodio, dobutamina y dopamina, puede disminuir falsamente la concentración de creatinina en suero.			
Bacteriólogo(a)	ALINA MARÍA TAMAYO POSADA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
MAGNESIO EN SUERO	2.11	MÉTODO: AZUL DE XILIDILO	1.30	2.70	mg/dL
Bacteriólogo(a)	ALINA MARÍA TAMAYO POSADA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
SODIO EN SUERO	154.90	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	135.00	145.00	mmol/L
Bacteriólogo(a)	ALINA MARÍA TAMAYO POSADA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
POTASIO EN SUERO	4.19	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	3.40	4.40	mmol/L
Bacteriólogo(a)	ALINA MARÍA TAMAYO POSADA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CLORO EN SUERO	116.20	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	99.00	109.00	mmol/L
Bacteriólogo(a)	ALINA MARÍA TAMAYO POSADA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
PROTEINA C REACTIVA	8.88	MÉTODO: INMUNOTURBIDIMETRÍA	0.00	1.00	mg/dL
Bacteriólogo(a)	ALINA MARÍA TAMAYO POSADA				

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
---------------	------------------	--------------------	------------	------------	-------------

TROPONINA I ULTRASENSIBLE	1175.88	TROPONINA I ULTRASENSIBLE NOTA: Se realizan cambios en la interpretación de los resultados y en las unidades de la Troponina I. El método en uso actualmente es ultrasensible. Cambian las unidades de ng/mL a pg/mL. FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Diciembre 13/2019. TECNICA UTILIZADA : QUIMIOLUMINISCENCIA De acuerdo a las guías Clínicas de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el Síndrome Coronario Agudo sin elevación de ST (NSTEMI-ACS), se recomienda un intervalo de 3 horas para la repetición de la prueba después de la evaluación inicial.	0.00	39.59	pg/mL
Bacteriólogo(a) ALINA MARÍA TAMAYO POSADA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
HIV 1 Y 2 PRESUNTIVA	0.079	INTERPRETACIÓN: Valores de S/CO inferiores a 1.0 se consideran NO REACTIVOS. Valores de S/CO superiores o iguales a 1.00 se consideran REACTIVOS. MÉTODO: QUIMIOLUMINISCENCIA. REACTIVO DE CUARTA GENERACIÓN. Para la detección cualitativa simultánea del antígeno P24 del VIH y de los anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana de tipos 1 y 2 (VIH-1/VIH-2).	0	0	S/CO
Bacteriólogo(a) ALINA MARÍA TAMAYO POSADA					

Perfil	HEMOGRAMA IV				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
NÚMERO DE LEUCOCITOS	13.98		4.50	11.00	$\times 10^3 \mu\text{L}$
NÚMERO DE ERITROCITOS	4.17		4.20	5.40	$\times 10^6 \mu\text{L}$
HEMOGLOBINA	10.70		12.00	16.00	g/dL

HEMATOCRITO	33.10		38.00	48.00	%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	79.20		86.00	96.00	fL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	25.70		25.00	31.00	pg
CONCENTRACIÓN MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	32.50		32.00	38.00	g/dL
RECuento DE PLAQUETAS	205		150	450	x10 ³ µL
NEUTRÓFILOS PORCENTAJE	87.90		50.00	70.00	%
LINFOCITOS PORCENTAJE	6.70		18.00	42.00	%
EOSINÓFILOS PORCENTAJE	0.40		1.00	3.00	%
MONOCITOS PORCENTAJE	3.90		2.00	11.00	%
BASÓFILOS PORCENTAJE	0.00		0.00	2.00	%
NÚMERO DE NEUTRÓFILOS	12.28		1.50	8.00	x10 ³ µL
NÚMERO DE LINFOCITOS	0.93		1.50	4.00	x10 ³ µL
NÚMERO DE EOSINÓFILOS	0.05		0.04	0.50	x10 ³ µL
NÚMERO DE MONOCITOS	0.55		0.03	0.90	x10 ³ µL
NÚMERO DE BASÓFILOS	0.01		0.00	0.05	x10 ³ µL
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	11.00		7.90	10.10	fL
ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN MEDIA	15.60		11.50	15.10	%
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	14.00	MÉTODO AUTOMATIZADO: FOTOMETRÍA CAPILAR	0.00	20.00	mm /h
CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS %	1.10		0	0	%
NÚMERO DE CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS	0.16		0	0	
DIFERENCIAL MANUAL	MEMO	RECuento DIFERENCIAL Y PLAQUETARIO CONFIRMADO CON EL EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	0	0	
Bacteriólogo(a) ISABEL CRISTINA TAMAYO CARLUCCI					

