



RV: RADICACION: 2024-632-DICTAMEN PERCIAL MEDICO

Desde Juzgado 03 Civil Municipal - Valle del Cauca - Cali <j03cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Fecha Jue 13/03/2025 16:25

Para Julian Andres Molano Garcia <jmolanoo@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 2 archivos adjuntos (9 MB)

RADICADO 2024-632-ALLEGRO DICTAMEN PERICIAL MEDICO.pdf; Outlook-yv0ymhfh.png;

De: john gene ortega vasquez <ortegavjg@hotmail.com>

Enviados: jueves, 13 de marzo de 2025 4:25:32 p. m. (UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito, Rio Branco

Para: Juzgado 03 Civil Municipal - Valle del Cauca - Cali <j03cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: RADICACION: 2024-632-DICTAMEN PERCIAL MEDICO

Señora

JUEZ TERCERA CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE CALI

E.S.D.

REF:
CONTRACTUAL

VERBAL SUMARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

DEMANDANTE: **LEONARDO LOZANO LOZANO**

DEMANDADA: **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**

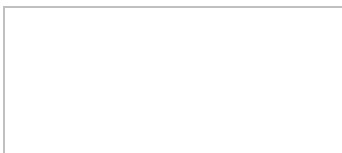
RADICACION: **2024-632**

Cordial saludo

Adjunto envió escrito en asunto

Cordialmente

John Gene Ortega Vasquez
Consultor



Cel: 3128376714

Teléfono: 3923317

Carrera 5 No. 12-16 Oficina 1002 Edificio Suramericana

Cali - Colombia

john.ortega@inteleg.com

www.inteleg.com

Señora
JUEZ TERCERA CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE CALI
E.S.D.

REF: **VERBAL SUMARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL**

DEMANDANTE: **LEONARDO LOZANO LOZANO**

DEMANDADA: **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**

RADICACION: **2024-632**

JOHN GENE ORTEGA VASQUEZ, de condiciones civiles conocidas por la señora juez y en mi calidad de apoderado judicial de la parte actora, por medio del presente escrito me permito allegar dictamen médico pericial, en cumplimiento al auto del 11 de febrero de 2025.

De la Señora Juez, Atentamente,



JOHN GENE ORTEGA VASQUEZ
C.C. N° 94.268.579 de Restrepo (V)
T.P. N° 168.329 del C.S de la J.

DICTAMEN PERICIAL

Información del paciente: Leonardo Lozano Lozano

Género: Masculino

C.C. No. 16.453.269

Fecha de nacimiento: 12/01/1973

Dirección: carrera 6 No: 1-24 Barrio Belalcázar Yumbo (Valle)

Teléfono de contacto: 317-8455799

Edad: 52 años un mes

Fecha del dictamen: marzo 12 de 2025

OBJETIVO DEL DICTAMEN:

Esclarecer el diagnóstico definitivo del paciente Leonardo Lozano Lozano, evaluando las condiciones fisiopatológicas y físico clínicas presentadas desde el día 31 de mayo de 2023 en que ingresa a la sección de urgencias del Hospital Buena Esperanza de Yumbo y la posterior evolución natural de su enfermedad, acorde a la información aportada tanto en ese hospital como en las diferentes entidades de salud donde se le prestó atención por el evento cardíaco mencionado.

ANTECEDENTES MEDICOS

Ya descritos en el concepto técnico médico el cual se anexa, pero que se resume en lo siguiente: Antecedentes Patológicos personales: Tumor de células pardas en tibia izquierda, adenoma paratiroideo inferior izquierdo resecado, paratiroidismo en suplencia con calcio y el que principalmente compete al caso, dolor torácico en estudio, taquiarritmia fibrilación ventricular Infarto agudo de miocardio. Quirúrgicos: Herniorrafia inguinal izquierda, vasectomía, turbino plastia, amigdalectomía, osteosíntesis de húmero izquierdo tenorrafia más neurografía de segundo dedo mano izquierda. Inmunológicos: Vacuna contra el Covid 19 (2 dosis de Sinovac).

ASPECTOS MÉDICO – TÉCNICOS

Considerados en el dictamen pericial como son: Atenciones médicas especializadas en la unidad de cuidados intensivos, consignados en la historia clínica del 03-06 del 2023, coronariografía realizada el 02-06 de 2023, concepto de electro fisiología en la Clínica Imbanaco por parte del Dr. Andrés Ramiro Gómez Valencia, valores e indicadores cardíacos de laboratorio, informe de cambios electro cardiográficos (2 de junio de 2023) eco trans torácico (01-06-2023) informe del Dr. Wikler Bernal Torres especialista en medicina interna y cardiología (03-10-2024), información sobre cateterismo coronario, bio marcadores francamente positivos y la mayor parte de los estudios utilizando unos criterios amplios, evaluando toda la información clínica y otros conceptos específicos

INFORMACION MÉDICA:

Obtenida de los soportes documentales aportados en las historias clínicas del hospital Buena Esperanza de Yumbo, la Clínica Imbanaco de Cali desde la fecha 31 de mayo de 2023 y el especialista en Cardiología y medicina interna Dr. Wikler Bernal Torres. Paciente atendido por presentar dolor intenso precordial, palpitaciones dificultad respiratoria, hipotensión y descompensación cardio pulmonar con evidencia de taquiarritmia y diagnóstico inicial de dolor torácico con alto riesgo cardiovascular, Infarto del miocardio sin elevación del ST, tensión arterial elevada, marcadores cardíacos elevados troponinas

positivas, cateterismo coronario con puente muscular en la arteria descendente anterior documentándose injuria miocárdica e Isquemia silente del miocardio.

ANÁLISIS DE LA INFORMACION MEDICA, HISTORIAS CLINICAS Y ANTECEDENTES

Se trata de paciente quien cursó sintomatología atribuible a isquemia (déficit de oxigenación del músculo cardiaco), presentando injuria miocárdica documentada por diversos especialistas en cardiología, electro fisiología y cuidados intensivos con marcadores cardiacos francamente positivos, arritmogénesis asociada con la isquemia miocárdica aguda, debiéndose considerar infarto de miocardio tipo 2 que puede ser secundario a la disminución del riego sanguíneo ocasionado por mayor demanda de oxígeno del musculo cardiaco o por disminución del aporte derivado de la arritmia en un contexto acorde a la sintomatología y signos presentados por el paciente, con aumento o no de los marcadores cardiacos que evidencian un desequilibrio entre el suministro de oxígeno al músculo del corazón con cuadro clínico bien documentado a través de las historias aportadas, exámenes realizados y manifestaciones física clínicas que evidencian claramente el tipo de infarto presentado por este paciente.

CONCLUSIONES DEL DICTAMEN

1. El paciente cursó con sintomatología atribuible a la producida por una isquemia cardiaca (IAM sin elevación del ST con bio marcadores francamente positivos)
2. Los estudios clínicos, para clínicos, exámenes y valoraciones especializadas realizados al paciente, evidencian patología isquémica que no obstante a evidenciarse en coronariografía, coronarias sin lesiones obstructivas significativas y puente muscular en descendiente anterior(ADA) presentó claramente una injuria miocárdica (Infarto del miocardio).
3. Los exámenes electrocardiográficos y de laboratorio realizados confirmaron compromiso de la oxigenación del musculo cardiaco.
4. Los factores de arritmogénesis asociados con isquemia miocárdica aguda, relacionan ampliamente la fibrilación ventricular (FV aceleración del ritmo cardiaco) y la isquemia miocárdica haciéndolas inseparables
5. El paciente presentó más de un criterio clínico compatible con isquemia miocárdica (Infarto del miocardio tipo 2) secundaria al desequilibrio entre la relación aporte/consumo de oxígeno del miocardio como fue el aumento de la frecuencia cardiaca (taquiarritmia que evidentemente presentó el paciente), cateterismo cardiaco en el que se documentó puente muscular en la arteria coronaria descendente anterior comprometiendo la luz en sístole en un 99% lo cual evidentemente produjo un espasmo coronario manifestándose esto en el dolor torácico y las troponinas positivas .El infarto agudo de miocardio tipo 2 (IAM-2) tiene lugar en casos de lesión con necrosis con una condición diferente a la enfermedad arterial coronaria como en el caso que nos compete las taquiarritmias y/o bradiarritmias asociadas al dolor precordial.

DOCUMENTACIÓN UTILIZADA

-Soportes documentales de historias clínicas, exámenes clínicos, paraclínicos y conceptos especializados consignados en el dictamen realizado, revisiones bibliográficas como las siguientes: Revisión JAAC tema de la semana, Infarto de miocardio tipo 2 Yader Sandoval, MD, a Allan S. Jaffe, MD a,b. - Revista internacional de Cardiología volumen 119, número 3,31 de julio de 2007, páginas 283-290

METODOLOGÍA UTILIZADA

Medicina basada en la evidencia (MBE) aplicada a la práctica clínica, evaluando sistemáticamente los fundamentos científicos con base a la evolución natural de la enfermedad y las diferentes manifestaciones en sus órganos, aparatos y sistemas, se confronta este método, partiendo del interrogante específico. ¿Qué tipo de Patología cardíaca se suscitó en el paciente? documentándonos así de las evidencias aportadas en cada una de las historias clínicas, en combinación con las conductas y tratamientos llevados a cabo por los diferentes profesionales y entidades de salud

IDENTIFICACIÓN DEL PERITO

Médico egresado de la Universidad Central de Quito Ecuador el 23 de septiembre de 1.993, Magister en Salud ocupacional de la Universidad del Valle el 16 de abril de 2011, Diplomado en calificación de la pérdida de la capacidad laboral Universidad del Rosario Bogotá, abril de 2016 a Septiembre de 2016, primer simposio de dolor crónico de alta complejidad enfoque clínico y terapéutico febrero 6 de 2015 Cali Valle del cauca, Actualización en urgencias y reanimación cardio pulmonar, Salamandra Abril de 2014. Me permito manifestar además de mi trayectoria académica mi experticia laboral, la cual ha sido desempeñada en diferentes entidades y servicios de atención como Urgencias, consulta externa, atención domiciliaria y de pacientes terminales, salud ocupacional y Medicina laboral en entidades privadas y el antiguo seguro social, como también apoyando el área jurídica y de capacitación en Medicina del trabajo a diferentes entidades prestadoras de salud, principalmente en los Departamentos del Cauca y Valle del cauca por cerca de 30 años

DECLARACIONES

Declaro que no me encuentro incurso en ninguna causal, y, manifiesto bajo juramento que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional.

Me permito declarar que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas para la presente peritación de instancia de parte, no difieren respecto de los que he utilizado en los peritajes anteriormente rendidos para asuntos similares de acuerdo al objeto de investigación.

Me permito declarar que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas para la presente peritación de instancia de parte no difieren respecto de los que he utilizado en el ejercicio regular de mi profesión u oficio.

Declaro que en los últimos cuatro años se ha requerido de mi experticia para peritazgo médico técnico ocupacional, laboral y de orden clínico con empresas, trabajadores y particulares.