Consecutivo	1158364	Fecha Gestión	24/02/2020 1:28:21 a. m.		Fecha Publicación	25/02/2020 8:57:39 a. m.		
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds	
INFORME PREVIO, MICROBIOLOGIA			MEMO	TAMIZAJE KPC - HISOPADO RECTAL SE OBTUVO CRECIMIENTO DE BACILO GRAMNEGATIVO ENTERICO EN PROCESO DE IDENTIFICACION, ANTIBIOGRAMA Y m-CIM.	0	0		
Bacteriólogo(a)		VICKY GOMEZ LOPEZ						

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
TAMIZAJE KPC Cultivo Hisopado Rectal		A/B	SE OBTUVO CRECIMIENTO DE "Enterobacter aerogenes" RESISTENTE A CARBAPENEMS. m-CIM: POSITIVO NOTA: CLSI 2018 eliminó la prueba de Test de Hodge para la detección de carbapenemasas y propuso el método de inactivación del carbapenémico modificado (m-CIM)	0	0	
Bacteriólogo(a) TATIANA PATRICIA ARANGO CARBONO						

Consecutivo	1158264	Fecha Gestión	23/02/2020 8:11:13 p. m.	Fecha Publicación	24/02/2020 4:18:39 p. m.		
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds

Impreso por: 15374115 - Juan David Bustamante Tejada. Fecha Impresión: 30/11/2021 02:56:05

Pag. 53 de 68

Certificamos que el documento ha sido firmado digitalmente

GHIPS - Software elaborado por Ips Universitaria. Nit 811016192-8

BACILOSCOPIA 1	MEMO	B 500	0	0	
		TIPO DE MUESTRA : ASPIRADO TRAQUEAL.			
		NO SE OBSERVAN BACILOS ACIDO ALCOHOL RESISTENTES EN 100 CAMPOS MICROSCÓPICOS.			
Bacteriólogo(a) TATIANA PATRICIA ARANGO CARBONO					

Consecutivo	1158242	Fecha Gestión	23/02/2020 6:53:40 p. m.	Fecha Publicación	23/02/2020 7:18:17 p. m.		
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
TROPONINA I ULTRASENSIBLE			1346.78	TROPONINA I ULTRASENSIBLE NOTA: Se realizan cambios en la interpretación de los resultados y en las unidades de la Troponina I. El método en uso actualmente es ultrasensible. Cambian las unidades de ng/mL a pg/mL. FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Diciembre 13/2019. TECNICA UTILIZADA : QUIMIOLUMINISCENCIA De acuerdo a las guías Clínicas de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el Síndrome Coronario Agudo sin elevación de ST (NSTEMI-ACS), se recomienda un intervalo de 3 horas para la repetición de la prueba después de la evaluación inicial.	0.00	39.59	pg/mL
Bacteriólogo(a)		ANDRES MUÑETON OSPINA					

Consecutivo	1158227	Fecha Gestión	23/02/2020 5:51:41 p. m.		Fecha Publicación	23/02/2020 5:53:15 p. m.	
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
SODIO EN SUERO			152.80	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	135.00	145.00	mmol/L
Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA						

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
POTASIO EN SUERO		4.05	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	3.40	4.40	mmol/L
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA						

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CLORO EN SUERO		110.80	MÉTODO: IÓN SELECTIVO INDIRECTO	99.00	109.00	mmol/L

Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA
------------------------	--------------------