Dr. Alexis Enrique Díaz Hernández
RM: 760961-RMSO:0632-05-08-22
CC No. 14.885.368
Cel: 3016234917

Alexis E. Díaz Hernández
MD. CIRUJANO
Magister, Salud Ocupacional
RM 760961 - 0632-05-08-22

Dirección: Manzana 12 Casa 12 EL Jardín II Etapa Pereira (R)
e-mail: alexisdiaz0208@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

16.453.269

NUMERO

LOZANO LOZANO

APELLIDOS

LEONARDO

NOMBRES

Leonardo Lozano L.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

YUMBO
(VALLE)

12-ENE-1971

LUGAR DE NACIMIENTO

1.81

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

26-JUL-1989 YUMBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENDIFO LOPEZ



A-3112100-65110343-M-0016453269-20030826

0431603238A 02 137897454

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 1 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: LOZANO LOZANO LEONARDO (No Interno: 201.547)

Identificación del Paciente

Paciente LOZANO LOZANO LEONARDO	Doc. de identificación CC 16453269		
Fecha de Nacimiento 12-enero-1971	Edad 52 Años 4 Meses 23 Días	Sexo Masculino	Grupo Sanguíneo
Estado Civil	Ocupación		
Teléfono 3136191640 Celular 3104749393			
Dirección CALLE 1 # 2 -16 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA			
Responsable CRISTINA MOSCA FRADES			

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio	
Fecha y hora de Ingreso 02-jun.-2023 0:09	Fecha y hora de Atención 02-jun.-2023 0:10
El paciente se moviliza por sus propios medios? No	Medio de transporte
Estado de Llegada Alerta	Procedencia Urgencias
Llegó remitido de	

Causa de Consulta y Anamnesis

Causa del evento: **"POR UN DOLOR EN EL PECHO"**

Fecha de ocurrencia: **02/06/2023 00:08** Tiempo de evolución: **10 Minutos** Tipo de evento: **Enfermedad General**

Tipo consulta PyP: Sitio de ocurrencia: **DOMICILIO**

Enfermedad Actual - (Anamnesis)

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL, HIPERPATIROIDISMO PRIMARIO CON HISTORIA DE RESECCION QUIRÚRGICA. INGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS-CI (31/05/2023) RECIBIO ATENCION INICIAL EN EL HOSPITAL DE YUMBO, POR CUADRO CLINICO DE DOLOR TORÁCICO (31/05/2023) PRECORDIAL, OPRESIVO, ASOCIADO A SENSACIÓN DE DISNEA Y MAREO, NO IRRADIADO. LO ENCUENTRAN TAQUICARDICO, DESATURADO, MANIFESTANDO DOLOR AGUDO, EKG MUESTRO TV, DAN MANEJO CON AMIODARONA PRESENTANDO RESOLUCIÓN DEL CUADRO Y REMITEN. AL INGRESO TROPONINAS FRANCAMENTE POSITIVAS (0.544 ; 0.530), ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS, AZOADOS ELEVADOS. INICIAN MANEJO CON ANTI-HTA ORALES, DAN CARGA ANTI-ISQUEMICA (ATORVASTATINA) Y DAN CARGA DE ANTIAGREGANTES (ASA, CLOPIDOGREL). PACIENTE CON CRITERIOS DE INCLUSION PARA CONTINUAR MANEJO INTEGRAL EN UCI DE EVENTO CORONARIO AGUDO, REQUERIMIENTO DE MONITORIA HEMODINAMICA Y ELECTROCARDIOGRAFICA PERMANENTE, RIESGO DE CURSAR CON ARRITMIA VENTRICULAR COLAPSANTE, EN PREPARACION PARA ESTRATIFICACION INVASIVA CON CATETERISMO CARDIACO, SEGUIMIENTO CONJUNTO CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA HEMIDAMICA Y NEFROLOGIA.

OTROS ANTECEDENTES:

- ALERGICOS: NEGATIVO
- QUIRURGICOS: OTS QX DE FRACTURA DE HUMERO IZQ, RESECCION QX DE LESIONES LITICAS EN TIBIA IZQ, AMIGDALECTOMIA

DIAGNÓSTICOS:

1. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
 - DOLOR TIPICO (31/05/2023)
 - TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)
 - ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS
2. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (31/05/2023)
 - CARDIOVENSION FARMACOLOGICA CON AMIODARONA
3. HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC
 - EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL
 - HIPERPATIROIDISMO PRIMARIO, RESECCION QUIRÚRGICA

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 17 Jul 2020 17:58:)
Patológicos	- niega(Reg: 26 Oct 2022 12:36:)
Patológicos	- NIEGA(Reg: 30 Ene 2022 05:41:)
Patológicos	- hiperparatiroidismo primario.(Reg: 31 May 2023 19:49:)
Quirúrgicos	- herniorragia inguina izquierdo, vasectmoia, turbinoplastia, amigdalecomtia, tenorrafia y neuroff dai cuadriceps(Reg: 26 Oct 2022 12:36:)

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No.16628855

Página 2 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

Quirúrgicos	- HERNIORRAFIA INGUINAL IZQ VASECTOMIA TURBINOPLASTIA AMIGDALECTOMIA OSTEOSINTESIS DE HUMERO IZQ TENORRAFIA + NEURORRAFIA DE 2 DEDO MANO IZQ(Reg: 30 Ene 2022 05:41:)
Quirúrgicos	- anotados.(Reg: 31 May 2023 19:49:)
Traumatológicos	- anotaods(Reg: 26 Oct 2022 12:36:)
Traumatológicos	- FX DE HUMERO IZQ(Reg: 30 Ene 2022 05:41:)
Traumatológicos	- anotados.(Reg: 31 May 2023 19:49:)
Tóxicos	- NIEGA TABAQUIMO LICOR SOCIAL(Reg: 30 Ene 2022 05:41:)
Tóxicos	- niega.(Reg: 31 May 2023 19:49:)
Inmunológicos	- VACUNACION CONTRA COVID: 2 DOSIS DE SINOVAC(Reg: 30 Ene 2022 05:41:)
Inmunológicos	- covid-19 2 dosis(Reg: 31 May 2023 19:49:)
Otros	- QUIRURGICOS:HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIRDA , TURBINECTOMIA , AMIGDALECTOMIA , FRACTURA DE HUMERO , RINOPLASTIA.(Reg: 01 Oct 2020 09:15:)
Perinatal	- NIEGA(Reg: 30 Ene 2022 05:41:)
Perinatal	- n/a(Reg: 31 May 2023 19:49:)

Antecedentes Familiares	Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- anotados						
Otros	- DM2, HTA, FRIBRILACION AURICULAR (MADRE)						
Otros	- anotados.						

Revisión por Sistemas

02 junio 2023 00:11 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones. **Revisión por sistemas negativo**

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

Examen Físico

02 junio 2023 00:11 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Estado General.	PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, CON DISCONFORT TORÁCICO GLUCOMETRIA: 136 MG/DL
Boca y Faringe.	CC: MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR GRADO 30°
Tórax.	CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RITMO SINUSAL EN EL VISOSCOPIO, SIN SOPORTE VASOACTIVO RESPIRATORIO: CAMPOS PULMONARES CLAROS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN SOBREAGREGADOS, FIO2: 21% AIRE AMBIENTE
Abdomen.	GASTROENTERICO: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL PATRON INTESTINAL: PERISTALTISMO POSITIVO, ULTIMA DEPOSICION (29/05/2023)
Genito - Urinario.	RENAL: MICCION ESPONTANEA CLARA, EN CUANTIFICACION
Musculo-esquelético.	EXTREMIDADES: PERFUNDIDAS, SIN EDEMA, PULSOS SIMETRICOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR < 2 SEG
Neurológico.	SNC: CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, PIRR 2 MM, SIN DEFICIT APARENTE
Analisis.	PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL, HIPERPATIROIDISMO PRIMARIO CON HISTORIA DE RESECCION QUIRÚRGICA. INGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS-CI (31/05/2023) RECIBIO ATENCION INICIAL EN EL HOSPITAL DE YUMBO, POR CUADRO CLINICO DE DOLOR TORÁCICO (31/05/2023) PRECORDIAL, OPRESIVO, ASOCIADO A SENSACIÓN DE DISNEA Y MAREO, NO IRRADIADO. LO ENCUENTRAN TAQUICARDICO, DESATURADO, MANIFESTANDO DOLOR AGUDO, EKG MUESTRO TV, DAN MANEJO CON AMIODARONA PRESENTANDO RESOLUCIÓN DEL CUADRO Y REMITEN. AL INGRESO TROPONINAS FRANCAMENTE POSITIVAS (0.544 ; 0.530), ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS, AZOADOS ELEVADOS. INICIAN MANEJO CON ANTI-HTA ORALES, DAN CARGA ANTI-ISQUEMICA (ATORVASTATINA) Y DAN CARGA DE ANTIAGREGANTES (ASA,

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 3 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: LOZANO LOZANO LEONARDO (No Interno: 201.547)

Observaciones.	CLOPIDOGREL). PACIENTE CON CRITERIOS DE INCLUSION PARA CONTINUAR MANEJO INTEGRAL EN UCI DE EVENTO CORONARIO AGUDO, REQUERIMIENTO DE MONITORIA HEMODINAMICA Y ELECTROCARDIOGRAFICA PERMANENTE, RIESGO DE CURSAR CON ARRITMIA VENTRICULAR COLAPSANTE, EN PREPARACION PARA ESTRATIFICACION INVASIVA CON CATETERISMO CARDIACO, SEGUIMIENTO CONJUNTO CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA HEMIDAMICA Y NEFROLOGIA.
Triage.	Revisión por sistemas negativo 3
Firmado electrónicamente por JUAN FELIPE SANJUAN MARIN -- CIRUGIA GENERAL Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495	

Diagnósticos Ingreso	Localización	Tipo DX
-- (I219) INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION		Impresion Diagnóstica
Firmado electrónicamente por JUAN FELIPE SANJUAN MARIN -- CIRUGIA GENERAL Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495		

Evoluciones

02 junio 2023 00:12 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.1

EVOLUCION UCI - CUBICULO 58
LEONARDO LOZANO LOZANO
EDAD: 52 AÑOS

DIAGNÓSTICOS:

- SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
 - DOLOR TIPICO (31/05/2023)
 - TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)
 - ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS
- TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (31/05/2023)
 - CARDIOVERSION FARMACOLOGICA CON AMIODARONA
- HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC
 - EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL
 - HIPERPATIROIDISMO PRIMARIO, RESECCION QUIRÚRGICA (OCT/ 2022)
 - LESIONES LITICAS EN TEJIDO OSEO DE HUESOS LARGOS

OTROS ANTECEDENTES:

- ALERGICOS: NEGATIVO
- QUIRURGICOS: OTS QX DE FRACTURA DE HUMERO IZQ, RESECCION QX DE LESIONES LITICAS EN TIBIA IZQ, AMIGDALECTOMIA

CRITERIOS DE INCLUSION EN UCI:

- EN MANEJO DE EVENTO CORONARIO AGUDO
- REQUERIMIENTO DE MONITORIA ELECTROCARDIOGRAFICA PERMANENTE
- RIESGO DE CURSAR CON ARRITMIA VENTRICULAR COLAPSANTE
- EN PREPARACION PARA ESTRATIFICACION INVASIVA CON CATETERISMO CARDIACO

EXAMEN FISICO:

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, CON DISCONFORT TORÁCICO

SIGNOS VITALES, TA: 142/ 95 MMHG, TAM: 110 MMHG, FC: 71 LPM, FR: 24 X MIN, SATO2: 100%, FIO2: 21%, T: 36 °C

CC: MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR GRADO 30°

CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RITMO SINUSAL EN EL VISOSCOPIO, SIN SOPORTE VASOACTIVO

RESPIRATORIO: CAMPOS PULMONARES CLAROS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN SOBREGREGADOS, FIO2: 21% AIRE AMBIENTE

GASTROENTERICO: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

PATRON INTESTINAL: PERISTALTISMO POSITIVO, ULTIMA DEPOSICION (31/05/2023)

METABOLICO: TOLERA LA VIA ORAL, GLUCOMETRIA: 136 MG/DL

RENAL: MICCION ESPONTANEA CLARA, EN CUANTIFICACION

EXTREMIDADES: PERFUNDIDAS, SIN EDEMA, PULSOS SIMETRICOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR < 2 SEG

SNC: CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, PIRR 2 MM, SIN DEFICIT APARENTE

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 4 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

ANALISIS:

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL, HIPERPATIROIDISMO PRIMARIO CON HISTORIA DE RESECCION QUIRÚRGICA. INGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS-CI (31/05/2023) RECIBIO ATENCION INICIAL EN EL HOSPITAL DE YUMBO, POR CUADRO CLINICO DE DOLOR TORÁCICO (31/05/2023) PRECORDIAL, OPRESIVO, ASOCIADO A SENSACIÓN DE DISNEA Y MAREO, NO IRRADIADO. LO ENCUENTRAN TAQUICARDICO, DESATURADO, MANIFESTANDO DOLOR AGUDO, EKG MUESTRO TV, DAN MANEJO CON AMIODARONA PRESENTANDO RESOLUCIÓN DEL CUADRO. AL INGRESO TROPONINAS FRANCAMENTE POSITIVAS (0.544 ; 0.530), ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS, AZOADOS ELEVADOS. INICIAN MANEJO CON ANTI-HTA ORALES, DAN CARGA ANTI-ISQUEMICA (ATORVASTATINA) Y DAN CARGA DE ANTIAGREGANTES (ASA, CLOPIDOGREL). PACIENTE CON CRITERIOS DE INCLUSION PARA CONTINUAR MANEJO INTEGRAL EN UCI DE EVENTO CORONARIO AGUDO, REQUERIMIENTO DE MONITORIA HEMODINAMICA Y ELECTROCARDIOGRAFICA PERMANENTE, RIESGO DE CURSAR CON ARRITMIA VENTRICULAR COLAPSANTE, EN PREPARACION PARA ESTRATIFICACION INVASIVA CON CATETERISMO CARDIACO, SEGUIMIENTO CONJUNTO CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA HEMIDAMICA Y NEFROLOGIA.

MEDICO ESPECIALISTA, DR SANJUAN

MEDICO ASISTENCIAL, DR ORTEGA

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

02 junio 2023 09:38 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.1

EVOLUCION UCI - CUBICULO 58

LEONARDO LOZANO LOZANO

EDAD: 52 AÑOS

DIAGNÓSTICOS:

0. POP CTC CORONARIAS SANAS 02/06/23 - PUENTE MUSCULAR EN LA DA

1. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

- DOLOR TIPICO (31/05/2023)

- TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)

- ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS

2. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (31/05/2023)

- CARDIOVENSION FARMACOLOGICA CON AMIODARONA

3. HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC

- EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL

- HIPERPATIROIDISMO PRIMARIO, RESECCION QUIRÚRGICA (OCT/ 2022)

- LESIONES LITICAS EN TEJIDO OSEO DE HUESOS LARGOS

JSUTIFICAICON DE UCI:

- REQUERIMIENTO DE MONITORIA ELECTROCARDIOGRAFICA PERMANENTE

- RIESGO DE CURSAR CON ARRITMIA VENTRICULAR COLAPSANTE

- POST CATETERISMO RECIENTE

SOPORTES:

NINGUNO

CULTIVOS:

NO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

NO

** PARACLINICOS 02/06/23:

CR: 1.8 BUN: 21 K: 3.9 MG: 1.6

TRIGLICERIDOS: 182 LDL: 85 COLESTEROL TOTAL: 135

HBA1C: 5.4

EXAMEN FISICO:

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, CON DISCONFORT TORÁCICO

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 5 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

SIGNOS VITALES, TA: 142/ 95 MMHG, TAM: 110 MMHG, FC: 71 LPM, FR: 24 X MIN, SATO2: 100%, FIO2: 21%, T: 36 °C
CC: MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR GRADO 30°
CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, RITMO SINUSAL EN EL VISOSCOPIO, SIN SOPORTE VASOACTIVO
RESPIRATORIO: CAMPOS PULMONARES CLAROS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN SOBREGREGADOS, FIO2: 21% AIRE AMBIENTE
GASTROENTERICO: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
PATRON INTESTINAL: PERISTALTISMO POSITIVO, ULTIMA DEPOSICION (31/05/2023)
METABOLICO: TOLERA LA VIA ORAL, GLUCOMETRIA: 136 MG/DL
RENAL: MICCION ESPONTANEA CLARA, EN CUANTIFICACION
EXTREMIDADES: PERFUNDIDAS, SIN EDEMA, PULSOS SIMETRICOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR < 2 SEG
SNC: CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, PIRR 2 MM, SIN DEFICIT APARENTE

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS EN CONTETXO DE CUADRO CLINICO DEL (31/05/2023) DE DOLOR TORÁCICO PRECORDIAL, OPRESIVO, ASOCIADO A SENSACIÓN DE DISNEA Y MAREO, NO IRRADIADO. LO ENCUENTRAN TAQUICARDICO, DESATURADO, MANIFESTANDO DOLOR AGUDO, EKG MUESTRO TV, DAN MANEJO CON AMIODARONA PRESENTANDO RESOLUCIÓN DEL CUADRO. AL INGRESO TROPONINAS FRANCAMENTE POSITIVAS (0.544 ; 0.530), ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS, AZOADOS ELEVADOS. INICIAN MANEJO CON ANTI-HTA ORALES, DAN CARGA ANTI-ISQUEMICA (ATORVASTATINA) Y DAN CARGA DE ANTIAGREGANTES (ASA, CLOPIDOGREL). PACIENTE ES LLEVADO A ESTRATIFICACION INVASIVA CON CATETERISMO CARDIACO CON CORONARIAS SANAS, SEGUIMIENTO CONJUNTO CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA HEMIDAMICA Y NEFROLOGIA.

Firmado electrónicamente por **CHRISTIAN ANDRES PALACIOS MARTINEZ** -- MEDICINA DE URGENCIAS

Tarjeta Profesional: 41718/2012 Identificación CC 1085263639

02 junio 2023 11:26 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:

Síndrome de injuria miocárdica aguda.

Infarto de miocardio tipo 2.

Taquicardia supraventricular regular de complejo estrecho con RP largo.

- Hiperparatiroidismo primario.

E. físico:

PA: 159/109 mmHG

FC: 76 lpm

FR: 20 rpm

satO2: 100%

No ingurgitación yugular

Ruidos cardiacos rítmicos

Murmulo vesicular presente en ambos campos pulmonares sin agregados patológicos.

Abdomen sin alteraciones

No edema de extremidades.

No hay déficit motor o sensitivo.

ECG: taquicardia de complejos estrechos regular de RP corto; supradesnivel del ST en AVR e infradesnivel del ST en más de 6 derivadas.

Laboratorios:

02-06-2023:

Tg 182 K 3.93 HDL 33 LDL 85 BUN 21 Úrea 44.9 Mg 1.61 Creatinina 1.80 Ct 135 Hba1C 5.46%

01-06-2023:

Creatinina 1.74 BUN 22.9 Úrea 49

Troponina 0.530 PTT 10.9 INR 1.02 PTT 28.2

31-05-23

Troponina T 0.544

Ptt 28.2. Pt 10.9 INR 1.02

Tsh 1.130 T4 7.5

Cl 104 K 4.88 Na 138 calcio iónico 1.22 Cr 1.78 Bun 22.9.

-CH: leuc 9.53 neut 6.39(67.1%) Hb 16.8 hct 50.1 vcm 89. Mch 29.8 plt 241000

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 6 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

Estudios de imagen:

Ecocardiograma T-T del 01-06-2023:

1. Ventrículo izquierdo de tamaño normal con hipertrofia concéntrica de grado leve con función sistólica global y segmentaria conservada. FE: 55%.
2. Patrón diastólico del VI es de tipo pseudonormalizado (grado II).
3. Crecimiento leve de aurícula izquierda.
4. Insuficiencia mitral funcional de grado leve a moderado (2+).
5. Cavidades derechas de tamaño y función normal.
6. No se registran cortocircuitos.
7. Baja probabilidad para hipertensión pulmonar.

Procedimientos:

Arteriografía coronaria del 02-06-2023: arterias coronarias sin lesiones obstructivas significativas. Puente muscular en ADA con compromiso de la luz en sístole del 99%.

Análisis:

Se trata de un paciente sin factores de RCV mayores que ingresa por cuadro de dolor torácico de alta probabilidad. Se documenta taquiarritmia supraventricular y lesión subendocárdica en más de 6 derivadas y supradesnivel del ST en AVR. Tiene biomarcador cardíaco positivo. El ecocardiograma muestra función sistólica biventricular preservada sin alteraciones segmentarias de la contractilidad. Se realizó arteriografía coronaria que evidenció puente muscular en ADA. Consideramos iniciar betabloqueador y solicitamos concepto por Electrofisiología para definir si realiza durante la estancia hospitalaria mapeo y ablación de arrit.

Plan:

Bisoprolol 5 mg día.

Se solicita concepto por Electrofisiología.

Firmado electrónicamente por **ALVARO ANDRES HERRERA ESCANDON** -- CARDIOLOGIA

Tarjeta Profesional: 94544184 Identificación CC 94544184

02 junio 2023 14:31 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.1

ELECTROFISIOLOGÍA

LEONARDO LOZANO LOZANO

CC:

56 AÑOS.

NUEVA EPS (PAC)

DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO:

1. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
 - DOLOR TÍPICO (31/05/2023)
 - TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)
 - ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS
2. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (31/05/2023)
 - CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA CON AMIODARONA
3. HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC
 - EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL
 - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO, RESECCIÓN QUIRÚRGICA (OCT/ 2022)

Paciente Masculino De 52 Años De Edad, Con Antecedente De Hipoparatiroidismo Secundario En Suplencia Con Calcio Y Calcitriol Oral, Hiperparatiroidismo Primario Con Historia De Resección Quirúrgica. Ingreso Por El Servicio De Urgencias-Ci (31/05/2023) Recibió Atención Inicial En El Hospital De Yumbo, Por Cuadro Clínico De Dolor Torácico (31/05/2023) Precordial, Opresivo, Asociado A Sensación De Disnea Y Mareo, No Irradiado. Lo Encuentran Taquicárdico, Desaturado, Manifestando Dolor Agudo, Ekg Muestro Tsv, Dan Manejo Con Amiodarona Presentando Resolución Del Cuadro. Al Ingreso Troponinas Francamente Positivas (0.544 ; 0.530), Eco-Tt (01/06/2023) Fevi: 55%, Sin Trastornos Segmentarios, Azoados Elevados. Inician Manejo Con Anti-Hta Orales, Dan Carga Anti-Isquémica (Atorvastatina) Y Dan Carga De Antiagregantes (Asa, Clopidogrel).