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
GLUCOSA EN SUERO	366.20	INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA EN SUERO/PLASMA: NEONATOS : 30 - 60 mg/dL INFANTES : 40 - 90 mg/dL MENOR DE 2 AÑOS : 60 A 100 mg/dL GESTANTES: MENOR O IGUAL A 92 mg/dL INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA EN LCR: NIÑOS: 60 - 80 mg/dL ADULTOS: 40 - 60 mg/dL MÉTODO: GLUCOSA HEXOQUINASA	70.00	100.00	mg/dL

Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA
------------------------	--------------------

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
NITRÓGENO URÉICO EN SANGRE	50.32	MÉTODO: UREASA CON GLDH, CINÉTICA	9.00	23.00	mg/dL

Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA
------------------------	--------------------

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CREATININA EN SUERO	1.33	MÉTODO: ENZIMÁTICO OBSERVACIONES: El uso de medicamentos como: fenindiona, dobesilato, cefoxitina, metamizol de sodio, dobutamina y dopamina, puede disminuir falsamente la concentración de creatinina en suero.	0.50	0.80	mg/dL

Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA
------------------------	--------------------

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
ASPARTATO AMINO TRANSFERASA, GOT/ ASAT	369.00	MÉTODO: IFCC MODIFICADO, TRIS BUFFER SIN P5P	0.00	34.00	U/L

Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA
------------------------	--------------------

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
--------	-----------	-------------	-----	-----	------

ALANINO AMINO TRANSFERASA, GPT/ ALAT	421.90	MÉTODO: IFCC MODIFICADO, TRIS BUFFER SIN P5P NOTA IMPORTANTE: La venopunción debe realizarse antes de la administración de: SULFASALACINA: Debido a la posibilidad de obtener resultados falsamente disminuidos.	10.00	49.00	U/L
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
FOSFATASA ALCALINA	90.40	MÉTODO: IFCC MODIFICADO, AMP BUFFER	46.00	116.00	U/L
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
ALBÚMINA EN SUERO	2.49	MÉTODO: UTILIZADO: VERDE DE BROMOCRESOL	3.40	4.80	gr/dL
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
CALCIO EN SUERO	7.29	MÉTODO: ARSENATO III	8.60	10.00	mg/dL
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
FÓSFORO EN SUERO	3.92	MÉTODO: FOSFOMOLIBDATO UV	2.40	5.10	mg/dL
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
MAGNESIO EN SUERO	2.01	MÉTODO: AZUL DE XILIDILO	1.30	2.70	mg/dL
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
PROTEINA C REACTIVA	5.31	MÉTODO: INMUNOTURBIDIMETRÍA	0.00	1.00	mg/dL
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
--------	-----------	-------------	-----	-----	------

HEMOGLOBINA GLICOSILADA	10.91	MÉTODO: ENZIMÁTICO OBSERVACIONES: Se cambia método de medida. El nuevo método fue comparado frente al anterior (precisión, sesgo) con resultados satisfactorios. No hay cambios en los intervalos biológicos de referencia dado que se continúan validando resultados frente a los criterios de la Asociación Americana de Diabetes. FECHA DE MODIFICACIÓN: Diciembre 17/2019.	4.00	6.00	%
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
TSH/HORMONA TIROESTIMULANTE	0.229	MÉTODO: QUIMIOLUMINISCENCIA OBSERVACIONES: Se anexan intervalos biológicos de referencia para población pediátrica. Estos últimos son suministrados por el fabricante luego de realizar estudios para este fin en el tipo de población citada. FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Octubre 31/2019. El resultado está dado con 3 cifras decimales. El punto en el informe de resultados indica decimales no miles.	0.550	4.780	uIU/mL
Bacteriólogo(a) JULIAN MESA SIERRA					

Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
FIBRINOGENO	219.54	TÉCNICA UTILIZADA: MÉTODO DE CLAUSS	170.00	420.00	mg/dL
Bacteriólogo(a) FREDY AUGUSTO GUZMAN PANIAGUA					

Perfil	BILIRRUBINAS				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
BILIRRUBINA TOTAL	0.86	MÉTODO: OXIDACIÓN POR VANADATO (A BILIVERDINA)	0.30	1.20	mg/dL
BILIRRUBINA DIRECTA	0.49	MÉTODO: OXIDACIÓN POR VANADATO (A BILIVERDINA)	0.00	0.20	mg/dL
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.37		0.00	0.60	mg/dL