Ayudas diagnósticas:

ECG de remisión: Taquicardia a 170, regular y de complejos angostos

ECG 01/06/23 Ritmo sinusal a 78lpm, PR 135 QRS 94 QTc 397 Eje izquierdo. No hay onda delta. Signo de HVI.

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 7 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

CORONARIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA 02/06/23:

1. ARTERIAS CORONARIAS SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS
SIGNIFICATIVAS. PUENTE MUSCULAR EN DESCENDENTE ANTERIOR.

ECO TT 01/06/23

1. Ventrículo izquierdo de tamaño normal con hipertrofia concéntrica de grado leve con función sistólica global y segmentaria conservada. FE: 55%.
2. Patrón diastólico del VI es de tipo pseudonormalizado (grado II).
3. Crecimiento leve de aurícula izquierda.
4. Insuficiencia mitral funcional de grado leve a moderado (2+).
5. Cavidades derechas de tamaño y función normal.
6. No se registran cortocircuitos.
7. Baja probabilidad para hipertensión pulmonar.

Concepto: Paciente quien ingresó por TSV que revirtió con cardioversión farmacológica. Se consideró IAM sin elevación del ST por biomarcadores francamente positivos, por lo que se llevó a coronariografía que descartar enfermedad coronaria y documento puente en ADA. ECG con taquicardia de complejos angosto con RP corto que sugiere TRNAV vs vía oculta, por lo que se considera es candidato para estudio electroanatómico convencional con mapeo y ablación.

Plan: Solicito estudio electroanatómico convencional con mapeo y ablación. Se considera dejar dosis de betabloqueador a bajas dosis en pro de ablación. Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **ANDRES RAMIRO GOMEZ VALENCIA** -- ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

Tarjeta Profesional: 94507725 Identificación CC 94507725

Notas de Interconsulta

02 junio 2023 14:57 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

ELECTROFISIOLOGÍA

LEONARDO LOZANO LOZANO

CC:

56 AÑOS.

NUEVA EPS (PAC)

DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO:

1. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
 - DOLOR TÍPICO (31/05/2023)
 - TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)
 - ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS
2. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (31/05/2023)
 - CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA CON AMIODARONA
3. HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC
 - EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL
 - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO, RESECCIÓN QUIRÚRGICA (OCT/ 2022)

Paciente Masculino De 52 Años De Edad, Con Antecedente De Hipoparatiroidismo Secundario En Suplencia Con Calcio Y Calcitriol Oral, Hiperparatiroidismo Primario Con Historia De Resección Quirúrgica. Ingreso Por El Servicio De Urgencias-Ci (31/05/2023) Recibió Atención Inicial En El Hospital De Yumbo, Por Cuadro Clínico De Dolor Torácico (31/05/2023) Precordial, Opresivo, Asociado A Sensación De Disnea Y Mareo, No Irradiado. Lo Encuentran Taquicárdico, Desaturado, Manifestando Dolor Agudo, Ekg Muestro Tsv, Dan Manejo Con Amiodarona Presentando Resolución Del Cuadro. Al Ingreso Troponinas Francamente Positivas (0.544 ; 0.530), Eco-Tt (01/06/2023) Fevi: 55%, Sin Trastornos Segmentarios, Azoados Elevados. Inician Manejo Con Anti-Hta Orales, Dan Carga Anti-Isquémica (Atorvastatina) Y Dan Carga De Antiagregantes (Asa, Clopidogrel).

Ayudas diagnósticas:

ECG de remisión: Taquicardia a 170, regular y de complejos angostos

ECG 01/06/23 Ritmo sinusal a 78lpm, PR 135 QRS 94 QTc 397 Eje izquierdo. No hay onda delta. Signo de HVI.

CORONARIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA 02/06/23:

1. ARTERIAS CORONARIAS SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS
SIGNIFICATIVAS. PUENTE MUSCULAR EN DESCENDENTE ANTERIOR.

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2**

Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **22101**

Atención No. **16628855**

Página 8 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: **201.547**)

ECO TT 01/06/23

1. Ventriculo izquierdo de tamaño normal con hipertrofia concéntrica de grado leve con función sistólica global y segmentaria conservada. FE: 55%.
2. Patrón diastólico del VI es de tipo pseudonormalizado (grado II).
3. Crecimiento leve de aurícula izquierda.
4. Insuficiencia mitral funcional de grado leve a moderado (2+).
5. Cavidades derechas de tamaño y función normal.
6. No se registran cortocircuitos.
7. Baja probabilidad para hipertensión pulmonar.

Concepto: Paciente quien ingresó por TSV que revirtió con cardioversión farmacológica. Se consideró IAM sin elevación del ST por biomarcadores francamente positivos, por lo que se llevó a coronariografía que descartar enfermedad coronaria y documento puente en ADA. ECG con taquicardia de complejos angosto con RP corto que sugiere TRNAV vs vía oculta, por lo que se considera es candidato para estudio electroanatómico convencional con mapeo y ablación.

Plan: Solicito estudio electroanatómico convencional con mapeo y ablación. Se considera dejar dosis de betabloqueador a bajas dosis en pro de ablación. Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **ANDRES RAMIRO GOMEZ VALENCIA** -- ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

Tarjeta Profesional: 94507725 Identificación CC 94507725

Evoluciones

02 junio 2023 17:18 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.1

NOTA MEDICA
CUIDADO INTENSIVO
HORAS DE LA TARDE

. PACIENTE CON TA ELEVADA FUERA DE METAS, DOLOR TORACICO EN DISMINUCION, OCASIONALMENTE REPRODUCIBLE, SE CONSIDERA DEJAR MANEJO CON BB, ASI MISMO USAR BCC
. POR OTRA PARTE SE DECIDE DEJAR DOSIS BAJAS DE BZD PARA CONTROL DE ESTRES COMO DESENCADENANTE DE ESPASMO MUSCULAR

Firmado electrónicamente por **ALVARO ANDRES MONTENEGRO APRAEZ** -- MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO

Tarjeta Profesional: 1085267123 Identificación CC 1085267123

03 junio 2023 00:22 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:

- (I219) INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION
- (I219) INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION
- (R074) DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO

Tipo Estancia: UCI

Criterio: Infarto agudo de miocardio, post intervención terapéutica por hemodinamia

EVOLUCION UCI NOCHE
DR ANDRES ZAFRA ASISNTENCIAL
LEONARDO LOZANO LOZANO
CC:
56 AÑOS.

DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO:

1. POST CATETERISMO CARDIACO 02/06/23
 - 1.1 PUENTE MUSCULAR EN LA ADA
 - 1.2 SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
 - DOLOR TIPICO (31/05/2023)
 - TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)
 - ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS
2. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (31/05/2023)
 - CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA CON AMIODARONA

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 9 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

- 3. HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC
- EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL
- HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO, RESECCIÓN QUIRÚRGICA (OCT/ 2022)

AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

ECG DE REMISIÓN: TAQUICARDIA A 170, REGULAR Y DE COMPLEJOS ANGOSTOS

ECG 01/06/23 RITMO SINUSAL A 78LPM, PR 135 QRS 94 QTC 397 EJE IZQUIERDO. NO HAY ONDA DELTA. SIGNO DE HVI.

CORONARIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA 02/06/23:

1. ARTERIAS CORONARIAS SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS SIGNIFICATIVAS. PUENTE MUSCULAR EN DESCENDENTE ANTERIOR.

ECO TT 01/06/23

1. VENTRÍCULO IZQUIERDO DE TAMAÑO NORMAL CON HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DE GRADO LEVE CON FUNCIÓN SISTÓLICA GLOBAL Y SEGMENTARIA CONSERVADA. FE: 55%.
2. PATRÓN DIASTÓLICO DEL VI ES DE TIPO PSEUDONORMALIZADO (GRADO II).
3. CRECIMIENTO LEVE DE AURÍCULA IZQUIERDA.
4. INSUFICIENCIA MITRAL FUNCIONAL DE GRADO LEVE A MODERADO (2+).
5. CAVIDADES DERECHAS DE TAMAÑO Y FUNCIÓN NORMAL.
6. NO SE REGISTRAN CORTOCIRCUITOS.
7. BAJA PROBABILIDAD PARA HIPERTENSIÓN PULMONAR.

EF

SV TA 112/78 TAM 89 MMHG FC 87 X MIN FR 19 X MIN SAT 98%

RENAL 1.5 CCKHR BALANCE -390 CC

METABOLICO 97/133 MGD

DESPIERTA ALERTA,

RSCSR SR NO SOPLOS - RITMO SINUSAL EN VISOSCOPIO

ABD NEGATIVO

PUNCION RADIAL DERECHA, SIN HEMATOMA / SIN SANGRADOS

EXT BUEN LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEG EN 4 EXTREMIDADES

SNC SIN DEFICIT NEUROLOGICO G 15/15 .

ANALISIS

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL, HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO CON HISTORIA DE RESECCIÓN QUIRÚRGICA. INGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS-CI (31/05/2023) RECIBIÓ ATENCIÓN INICIAL EN EL HOSPITAL DE YUMBO, POR CUADRO CLÍNICO DE DOLOR TORÁCICO (31/05/2023) PRECORDIAL, OPRESIVO, ASOCIADO A SENSACIÓN DE DISNEA Y MAREO, NO IRRADIADO. LO ENCUENTRAN TAQUICARDICO, DESATURADO, MANIFESTANDO DOLOR AGUDO, EKG MUESTRO TSV, DAN MANEJO CON AMIODARONA PRESENTANDO RESOLUCIÓN DEL CUADRO. AL INGRESO TROPONINAS FRANCAMENTE POSITIVAS (0.544 ; 0.530), ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS, AZOADOS ELEVADOS. INICIAN MANEJO CON ANTI-HTA ORALES, DAN CARGA ANTI-ISQUÉMICA (ATORVASTATINA) Y DAN CARGA DE ANTIAGREGANTES (ASA, CLOPIDOGREL).

ES LLEVADO A CATETERISMO CARDÍACO ENCONTRADO DEFECTO DE ADA CON PUENTE MUSCULAR, NOMAS HALALZGOS PATOLGICOS,

ES VAL POR GRUPO DE ELECTROFISIOLOGIA CONSIDERANDO, PACIENTE QUIEN INGRESÓ POR TSV QUE REVIRTIÓ CON CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA. SE CONSIDERÓ IAM SIN ELEVACIÓN DEL ST POR BIOMARCADORES FRANCAMENTE POSITIVOS, POR LO QUE SE LLEVÓ A CORONARIOGRAFÍA QUE DESCARTAR ENFERMEDAD CORONARIA Y DOCUMENTO PUENTE EN ADA.

ECG CON TAQUICARDIA DE COMPLEJOS ANGOSTO CON RP CORTO QUE SUGIERE TRNAV VS VÍA OCULTA, POR LO QUE SE CONSIDERA ES CANDIDATO PARA ESTUDIO ELECTROANATÓMICO CONVENCIONAL CON MAPEO Y ABLACIÓN.