Bacteriólogo(a)	JULIAN MESA SIERRA				
Perfil	HEMOGRAMA IV				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
DIFERENCIAL MANUAL	MEMO	RECuento DIFERENCIAL Y PLAQUETARIO CONFIRMADO CON EL EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	0	0	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	10.00	MÉTODO AUTOMATIZADO: FOTOMETRÍA CAPILAR	0.00	20.00	mm /h
NÚMERO DE CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS	0.12		0	0	
CÉLULAS GRANDES NO TEÑIDAS %	0.80		0	0	%
ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN MEDIA	16.30		11.50	15.10	%
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.90		7.90	10.10	fL
NÚMERO DE BASÓFILOS	0.03		0.00	0.05	x10 ³ µL
NÚMERO DE MONOCITOS	0.41		0.03	0.90	x10 ³ µL
NÚMERO DE EOSINÓFILOS	0.02		0.04	0.50	x10 ³ µL
NÚMERO DE LINFOCITOS	0.83		1.50	4.00	x10 ³ µL
NÚMERO DE NEUTRÓFILOS	13.45		1.50	8.00	x10 ³ µL
BASÓFILOS PORCENTAJE	0.20		0.00	2.00	%
MONOCITOS PORCENTAJE	2.70		2.00	11.00	%
EOSINÓFILOS PORCENTAJE	0.10		1.00	3.00	%
LINFOCITOS PORCENTAJE	5.60		18.00	42.00	%
NEUTRÓFILOS PORCENTAJE	90.60		50.00	70.00	%
RECuento DE PLAQUETAS	159		150	450	x10 ³ µL
CONCENTRACIÓN MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	33.40		32.00	38.00	g/dL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	26.30		25.00	31.00	pg
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	78.70		86.00	96.00	fL
HEMATOCRITO	33.40		38.00	48.00	%
HEMOGLOBINA	11.20		12.00	16.00	g/dL
NÚMERO DE ERITROCITOS	4.25		4.20	5.40	x10 ⁶ µL
NÚMERO DE LEUCOCITOS	14.85		4.50	11.00	x10 ³ µL
Bacteriólogo(a)	ISABEL CRISTINA TAMAYO CARLUCCI				

Perfil	TIEMPO DE PROTROMBINA TP				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
TIEMPO DE PROTROMBINA.	13.5	TÉCNICA UTILIZADA: COAGULOMETRÍA (Método Óptico) A partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
TP CONTROL	10.9	Se realiza cambio en el valor del dato control por modificación de la media poblacional ya que a partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
INR	1.26		0	0	
Bacteriólogo(a)	FREDY AUGUSTO GUZMAN PANIAGUA				

Perfil	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP				
Exámen	Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA.	30.0	TÉCNICA UTILIZADA: COAGULOMETRÍA (Método Óptico) A partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
TPT CONTROL	27.7	Se realiza cambio en el valor del dato control por modificación de la media poblacional ya que a partir del 5 de Marzo de 2018, la tecnología de medición ha cambiado.	0	0	seg
Bacteriólogo(a) FREDY AUGUSTO GUZMAN PANIAGUA					

Consecutivo	1158219	Fecha Gestión	23/02/2020 5:40:44 p. m.	Fecha Publicación	23/02/2020 6:46:35 p. m.		
Perfil		UROANÁLISIS					
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
COLOR			AMARI.OSC		Amarillo	0.	
ASPECTO			Turbia		Transparente	0.	
DENSIDAD			1.033		1.000	1.030	g/dL
pH			5.0		5.0	6.0	
LEUCOCITOS EN ORINA			Negativo		Negativo	0.	leu/ul
NITRITOS			Negativo	La detección cualitativa de nitritos puede afectarse cuando existan colores intensos en la orina (rojo amarillo o ámbar) así como también por ingesta de ciertos alimentos que contengan nitratos /nitritos dando positivos sin que exista infección del tracto urogenital.	Negativo	0.	
PROTEINAS EN ORINA			100		Negativo	0.	mg/dL
GLUCOSA EN ORINA			>=1000		0	0	mg/dL
CUERPOS CETONICOS			Indicio		Negativo	0.	mg/dL
UROBILINOGENO			1.0	Intervalo biológico de referencia: Menor de 1.0 E.U/dL Se cambian las unidades e intervalo biológico de referencia por cambio de Tecnología	0	0	E.U/dL
BILIRRUBINAS EN ORINAS			Negativo		Negativo	0.	
SANGRE EN ORINA			Apr 80	Significado cuando aparece NHT = Trazas	Negativo	0.	Ery/ul