POR AHROA PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE, SIN DOLRO TORACICO , SIN NUEVOS EVENTOS DE ARRITMIAS

SE CONSIDERA PLAN DE TTO MEDICO ESTABLECIDO, MONITORIA HEMODINAMICA ANTE RIESGO D EMUERTE SUBITA SECUNDARIO A EVENTO ARRITMICO.

PLAN

UCI

ESTADO POST CATETERIMSO CARDIACO

PEND ESTUDIO ELECTROANATÓMICO CONVENCIONAL CON MAPEO Y ABLACIÓN INDICADO POR EFF

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 10 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

Firmado electrónicamente por **MIGUEL SANTIAGO OTERO MEDINA** -- MEDICINA INTERNA

Tarjeta Profesional: 00822/1993 Identificación CC 16712299

03 junio 2023 07:49 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.2

EVOLUCION UCI - CUBICULO 58

LEONARDO LOZANO LOZANO - 52 AÑOS

MEDICO ASISTENCIAL: MONICA CONDE

DIAGNÓSTICOS:

0. POP CTC CORONARIAS SANAS 02/06/23 - PUENTE MUSCULAR EN LA DA

1. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

- DOLOR TIPICO (31/05/2023)

- TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)

- ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS

2. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (31/05/2023)

- CARDIOVENSION FARMACOLOGICA CON AMIODARONA

3. HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC

- EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL

- HIPERPATIROIDISMO PRIMARIO, RESECCION QUIRÚRGICA (OCT/ 2022)

- LESIONES LITICAS EN TEJIDO OSEO DE HUESOS LARGOS

JSUTIFICAICON DE UCI:

- REQUERIMIENTO DE MONITORIA ELECTROCARDIOGRAFICA PERMANENTE

- RIESGO DE CURSAR CON ARRITMIA VENTRICULAR COLAPSANTE

- POST CATETERISMO RECIENTE

SOPORTES:

NINGUNO

CULTIVOS:

NO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

NO

** PARACLINICOS 03/06/23: HEMOGRAMA: LEUCOS: 8 NEU: 47% HB:15 HTO: 44 PLAQ: 196.000

CR: 1.6 BUN: 17 K: 4.0

EXAMEN FISICO:

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, CON DISCONFORT TORÁCICO

SIGNOS VITALES, TA: 142/ 95 MMHG, TAM: 110 MMHG, FC: 71 LPM, FR: 24 X MIN, SATO2: 100%, FIO2: 21%, T: 36 °C

CC: MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR GRADO 30°

CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RITMO SINUSAL EN EL VISOSCOPIO, SIN SOPORTE VASOACTIVO

RESPIRATORIO: CAMPOS PULMONARES CLAROS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN SOBREGREGADOS, FIO2: 21% AIRE AMBIENTE

GASTROENTERICO: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

PATRON INTESTINAL: PERISTALTISMO POSITIVO, ULTIMA DEPOSICION (31/05/2023)

METABOLICO: TOLERA LA VIA ORAL, GLUCOMETRIA: 136 MG/DL

RENAL: MICCION ESPONTANEA CLARA, EN CUANTIFICACION

EXTREMIDADES: PERFUNDIDAS, SIN EDEMA, PULSOS SIMETRICOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR < 2 SEG

SNC: CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, PIRR 2 MM, SIN DEFICIT APARENTE

ANALISIS Y PLAN:

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS EN CONTETXO DE CUADRO CLINICO DEL (31/05/2023) DE DOLOR TORÁCICO PRECORDIAL, OPRESIVO, ASOCIADO A SENSACIÓN DE DISNEA Y MAREO, NO IRRADIADO. LO ENCUENTRAN TAQUICARDICO, DESATURADO, MANIFESTANDO DOLOR AGUDO, EKG MUESTRO TV, DAN MANEJO CON AMIODARONA PRESENTANDO RESOLUCIÓN DEL CUADRO. AL INGRESO TROPONINAS FRANCAMENTE POSITIVAS (0.544 ; 0.530), ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS, AZOADOS ELEVADOS. INICIAN MANEJO CON ANTI-HTA ORALES, DAN CARGA ANTI-ISQUEMICA (ATORVASTATINA) Y DAN CARGA DE ANTIAGREGANTES (ASA,

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 11 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

CLOPIDOGREL). PACIENTE ES LLEVADO A ESTRATIFICACION INVASIVA CON CATETERISMO CARDIACO CON CORONARIAS SANAS, SEGUIMIENTO CONJUNTO CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA HEMIDAMICA Y NEFROLOGIA. POR PARTE DE ELECTROFISIOLOGIA PROPONE REALIZACIÓN DE ABLACIÓN, A LA ESPERA DE PROGRAMACIÓN Y CONSIDERA MANEJO EN HOSPITALIZACIÓN.

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

03 junio 2023 09:52 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.2

ELECTROFISIOLOGÍA

LEONARDO LOZANO LOZANO

CC:

56 AÑOS.

NUEVA EPS (PAC)

DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO:

1. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
 - DOLOR TIPICO (31/05/2023)
 - TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)
 - ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS
2. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (31/05/2023)
 - TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL VS. VIA ACCESORIA.
 - CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA CON AMIODARONA
3. HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC
 - EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL
 - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO, RESECCIÓN QUIRÚRGICA (OCT/ 2022)

Ayudas diagnósticas:

ECG de remisión: Taquicardia a 170, regular y de complejos angostos

ECG 01/06/23 Ritmo sinusal a 78lpm, PR 135 QRS 94 QTc 397 Eje izquierdo. No hay onda delta. Signo de HVI.

CORONARIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA 02/06/23:

1. ARTERIAS CORONARIAS SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS SIGNIFICATIVAS. PUENTE MUSCULAR EN DESCENDENTE ANTERIOR.

ECO TT 01/06/23

1. Ventrículo izquierdo de tamaño normal con hipertrofia concéntrica de grado leve con función sistólica global y segmentaria conservada. FE: 55%.
2. Patrón diastólico del VI es de tipo pseudonormalizado (grado II).
3. Crecimiento leve de aurícula izquierda.
4. Insuficiencia mitral funcional de grado leve a moderado (2+).
5. Cavidades derechas de tamaño y función normal.
6. No se registran cortocircuitos.
7. Baja probabilidad para hipertensión pulmonar.

Concepto: Paciente quien ingresó por TSV que revirtió con cardioversión farmacológica. Se consideró IAM sin elevación del ST por biomarcadores francamente positivos, por lo que se llevó a coronariografía que descartar enfermedad coronaria y documento puente en ADA. ECG con taquicardia de complejos angosto con RP corto que sugiere TRNAV vs vía oculta, por lo que se considera es candidato para estudio electroanatómico convencional con mapeo y ablación, el cual me informan que ya se encuentra autorizado, por lo que se coordinara con servicio de Angiografía para su programación. Paciente puede continuar manejo en hospitalización.

Plan: Se indica traslado a hospitalización para continuar manejo. Programación de estudio electroanatómico convencional con mapeo y ablación. Requiere ayuno de al menos 6 hrs para procedimiento, no aplicación de clexane 12 hrs y sin profilaxis ATB por manejo endovascular percutaneo. Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **ANDRES RAMIRO GOMEZ VALENCIA** -- ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

Tarjeta Profesional: 94507725 Identificación CC 94507725

03 junio 2023 20:14 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.2

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No.16628855

Página 12 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

Diagnósticos:

(I219) INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION
(I219) INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION
(R074) DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO

NOTA HOSPITALIZACION

DR ANDRES ZAFRA ASISNTENCIAL
LEONARDO LOZANO LOZANO

CC:

56 AÑOS.

DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO:

1. POST CATETERISMO CARDIACO 02/06/23
 - 1.1 PUENTE MUSCULAR EN LA ADA
 - 1.2 SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
 - DOLOR TÍPICO (31/05/2023)
 - TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)
 - ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS
2. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (31/05/2023)
 - CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA CON AMIODARONA
3. HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC
 - EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL
 - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO, RESECCIÓN QUIRÚRGICA (OCT/ 2022)

SV TYA 131/64 Tam 95 mmhg fr 19 fc 76 x min sat 98%
RENAL 0.5 CCKHR BALANCE DIA -350
METABOLICO 83/114 MGD

RITMO SINUSAL EN VISOSCOPIO

NO HAY DOLOR TORACICO NI EQUIVALENTES ANGINOSOS

PACIENTE ESTABLE

EN EL MOMENTO EN VIGILANCIA HEMODINAMICA

PEND SER LLEVADO A ESTUDIO ELECTROANATOMICO - FISIOLÓGICO TIPO INSITE EL DIA DE MANANAPOR GRUPO DE ELECTROFISIOLOGIA

NO HAY CAMBIOS EN EL MOMENTO EN SU PLAN DE TTO MEDICO ACTUAL

Firmado electrónicamente por **MIGUEL SANTIAGO OTERO MEDINA** -- MEDICINA INTERNA

Tarjeta Profesional: 00822/1993 Identificación CC 16712299

04 junio 2023 10:29 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.3

EVOLUCION UCI - CUBICULO 58

LEONARDO LOZANO LOZANO

EDAD: 52 AÑOS

DIAGNÓSTICOS:

1. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (31/05/2023)
 - CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA CON AMIODARONA
2. POST-ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO COMPLETO DERECHO E IZQUIERDO CON MAPEO Y ABLACIÓN (04/06/2023)
 - ABLACIÓN Y MODIFICACIÓN EXITOSA DE LA VÍA LENTA INTRANODAL EN PACIENTE CON TAQUICARDIA DOCUMENTADA COMPATIBLE
 - NO INDUCCIÓN DE ARRITMIAS POST ABLACIÓN, NO SALTOS NI ECOS NODALES
3. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
 - DOLOR TÍPICO (31/05/2023)
 - TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)
 - ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS
 - CTC (02/06/2023): CORONARIAS SANAS, PUENTE MUSCULAR EN LA DA
4. HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC
 - EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL
 - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO, RESECCION QUIRÚRGICA (OCT/ 2022)

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 13 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

- LESIONES LITICAS EN TEJIDO OSEO DE HUESOS LARGOS
5. INJURIA RENAL EN ESTUDIO (OCT/ 2022)

JSUTIFICAICON DE UCIN:

- REQUERIMIENTO DE MONITORIA ELECTROCARDIOGRAFICA PERMANENTE
- RIESGO DE CURSAR CON ARRITMIA VENTRICULAR COLAPSANTE

SOPORTES: NINGUNO

CULTIVOS: NO

ANTIBIOTICOTERAPIA: NO

ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO COMPLETO DERECHO E IZQUIERDO CON MAPEO Y ABLACIÓN (04/06/2023)

- EKG BASAL NORMAL

- INTERVALOS BÁSICOS : AH: 72 HV: 55 MS

- ESTIMULACIÓN INCREMENTAL AURICULAR: BLOQUEO AV TIPO WENCKEBACH A 200 LPM,

- ESTIMULACIÓN PROGRAMADA DE AURICULA: FISIOLÓGIA DUAL DEL NODO AV CON SALTO EN EL AH DE 105 MS . A S1S2 DE 600/290

- SE LLEGA AL PRE DEL NODO AV.