SEDIMENTO URINARIO	MEMO	OBSERVACIONES: AP: Alto Poder BP: Bajo poder TC: Toda la Cámara LEUCOCITOS 3-5 AP HEMATIES 20-30 AP BLASTOCONIDIAS CANTIDAD ABUNDANTE CELULAS DE TRANSICION CANTIDAD ESCASA CILINDROS GRANULOSOS 5-10 BP BACTERIAS CANTIDAD ESCASA	0	0	
Bacteriólogo(a) FREDY AUGUSTO GUZMAN PANIAGUA					

Consecutivo	1158217	Fecha Gestión	23/02/2020 5:37:47 p. m.		Fecha Publicación	25/02/2020 8:13:41 a. m.	
Exámen			Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
INFORME PREVIO No 1			MEMO	3 MUESTRA(S) DE HEMOCULTIVO NEGATIVA(S) A LA FECHA: 25/FEBRERO/2020	0	0	
Bacteriólogo(a)		CESAR ALEJANDRO HERRERA IBÁÑEZ					

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
INFORME PREVIO No 2		MEMO	3 MUESTRA(S) DE HEMOCULTIVO NEGATIVA(S) A LA FECHA: 26/FEBRERO/2020	0	0	
Bacteriólogo(a)	TATIANA PATRICIA ARANGO CARBONO					

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
INFORME PREVIO No 3		MEMO	3 MUESTRA(S) DE HEMOCULTIVO NEGATIVA(S) A LA FECHA: 27/FEBRERO/2020	0	0	
Bacteriólogo(a)	TATIANA PATRICIA ARANGO CARBONO					

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
HEMOCULTIVO N 1		MEMO	NO SE OBTUVO CRECIMIENTO BACTERIANO DE AEROBIOS. VENA CUBITAL SUBCLAVIA IZQUIERDA.	0	0	
Bacteriólogo(a)	VICKY GOMEZ LOPEZ					

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
HEMOCULTIVO N 2		MEMO	NO SE OBTUVO CRECIMIENTO BACTERIANO DE AEROBIOS. ARTERIA RADIAL DERECHA.	0	0	
Bacteriólogo(a)	VICKY GOMEZ LOPEZ					

Exámen		Resultado	Comentarios	Min	Max	Unds
---------------	--	------------------	--------------------	------------	------------	-------------

HEMOCULTIVO N 3	MEMO	NO SE OBTUVO CRECIMIENTO BACTERIANO DE AEROBIOS. CATETER VENOSO CENTRAL. SUBCLAVIO DERECHO.	0	0	
Bacteriólogo(a)	VICKY GOMEZ LOPEZ				



INFORME AYUDAS DIAGNOSTICAS

Paciente	DISLEYNER MORENO ZUÑIGA	NroIdentificacion	35600143
IdAtencion	5180819	NroIngreso	3332731
FechaAtencion	23/02/2020 2:24:57 p. m.	Telefono	6721908
Diagnostico	J189 - NEUMONIA NO ESPECIFICADA	Ubicacion	UCI501
Sede	CLINICA LEON XIII	Edad	46 Años
DatosSede	Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300 Antioquia - Medellín	GrupoSanguineo	A +

ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION

FechaCita	27 Feb 2020 13:50	FechaPublicacion	09 Mar 2020 12:17
Fecha Solicitud	27 Feb 2020 12:34		
Informe	LAVADO BRONCOALVEOLAR		
Conclusiones	CASO N° 20-01956 MORENO ZUÑIGA, DISLEYNER Ver informe previo del caso N° 20-01955 de esta institución.		
Especialista	CC 15433932 Harold Adrian Davila Giraldo Esp. Patologia Reg. 5-1691-98		
Especialidad	Patologia		
Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 9964266C571EA024D5EFAF52ED08A286		



INFORME AYUDAS DIAGNOSTICAS

Paciente	DISLEYNER MORENO ZUÑIGA	NroIdentificacion	35600143
IdAtencion	5180819	NroIngreso	3332731
FechaAtencion	23/02/2020 2:24:57 p. m.	Telefono	6721908
Diagnostico	J189 - NEUMONIA NO ESPECIFICADA	Ubicacion	UCI501
Sede	CLINICA LEON XIII	Edad	46 Años
DatosSede	Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300 Antioquia - Medellín	GrupoSanguineo	A +

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO (Portatiles sin fluoroscopia e intensificador de Imagen)

FechaCita	24 Feb 2020 09:55	FechaPublicacion	24 Feb 2020 11:55
Fecha Solicitud	23 Feb 2020 14:36		
Informe	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO (Portatiles sin fluoroscopia e intensificador de Imagen)		
Conclusiones	CARDIOPATÍA DILATADA DE ORIGEN POR ESCLARECER DISFUNCIÓN SISTODIASTÓLICA INSUFICIENCIA VALVULAR MITRAL MODERADA HIPERTENSIÓN PULMONAR LEVE		
Especialista	CC 15042750 Manuel Coronado Hoyos Esp. Reg. 9936-88		
Especialidad	Cardiología		
Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia M.N. 9936/88		



INFORME AYUDAS DIAGNOSTICAS

Paciente	DISLEYNER MORENO ZUÑIGA	NroIdentificacion	35600143
IdAtencion	5180819	NroIngreso	3332731
FechaAtencion	23/02/2020 2:24:57 p. m.	Telefono	6721908
Diagnostico	J189 - NEUMONIA NO ESPECIFICADA	Ubicacion	UCI501
Sede	CLINICA LEON XIII	Edad	46 Años
DatosSede	Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300 Antioquia - Medellín	GrupoSanguineo	A +

TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX (Contrastado)

FechaCita	24 Feb 2020 16:15	FechaPublicacion	26 Feb 2020 12:25
Fecha Solicitud	23 Feb 2020 20:06		
Informe	Tecnica: ESTUDIO: TAC DE TORAX CONTRASTADO TECNICA: Con tomógrafo multicorte se realizo tomografia de tórax posterior a la administración de contraste iodado no iónico intravenoso (120cc Optiray) a través de (conector de baja presión), el cual es bien tolerado por el paciente, observando: Peso: 67 KG(S) HALLAZGOS: Tomografía contrastada de tórax. Indicación: sin datos clínicos en la orden de remisión. Hallazgos: Glándula tiroidea disminuida de tamaño, por posible cambios atróficos. No se definen lesiones focales ni difusas. Tráquea centrada sin lesiones endoluminales. Se identifica tubo endotraqueal con extremo distal a 3,2 cm por encima de la carina. En el mediastino no se identifican masas, quistes ni adenopatías. Catéter subclavio izquierdo con extremo distal en la unión cavo-atrial. Aumento del índice cardiorácico a expensas de cavidades izquierdas por cardiomegalia. Pericardio sin alteraciones. La arteria pulmonar presenta aumento en su diámetro previo a su 1ª bifurcación, donde mide 33 mm, hallazgo en relación a algún grado de hipertensión pulmonar. No es posible valorar la luz de esta, dada la adquisición en fase arterial. La aorta es de calibre y trayecto normal. No se identifican defectos en su interior ni cambios inflamatorios de la pared. Expansión simétrica pulmonar bilateral. Se identifican múltiples opacidades con ocupación alveolar, comprometiendo el lóbulo superior, lóbulo medio y lóbulo inferior en el lado derecho y la lingula y lóbulo inferior en el lado izquierdo, asociado a áreas parcheadas de vidrio esmerilado en relación a compromiso inflamatorio-infeccioso, de probable origen bacteriano. No se identifican nódulos ni masas sospechosas de compromiso neoplásico primario metastásico.		
Informe	No hay derrame ni engrosamiento pleural patológico. No hay signos de neumotórax. Disminución generalizada de la densidad hepática por infiltración grasa difusa. No se definen lesiones focales. Se aprecia captación heterogénea del medio de contraste por posible trastorno de la perfusión. Aumento en la densidad de la grasa de la pared abdominal en el tórax y en la pared abdominal como signos de sobrecarga hídrica. No se aprecian colecciones, nódulos ni masas en los tejidos blandos. Huesos sin lesiones liticas ni blásticas.		
Conclusiones	Proceso inflamatorio-infeccioso de probable origen bacteriano multilobar. Esteatosis hepática difusa. Signos indirectos de hipertensión pulmonar. Cardiomegalia. Ver hallazgos.		