- ESTIMULACIÓN VENTRICULAR PROGRAMADA: CONDUCCIÓN VA CONCÉNTRICA DECREMENTAL QUE SE DISOCIA A 260 MS

- NO ARRITMIAS VENTRICULARES.

- ABLACIÓN Y MODIFICACIÓN EXITOSA DE LA VÍA LENTA INTRANODAL

- NO INDUCCIÓN DE ARRITMIAS POST ABLACIÓN, NO SALTOS NI ECOS NODALES.

- CONCLUSIÓN: ABLACIÓN EXITOSA DE LA VÍA LENTA INTRANODAL EN PACIENTE CON TAQUICARDIA DOCUMENTADA COMPATIBLE.

EXAMEN FISICO:

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, CON DISCONFORT TORACICO, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO

SIGNOS VITALES, TA: 115/ 56 MMHG, TAM: 76 MMHG, FC: 70 LPM, FR: 12 X MIN, SATO2: 96%, FIO2: 32% CN, T: 36.8 °C

CC: MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR GRADO 30°

CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RITMO SINUSAL EN EL VISOSCOPIO, SIN SOPORTE VASOACTIVO

RESPIRATORIO: CAMPOS PULMONARES CLAROS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN SOBREGREGADOS, FIO2: 32% CANULA NASAL

GASTROENTERICO: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

PATRON INTESTINAL: PERISTALTISMO POSITIVO, ULTIMA DEPOSICION (04/06/2023)

METABOLICO: GLUCOMETRIA: 94 - 93 - 101 - 90 MG/DL

RENAL: MICCION: 1300 CC, GU: 0.8 CC/KG/HR, BALANCE ACUMULADO: + 2173 CC, BALANCE 24 HR: + 1003 CC

EXTREMIDADES: PERFUNDIDAS, SIN EDEMA, PULSOS SIMETRICOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR < 2 SEG, ABORDAJE YUGULAR DERECHO Y FEMORAL DERECHO SIN HEMATOMA NI SANGRADO EN EL SITIO DE LA PUNCION

SNC: CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, PIRR 2 MM, SIN DEFICIT APARENTE

ANALISIS:

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL, HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO CON HISTORIA DE RESECCION QUIRÚRGICA. INGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS-CI (31/05/2023) EN CONTEXTO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST, CON DOLOR TORACICO TIPICO (31/05/2023), EKG MUESTRO TV QUE RESOLVIO CON MANEJO CON AMIODARONA, TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530), ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS Y CTC (02/06/2023) CON CORONARIAS SANAS, PUENTE MUSCULAR EN LA DA. EL SERVICIO DE ELECTROFISIOLOGIA LLEVO A ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO COMPLETO DERECHO E IZQUIERDO CON MAPEO Y ABLACIÓN (04/06/2023) CON MODIFICACIÓN EXITOSA DE LA VÍA LENTA INTRANODAL EN PACIENTE CON TAQUICARDIA DOCUMENTADA COMPATIBLE, NO INDUCCIÓN DE ARRITMIAS POST ABLACIÓN, NO SALTOS NI ECOS NODALES. SIN ALTERACION HEMODINAMICA, ADECUADA MECANICA VENTILATORIA. NJURIA RENAL EN ESTUDIO (OCT/ 2022) CON CREATININA ELEVAADA. CONTINUA EN UCI CON MONITORIA ELECTRICA CONTINUA. SE SOLICITA ECO-RENAL Y DE VÍAS URINARIAS, Y POSTERIOR VALORACION POR NEFROLOGÍA.

MEDICO ESPECIALISTA, DR SANJUAN

MEDICO ASISTENCIAL, DR ORTEGA

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 14 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

04 junio 2023 20:28 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.3

EVOLUCIÓN UCI NOCHE- CUBICULO 58

LEONARDO LOZANO LOZANO

EDAD: 52 AÑOS

MÉDICOS DE TURNO: DRA PABÓN/DRA SALAZAR

DIAGNÓSTICOS:

1. POP ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO COMPLETO DERECHO E IZQUIERDO CON MAPEO Y ABLACIÓN - CMI, 04/06/23
- ABLACIÓN EXITOSA DE LA VÍA LENTA INTRANODAL EN PACIENTE CON TAQUICARDIA DOCUMENTADA COMPATIBLE.
2. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (31/05/2023)
- CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA CON AMIODARONA
3. SÍNDROME CORONARIO AGUDO ?
- DOLOR TÍPICO (31/05/2023)
- TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)
- ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS
- CTC (02/06/2023): CORONARIAS SANAS, PUENTE MUSCULAR EN LA DA
4. HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC
- EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL
- HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO, RESECCION QUIRÚRGICA (OCT/ 2022)
- LESIONES LÍTICAS EN TEJIDO OSEO DE HUESOS LARGOS
5. INJURIA RENAL EN ESTUDIO (OCT/ 2022)

JSUTIFICACIÓN DE UCI:

- REQUERIMIENTO DE MONITORIA ELECTROCARDIOGRAFICA PERMANENTE
- POP INMEDIATO ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO
- RIESGO DE SANGRADO O HEMATOMA EN SITIO DE PUNCIÓN

SOPORTES: NINGUNO

CULTIVOS: NO

ANTIBIOTICOTERAPIA: NO

ECOGRAFIA RENAL 04/06/2023: AUMENTO DIFUSO DE LA ECOGENICIDAD DE AMBOS PARENQUIMAS RENALES QUE SUGIEREN CAMBIOS DE NEFROPATIA CRONICA, A CORRELACIONAR CON ANTECEDENTES DEL PACIENTE. VOLUMEN PROSTATICO AUMENTADO.

EXAMEN FISICO:

PACIENTE EN CUBICULO, TRANQUILO, ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR, AFEBRIL.

SIGNOS VITALES, TA: 127/97 MMHG, TAM: 107 MMHG, FC: 70 LPM, FR: 15 X MIN, SATO2: 96%, FIO2: 21% CN, T: 36°C

CC: MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR GRADO 30°

CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, RITMO SINUSAL EN EL VISOSCOPIO, SIN SOPORTE VASOACTIVO

RESPIRATORIO: CAMPOS PULMONARES CLAROS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN SOBREGREGADOS, FIO2: 21% CANULA NASAL

GASTROENTERICO: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

PATRON INTESTINAL: PERISTALTISMO POSITIVO, ULTIMA DEPOSICION (04/06/2023)

METABOLICO: GLUCOMETRIA: 104-91 MG/DL

RENAL: MICCION: 1290 CC, GU: 0.6 CC/KG/HR, BALANCE ACUMULADO: -3090 CC, BALANCE 12 HR: +490 CC

EXTREMIDADES: PERFUNDIDAS, SIN EDEMA, PULSOS SIMETRICOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR < 2 SEG, ABORDAJE YUGULAR DERECHO Y FEMORAL DERECHO SIN HEMATOMA NI SANGRADO EN EL SITIO DE LA PUNCION

SNC: CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, PIRR 2 MM, SIN DEFICIT APARENTE

ANALISIS:

PACIENTE DE 52 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL, HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO CON HISTORIA DE RESECCION QUIRÚRGICA. INGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS-CI (31/05/2023) EN CONTEXTO DE DOLOR TORACICO TÍPICO (31/05/2023), CON TROPONINAS POSITIVAS, EKG QUE MOSTRO TV QUE RESOLVIO CON MANEJO CON AMIODARONA, ECO-TT

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 15 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

(01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS Y CTC (02/06/2023) CON CORONARIAS SANAS, PUENTE MUSCULAR EN LA DA. EL SERVICIO DE ELECTROFISIOLOGIA LLEVO A ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO COMPLETO DERECHO E IZQUIERDO CON MAPEO Y ABLACIÓN (04/06/2023) EXITOSA DE LA VÍA LENTA INTRANODAL EN PACIENTE CON TAQUICARDIA DOCUMENTADA COMPATIBLE. EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, SIN SOPORTES, SIN DISNEA, ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR, SITIOS DE PUNCIÓN SIN SANGRADO NI HEMATOMA, TOLERANDO VIA ORAL CON GLUCOMETRIAS EN METAS, ADECUADO RITMO DIURÉTICO, CON ECOGRAFIA RENAL QUE REPORTA AUMENTO DIFUSO DE LA ECOGENICIDAD DE AMBOS PARENQUIMAS RENALES QUE SUGIEREN CAMBIOS DE NEFROPATIA CRONICA, NEUROLÓGICAMENTE SIN DÉFICIT APARENTE. POR AHORA CONTINUA MANEJO INSTAURADO, PRONÓSTICO LIGADO A EVOLUCIÓN.

Firmado electrónicamente por **PAMELA JOHANNA PABON TSUKAMOTO** -- MEDICINA DE URGENCIAS

Tarjeta Profesional: 29360145 Identificación CC 29360145

05 junio 2023 10:20 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.4

Diagnósticos:

(I471) TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

(I219) INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION

(I219) INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION

ELECTROFISIOLOGÍA

DX:

1. POP ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CON MAPEO Y ABLACIÓN DR. ANDRES GOMEZ, 04/06/23
- ABLACIÓN EXITOSA DE LA VÍA LENTA INTRANODAL EN PACIENTE CON TAQUICARDIA DOCUMENTADA COMPATIBLE.
2. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (31/05/2023)
- CARDIOVERSIÓN FARMACOLOGICA CON AMIODARONA
3. SÍNDROME CORONARIO AGUDO ¿
- DOLOR TIPICO (31/05/2023)
- TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)
- ECO-TT (01/06/2023) FEVI: 55%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS
- CTC (02/06/2023): CORONARIAS SANAS, PUENTE MUSCULAR EN LA DA
4. HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC
- EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL
- HIPERPATIROIDISMO PRIMARIO, RESECCION QUIRÚRGICA (OCT/ 2022)
- LESIONES LITICAS EN TEJIDO OSEO DE HUESOS LARGOS
5. INJURIA RENAL EN ESTUDIO (OCT/ 2022)

Evolución: Paciente en compañía de familiar , refiere paso buena noche , sin dolor torácico , niega disnea. Tolera vía oral.

Exploración: Paciente tranquilo en cama de UCO, con monitoria continua, tranquilo y estable hemodinamicamente.

Ta:120/98 mmHg Fc: 70 lpm

Ruidos cardiacos rítmicos,regulares , no se auscultan soplos .

Herida en cuello derecho y punción venosa femoral derecha con apósito los cuales se retiran , no se evidencia estigmas de sangrado, no evidencia de hematoma , pulso femoral derecho de buena intensidad .

EKG de hoy : Ritmo sinusal con Fc de 79 lpm , Pr 141 ms , Qtc 447 ms .

.- Ayudas diagnósticas:

ECG de remisión: Taquicardia a 170, regular y de complejos angostos

ECG 01/06/23 Ritmo sinusal a 78lpm, PR 135 QRS 94 QTc 397 Eje izquierdo. No hay onda delta. Signo de HVI.

.- CORONARIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA 02/06/23:

1. ARTERIAS CORONARIAS SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS SIGNIFICATIVAS. PUENTE MUSCULAR EN DESCENDENTE ANTERIOR.