Especialista CC 43152431 Sandra Paola Arango Mesa Esp. Especialista en Radiología Reg. 05-2140-04

Impreso por: 1001110 Juan David Bustamante Tejada. Fecha Impresión: 30/11/2021 02:38:03

Pag. 64 de 68

Certificamos que el documento ha sido firmado digitalmente

GHIPS - Software elaborado por Ips Universitaria. Nit 811016192-8

Especialidad	Especialista en Radiología
Firma	



INFORME AYUDAS DIAGNOSTICAS

Paciente	DISLEYNER MORENO ZUÑIGA	NroIdentificacion	35600143
IdAtencion	5180819	NroIngreso	3332731
FechaAtencion	23/02/2020 2:24:57 p. m.	Telefono	6721908
Diagnostico	J189 - NEUMONIA NO ESPECIFICADA	Ubicacion	UCI501
Sede	CLINICA LEON XIII	Edad	46 Años
DatosSede	Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300 Antioquia - Medellín	GrupoSanguineo	A +

ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION

FechaCita	27 Feb 2020 13:50	FechaPublicacion	03 Mar 2020 12:04
Fecha Solicitud	27 Feb 2020 12:34		
Informe	LAVADO BRONCOALVEOLAR		
Conclusiones	CASO N° 20-01955 MORENO ZUÑIGA, DISLEYNER En recipiente rotulado como lavado broncoalveolar, se reciben 25cc de líquido claro espeso de aspecto mucoide. Se procesa por citocentrífuga en extendido. Dm		
Especialista	CC 15433932 Harold Adrian Davila Giraldo Esp. Patología Reg. 5-1691-98		
Especialidad	Patología		
Firma	 "IPS UNIVERSITARIA" Servicios de Salud Universidad de Antioquia 9964266C571EA024D5EFAF52ED08A286		



INFORME AYUDAS DIAGNOSTICAS			
Paciente	DISLEYNER MORENO ZUÑIGA	NroIdentificacion	35600143
IdAtencion	5180819	NroIngreso	3332731
FechaAtencion	23/02/2020 2:24:57 p. m.	Telefono	6721908
Diagnostico	J189 - NEUMONIA NO ESPECIFICADA	Ubicacion	UCI501
Sede	CLINICA LEON XIII	Edad	46 Años
DatosSede	Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300 Antioquia - Medellín	GrupoSanguineo	A +

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) CON O SIN BIOPSIA			
FechaCita	27 Feb 2020 16:00	FechaPublicacion	27 Feb 2020 17:17
Fecha Solicitud	26 Feb 2020 21:19		
Informe	PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE EXPLICAN LOS RIESGOS Y BENEFICIOS. ACEPTA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO INDICACIÓN: HDS MEDICACIÓN: LIDOCAINA EN SPRAY ESOFAGOSCOPIA: BAJO VISIÓN DIRECTA SE AVANZA EL EQUIPO. MUCOSA, CALIBRE Y PERISTALTISMO NORMALES. LÍNEA Z MAL DEFINIDA A LOS 37 CMS., CON ERITEMA, FIBRINA Y HEMATINA, CON LACERACIÓN LONGITUDINAL, POR Sonda OROGÁSTRICA. GASTROSCOPIA: LAGO HEMÁTICO OSCURO. PLIEGUES FÚNDICOS Y RETROVISIÓN ADECUADOS. CUERPO SANO CON PAREDES ELÁSTICAS Y BUEN PERISTALTISMO. ANTRO CONGESTIVO, SIN ÚLCERA ACTIVA. BXS. PÍLORO PERMEABLE. DUODENOSCOPIA: BULBO HIPERÉMICO. SEGUNDA PORCION CON LESIONES EROSIVAS PUNTIFORMES, CON HEMATINA OSCURA.		
Conclusiones	ESOFAGITIS MECÁNICA TRAUMÁTICA SEVERA. ANTRITIS LEVE. BXS. DUODENITIS EROSIVA HEMORRÁGICA MODERADA.		
Especialista	CC 71602586 Santiago Sierra Rodriguez Esp. Cirugia Endoscopia Reg. 6374-87		
Especialidad	Cirugia Endoscopia		
Firma	 C948C42872CE4007B9F5345D4ED2F395		