.-ECO TT 01/06/23

1. Ventrículo izquierdo de tamaño normal con hipertrofia concéntrica de grado leve con función sistólica global y segmentaria conservada. FE: 55%.

2. Patrón diastólico del VI es de tipo pseudonormalizado (grado II).

3. Crecimiento leve de aurícula izquierda.

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 16 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

4. Insuficiencia mitral funcional de grado leve a moderado (2+).
5. Cavidades derechas de tamaño y función normal.
6. No se registran cortocircuitos.
7. Baja probabilidad para hipertensión pulmonar.

.-ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO COMPLETO DERECHO E IZQUIERDO CON MAPEO Y ABLACIÓN

Mediante punción venosa yugular derecha, se avanza catéter decapolar fijo a seno coronario

Mediante punción venosa femoral derecha se avanzan catéter cuadripolar a ventrículo derecho y catéter de mapeo a surco AV derecho y zona de vía lenta y haz de His

1. EKG basal normal
2. Intervalos básicos : AH: 72 HV: 55 ms
3. Estimulación incremental auricular: Bloqueo AV tipo wenckebach a 200 lpm,
4. Estimulación programada de aurícula: Fisiología dual del nodo AV con salto en el AH de 105 ms . A S1S2 de 600/290 se llega al PRE del nodo AV.
5. Estimulación ventricular programada: conducción VA concéntrica decremental que se disocia a 260 ms. No arritmias ventriculares.
6. Ablación y modificación exitosa de la vía lenta intranodal
7. No inducción de arritmias post ablación, no saltos ni ecos nodales.

Conclusión: Ablación exitosa de la vía lenta intranodal en paciente con taquicardia documentada compatible.

Concepto: Paciente hospitalizado en el contexto de TSV la cual revirtió inicialmente con cardioversión farmacológica con amiodarona , motivo por el cual fue remitido a la institución . Al ingreso se consideró IAM sin elevación del ST por biomarcadores francamente positivos, por lo que se llevó a coronariografía que descartar enfermedad coronaria y documento puente en ADA. Solicitan valoración por la especialidad documentando ECG del evento con taquicardia de complejos angostos con RP corto que sugiere TRNAV vs vía oculta, por lo que se considero candidato para estudio electroanatómico convencional con mapeo y ablación realizado el día de ayer , en el cual se realiza ablación exitosa de la vía lenta intranodal sin complicaciones .

Hoy paciente en primer día POP con evolución clínica favorable , niega dolor torácico , Fc en metas , ekg de hoy en ritmo sinusal , punciones clínicamente sin hematoma .

Plan: Por parte de la especialidad puede continuar manejo ambulatorio , se deja cita de control en 2 meses por EEF, betabloqueador bisoprolol 2.5 mg día , recomendaciones y signos de alarma.

Tipo Estancia: Hospitalización

Criterio: Paciente con patología que requiera seguimiento clínico por tiempo superior a 6 horas

Firmado electrónicamente por **ANDRES RAMIRO GOMEZ VALENCIA** -- ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

Tarjeta Profesional: 94507725 Identificación CC 94507725

05 junio 2023 10:37 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.4

evolución hospitalización día cubículo 58

leonardo lozano lozano

edad: 52 años

diagnósticos:

1. pop estudio electrofisiológico completo derecho e izquierdo con mapeo y ablación - cmi, 04/06/23
- ablación exitosa de la vía lenta intranodal en paciente con taquicardia documentada compatible.
2. taquicardia supraventricular (31/05/2023)
- cardioversión farmacológica con amiodarona
3. síndrome coronario agudo ?
- dolor típico (31/05/2023)
- troponinas positivas (0.544 ; 0.530)
- eco-tt (01/06/2023) fevi: 55%, sin trastornos segmentarios
- ctc (02/06/2023): coronarias sanas, puente muscular en la da
4. hipoparatiroidismo secundario por hc
- en suplencia con calcio y calcitriol oral
- hiperparatiroidismo primario, resección quirúrgica (oct/ 2022)
- lesiones líticas en tejido óseo de huesos largos
5. injuria renal en estudio (oct/ 2022)

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 17 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

indicado egreso por electrofisiología

soportes: ninguno

cultivos: no

antibioticoterapia: no

ecografía renal 04/06/2023: aumento difuso de la ecogenicidad de ambos parenquimas renales que sugieren cambios de nefropatía crónica, a correlacionar con antecedentes del paciente.
volumen prostático aumentado.

G de hoy : Ritmo sinusal con Fc de 79 lpm , Pr 141 ms , Qtc 447 ms .

.- Ayudas diagnósticas:

ECG de remisión: Taquicardia a 170, regular y de complejos angostos

ECG 01/06/23 Ritmo sinusal a 78lpm, PR 135 QRS 94 QTc 397 Eje izquierdo. No hay onda delta. Signo de HVI.

.- CORONARIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA 02/06/23:

1. ARTERIAS CORONARIAS SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS SIGNIFICATIVAS. PUENTE MUSCULAR EN DESCENDENTE ANTERIOR.

.-ECO TT 01/06/23

1. Ventrículo izquierdo de tamaño normal con hipertrofia concéntrica de grado leve con función sistólica global y segmentaria conservada. FE: 55%.

2. Patrón diastólico del VI es de tipo pseudonormalizado (grado II).

3. Crecimiento leve de aurícula izquierda.

4. Insuficiencia mitral funcional de grado leve a moderado (2+).

5. Cavidades derechas de tamaño y función normal.

6. No se registran cortocircuitos.

7. Baja probabilidad para hipertensión pulmonar.

.-ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO COMPLETO DERECHO E IZQUIERDO CON MAPEO Y ABLACIÓN

Mediante punción venosa yugular derecha, se avanza catéter decapolar fijo a seno coronario

Mediante punción venosa femoral derecha se avanza catéter cuadripolar a ventrículo derecho y catéter de mapeo ablación a surco AV derecho y zona de vía lenta y haz de His

1. EKG basal normal

2. Intervalos básicos : AH: 72 HV: 55 ms

3. Estimulación incremental auricular: Bloqueo AV tipo wenckebach a 200 lpm,

4. Estimulación programada de aurícula: Fisiología dual del nodo AV con salto en el AH de 105 ms . A S1S2 de 600/290 se llega al PRE del nodo AV.

5. Estimulación ventricular programada: conducción VA concéntrica decremental que se disocia a 260 ms. No arritmias ventriculares.

6. Ablación y modificación exitosa de la vía lenta intranodal

7. No inducción de arritmias post ablación, no saltos ni ecos nodales.

Conclusión: Ablación exitosa de la vía lenta intranodal en paciente con taquicardia documentada compatible.

paraclínicos 05.06.2023 cr 1.53 bun 22.4 sodio 137 k 4.3 mg 1.8 calcio 1.15

examen físico:

signos vitales, ta: 127/91 mmhg, tam: 100 mmhg, fc: 68 lpm, fr: 15 x min, sato2: 96%, fio2: 21% cn, t: 36°C

cc: mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, no ingurgitación yugular grado 30°

cardíaco: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, ritmo sinusal en el visoscopio, sin soporte vasoactivo

respiratorio: campos pulmonares claros, murmullo vesicular conservados sin sobreagregados, fio2: 21% canula nasal

gastroenterico: abdomen blando, depresible, no distendido, sin signos de irritación peritoneal

patron intestinal: peristaltismo positivo, última deposición (04/06/2023)

metabólico: glucometría: 104-91 -114 mg/dl

renal: gu: 0.7 cc/kg/hr, balance acumulado: -3090 cc

extremidades: perfundidas, sin edema, pulsos simétricos de buena intensidad, llenado capilar < 2 seg, abordaje yugular derecho y femoral derecho sin hematoma ni sangrado en el sitio de la punción

snc: consciente, alerta, orientado, pirr 2 mm, sin déficit aparente

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 18 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

análisis:

paciente adulto mayor de alto riesgo cardiovascular en contexto de TSV la cual revirtió inicialmente con cardioversión farmacológica con amiodarona . Al ingreso se consideró IAM sin elevación del ST por biomarcadores francamente positivos, por lo que se llevó a coronariografía que descartar enfermedad coronaria y documento puente en ADA. ECG documento taquicardia de complejos angostos con RP corto que sugiere TRNAV vs vía oculta, se considero candidato para estudio electroanatómico convencional con mapeo y ablación la cual fue exitosa. en condiciones clinicas cardiovasculares post intervencion satisfactoria , asintomatico cardiovascular- variables hemodinamicas en metas. ekg ritmo sinusal .variables fisiologicas que concluyen nefropatia cronica - relacion cr /bun . sin alteracion en tasa urinaria actual con azaodos en disminucion .indicado por electrofisiologia manejo ambulatorio , se deja cita de control en 2 meses por EEF, betabloqueador bisoprolol 2.5 mg dia suspendiendo carvedilol . sin otra modificacion de manejo farmacologico , recomendaciones y signos de alarma. paciente y familiar lo entiende con claridad . seguimiento por medicina interna frente nefropatia. si

plan

egreso

indicado por especialidad tratante CX EEF

manejo ambulatorio , se deja cita de control en 2 meses por EEF, betabloqueador bisoprolol 2.5 mg dia , recomendaciones y signos de alarma.

seguimiento por m. interna // suspendiendo carvedilol . sin otra modificacion en manejo farmacologico

Dr. christian Andres Quintero Novoa MD/UCI**

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **JUAN SEBASTIAN MARTINEZ COLLAZOS** -- MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO

Tarjeta Profesional: 79903577 Identificación CC 79903577

05 junio 2023 11:35 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Día de Hospitalización No.4

FECHA DE EGRESO CUIDADO INTENSIVO 05.06.2023

análisis:

paciente adulto mayor de alto riesgo cardiovascular en contexto de TSV la cual revirtió inicialmente con cardioversión farmacológica con amiodarona . Al ingreso se consideró IAM sin elevación del ST por biomarcadores francamente positivos, por lo que se llevó a coronariografía que descartar enfermedad coronaria y documento puente en ADA. ECG documento taquicardia de complejos angostos con RP corto que sugiere TRNAV vs vía oculta, se considero candidato para estudio electroanatómico convencional con mapeo y ablación la cual fue exitosa. en condiciones clinicas cardiovasculares post intervencion satisfactoria , asintomatico cardiovascular- variables hemodinamicas en metas. ekg ritmo sinusal .variables fisiologicas que concluyen nefropatia cronica - relacion cr /bun . sin alteracion en tasa urinaria actual con azaodos en disminucion .indicado por electrofisiologia manejo ambulatorio , se deja cita de control en 2 meses por EEF, betabloqueador bisoprolol 2.5 mg dia suspendiendo carvedilol . sin otra modificacion de manejo farmacologico , recomendaciones y signos de alarma. paciente y familiar lo entiende con claridad . seguimiento por medicina interna frente nefropatia. si

plan

FECHA DE EGRESO CUIDADO INTENSIVO 05.06.2023

indicado por especialidad tratante CX EEF

manejo ambulatorio , se deja cita de control en 2 meses por EEF, betabloqueador bisoprolol 2.5 mg dia , recomendaciones y signos de alarma.

seguimiento por m. interna // suspendiendo carvedilol . sin otra modificacion en manejo farmacologico