INFORME AYUDAS DIAGNOSTICAS

Paciente	DISLEYNER MORENO ZUÑIGA	NroIdentificacion	35600143
IdAtencion	5180819	NroIngreso	3332731
FechaAtencion	23/02/2020 2:24:57 p. m.	Telefono	6721908
Diagnostico	J189 - NEUMONIA NO ESPECIFICADA	Ubicacion	UCI501
Sede	CLINICA LEON XIII	Edad	46 Años
DatosSede	Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300 Antioquia - Medellín	GrupoSanguineo	A +

ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA

FechaCita	28 Feb 2020 12:48	FechaPublicacion	04 Mar 2020 16:07
Fecha Solicitud	27 Feb 2020 16:34		
Informe	ANTRO		
Conclusiones	CASO N° 20-02002 MORENO ZUÑIGA, DISLEYNER En recipiente rotulado como antro, se recibe 1 fragmento laminar de tejido blando color crema de 0.5cm. Se procesa todo. Dm		
Especialista	CC 70092000 German De Jesus Osorio Sandoval Esp. Patologia Reg. 9854/84		
Especialidad	Patologia		
Firma	 IPS UNIVERSITARIA Servicios de Salud Universidad de Antioquia		



"IPS UNIVERSITARIA"
Servicios de Salud
Universidad de Antioquia

FORMATO EVOLUCION

Sede	CLINICA LEON XIII	Datos_Sede	Calle 69 No. 51C-24 - Teléfono: 516 7300
Paciente	DISLEYNER MORENO ZUÑIGA	NroIdentificacion	35600143
FechaNacimiento	9/09/1973 12:00:00 a.m.	Telefono	3136892264
NroIngreso	5907308	Diagnostico	S661 - TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO DEDO A NIVEL DE LA MUNECA Y DE LA MANO
Ubicacion	B 5 P 5 Cama CE - Consulta Externa	Aseguradora	

Fecha	04/06/2009
Dx Principal	S661 Diagnostico Repetido Presuntivo
Dx Relacionado 3	
Evolucion	REFIERE HACE 1 AÑO LESION EN MANO IZQUIERDA, CON MACHETE. DESDE ENTONCES INCAPACIDAD PARA FLEXIONAR EL 5º DEDO EF: CICATRIZ EN REGION DISTAL PALMAR ULNAR NO HAY FLEXION ACTIVA: NO DE PROFUNDO NI DE SUPERFICIAL. NEUROVASCULAR: BUENA PERFUSION. SENSIBILIDAD: HIPOESTESIA CARA ULNAR DE 5º DEDO. IDX: LESION DE FLEXORES DE 5º DEDO EN ZONA II LESION N. DIGITAL ULNAR DE 5º DEDO SE LE EXPLICA LA PACIENTE EL PROCEDIMIENTO QUE DEBE SER HECHO. LA PACIENTE ES CONSCIENTE (Y REFIERE QUE YA LE HABIA SIDO EXPLICADO POR OTRO ESPECIALISTA) ES IMPORTANTE, EN ESTE CASO, QUE SEA REALIZADA TERAPIA FISICA ADECUADA POST CIRUGIA.
Conducta a Seguir	PROGRAMACION
Admision	Ambulatorio
Funcionario	CC 98543666 Cesar Posada 5848-93 Ortopedia
Firma	 CESAR AUGUSTO POSADA SALAZAR C.C. 98.543.656 - REG. 5848-93 ORTOPEDIA