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

Ordenes de Exámenes

02 junio 2023 00:23 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* (Hora: 00:25) 903426 HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	Ubicación No Aplica
* (Hora: 00:24) 903815 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	Ubicación No Aplica
* (Hora: 00:24) 903816 COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	Ubicación No Aplica

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 19 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

- | | |
|--|----------------------------|
| * (Hora: 00:24) 903818 COLESTEROL TOTAL | Ubicación No Aplica |
| * (Hora: 00:23) 903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | Ubicación No Aplica |
| * (Hora: 00:23) 903856 NITROGENO UREICO | Ubicación No Aplica |
| * (Hora: 00:23) 903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | Ubicación No Aplica |
| * (Hora: 00:25) 903868 TRIGLICERIDOS | Ubicación No Aplica |
| * (Hora: 00:23) 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | Ubicación No Aplica |
| Observaciones prueba de observacion otro cup rapido | |

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

02 junio 2023 00:32 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

- | | |
|---|----------------------------|
| * (Hora: 00:33) 360101 ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) UNO O DOS | Ubicación No Aplica |
| VASOS | |
| Observaciones CON POSIBILIDAD DE ANGIOPLASTIA + STENTS | |

- | | |
|--|----------------------------|
| * (Hora: 00:33) 360600 INSERCIÓN O IMPLANTE DE PROTESIS INTRACORONARIA (STENT) SOD | Ubicación No Aplica |
| Observaciones CON POSIBILIDAD DE ANGIOPLASTIA + STENTS | |

- | | |
|--|----------------------------|
| * (Hora: 00:32) 876120 ARTERIOGRAFIA CORONARIA | Ubicación No Aplica |
| Observaciones CON POSIBILIDAD DE ANGIOPLASTIA + STENTS | |

- | | |
|--|----------------------------|
| * (Hora: 00:32) 372202 CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON | Ubicación No Aplica |
| Observaciones CON POSIBILIDAD DE ANGIOPLASTIA + STENTS | |

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

02 junio 2023 14:49 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

- | | |
|--|----------------------------|
| * (Hora: 14:49) 890428CF INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA | Ubicación No Aplica |
| (ELECTROFISIOLOGIA) (ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA) | |

Firmado electrónicamente por **CHRISTIAN ANDRES PALACIOS MARTINEZ** -- MEDICINA DE URGENCIAS

Tarjeta Profesional: 41718/2012 Identificación CC 1085263639

02 junio 2023 14:54 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

- | | |
|---|----------------------------|
| * (Hora: 14:54) 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO | Ubicación No Aplica |
| Observaciones RUTINA | |

- | | |
|---|----------------------------|
| * (Hora: 14:54) 903856 NITROGENO UREICO | Ubicación No Aplica |
| Observaciones RUTINA | |

- | | |
|---|----------------------------|
| * (Hora: 14:54) 903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | Ubicación No Aplica |
| Observaciones RUTINA | |

- | | |
|--|----------------------------|
| * (Hora: 14:54) 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | Ubicación No Aplica |
| Observaciones RUTINA | |

Firmado electrónicamente por **CHRISTIAN ANDRES PALACIOS MARTINEZ** -- MEDICINA DE URGENCIAS

Tarjeta Profesional: 41718/2012 Identificación CC 1085263639

02 junio 2023 14:58 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

- | | |
|--|----------------------------|
| * (Hora: 14:58) 372801 MAPEO ELECTROANATOMICO CONVENCIONAL | Ubicación No Aplica |
| Observaciones . | |

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No.16628855

Página 20 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

* (Hora: 14:58) 373406 ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL PERCUTANEA Ubicación **No Aplica**
(ENDOVASCULAR)

Observaciones .

Firmado electrónicamente por **ANDRES RAMIRO GOMEZ VALENCIA** -- ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

Tarjeta Profesional: 94507725 Identificación CC 94507725

04 junio 2023 11:23 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* (Hora: 11:23) 881332 ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROSTATA Ubicación **No Aplica**
TRANSABDOMINAL)

Observaciones ECOGRAFIA RENAL Y DE VIAS URINARIAS PORTATIL

IDX:

1. TV (31/05/2023)

- CARDIOVERSION FARMACOLOGICA CON AMIODARONA

- POST-ABLACION (04/06/2023)

2. RESECCION DE GLANDULA PARATIROIDEA POR HC (OCT/ 2022)

2. INSUFICIENCIA RENAL EN ESTUDIO

- CR ELEVADA DESDE OCTUBRE 2022 CUANDO SE OPERO

* (Hora: 11:24) 04362 PORTATILES PARA ESTUDIOS ECOGRAFICOS (HABITACION, QUIROFANO O Ubicación **No Aplica**
UNIDAD ESPECIAL)

Observaciones ECO RENAL Y DE VIAS URINARIAS PORTATIL

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

04 junio 2023 14:31 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* (Hora: 14:31) 903110 ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 14:31) 903604 CALCIO IONICO Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 14:31) 903854 MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 14:31) 903856 NITROGENO UREICO Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 14:31) 903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 14:31) 903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 14:31) 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**

Observaciones prueba de observacion otro cup rapido

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

05 junio 2023 11:27 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* (Hora: 11:27) 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS Ubicación **No Aplica**
INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y
MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

* (Hora: 11:27) 903604 CALCIO IONICO Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 11:27) 903856 NITROGENO UREICO Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 11:27) 903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 11:27) 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

05 junio 2023 12:12 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2**

Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **22101**

Atención No. **16628855**

Página 21 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: **201.547**)

* (Hora: 12:12) 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS Ubicación **No Aplica**
INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y
MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

* (Hora: 12:12) 903604 CALCIO IONICO Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 12:12) 903856 NITROGENO UREICO Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 12:12) 903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 12:12) 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**
Observaciones prueba de observacion otro cup rapido

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

05 junio 2023 12:35 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* (Hora: 12:35) 890266 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA Ubicación **No Aplica**
Observaciones seguimiento clínico en 15 días

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

Ordenes de Medicamentos

02 junio 2023 00:15 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* ACETAMINOFEN 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación:** 1 GRAMO
Observaciones: ENDOVENOSA CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS EN CASO DE DOLOR

* ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA **Dosificación:** 100 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS YA RECIBIO CARGA (01/06/2023)

* ENOXAPARINA SODICA 80mg/ 0,8mL SOLUCIÓN INYECTABLE JP x 0,8mL **Dosificación:** 80 MILIGRAMOS
Observaciones: SUBCUTANEA CADA 12.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA **Dosificación:** 3,6 GRAMO
Observaciones: ORAL CADA 24.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* CALCITRIOL 0,25 mcg CAPSULA BLANDA **Dosificación:** 1,25 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* LOSartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación:** 50 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 12.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* CLOPIDogrel 75 mg TABLETAS RECUBIERTAS **Dosificación:** 75 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS YA RECIBIO CARGA (01/06/2023)

* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación:** 80 MILILITROS / HORA
Observaciones: ENDOVENOSA CADA 1.00 INFUSIÓN CONTINUA DURANTE 1 DÍAS

* ATORvastatina 20 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación:** 80 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación:** 0,4 MILIGRAMOS
Observaciones: ENDOVENOSA CADA 6 HORAS DURANTE 1 DÍAS EN CASO DE DOLOR TORACICO

* PANTOprazol 40 mg TABLETA **Dosificación:** 40 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

02 junio 2023 09:37 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* ACETAMINOFEN 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación:** 1 GRAMO
Observaciones: ENDOVENOSA CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS EN CASO DE DOLOR
Suspendido por: OK

* ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA **Dosificación:** 100 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 22 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

- * ENOXAPARINA SODICA 80mg/ 0,8mL SOLUCIÓN INYECTABLE JP x 0,8mL **Dosificación:** 80 MILIGRAMOS
Observaciones: SUBCUTANEA CADA 12 HORAS DURANTE 1 DÍAS
Suspendido por: OK
- * CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA **Dosificación:** 1.200 GRAMO
Observaciones: ORAL CADA 24.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS .
- * CALCITRIOL 0,25 mcg CAPSULA BLANDA **Dosificación:** 1,25 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * Losartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación:** 50 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * CLOPIDogrel 75 mg TABLETAS RECUBIERTAS **Dosificación:** 75 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS YA RECIBIO CARGA (01/06/2023)
Suspendido por: OK
- * LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación:** 80 MILILITROS / HORA
Observaciones: ENDOVENOSA CADA 1.00 INFUSIÓN CONTINUA DURANTE 1 DÍAS
- * ATORvastatina 20 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación:** 80 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación:** 0,4 MILIGRAMOS
Observaciones: ENDOVENOSA CADA 6.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS EN CASO DE DOLOR TORACICO
- * PANTOprazol 40 mg TABLETA **Dosificación:** 40 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * ENOXAPARINA SODICA 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación:** 40 MILIGRAMOS
Observaciones: SUBCUTANEA CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación:** 1 GRAMO
Observaciones: ORAL CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA **Dosificación:** 1.200 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA **Dosificación:** 1.200 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS PM

Firmado electrónicamente por **CHRISTIAN ANDRES PALACIOS MARTINEZ** -- MEDICINA DE URGENCIAS

Tarjeta Profesional: 41718/2012 Identificación CC 1085263639

02 junio 2023 17:17 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

- * CARVEDILOL 6,25 mg TABLETA **Dosificación:** 6,25 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * AMLOdipino 10 mg TABLETA **Dosificación:** 10 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS SI TAS MAYORA 140 MMHG
- * ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación:** 0,5 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS SI INSOMNIO

Firmado electrónicamente por **ALVARO ANDRES MONTENEGRO APRAEZ** -- MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO

Tarjeta Profesional: 1085267123 Identificación CC 1085267123

03 junio 2023 07:49 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

- * ACETAMINOFEN 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación:** 1 GRAMO
Observaciones: ENDOVENOSA CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS EN CASO DE DOLOR
- * ENOXAPARINA SODICA 80mg/ 0,8mL SOLUCIÓN INYECTABLE JP x 0,8mL **Dosificación:** 80 MILIGRAMOS
Observaciones: SUBCUTANEA CADA 12 HORAS DURANTE 1 DÍAS
Suspendido por: TEMRINAR
- * CLOPIDogrel 75 mg TABLETAS RECUBIERTAS **Dosificación:** 75 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS YA RECIBIO CARGA (01/06/2023)
Suspendido por: TERMINAR

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 23 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: LOZANO LOZANO LEONARDO (No Interno: 201.547)

- * ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA **Dosificación:** 100 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS
Suspendido por: TERMINAR
- * CALCITRIOL 0,25 mcg CAPSULA BLANDA **Dosificación:** 1,25 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * Losartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación:** 50 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación:** 80 MILILITROS / HORA
Observaciones: ENDOVENOSA CADA 1 INFUSIÓN CONTINUA DURANTE 1 DÍAS
Suspendido por: TERMINAR
- * ATORvastatina 20 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación:** 80 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación:** 0,4 MILIGRAMOS
Observaciones: ENDOVENOSA CADA 6 HORAS DURANTE 1 DÍAS EN CASO DE DOLOR TORACICO
- * PANTOprazol 40 mg TABLETA **Dosificación:** 40 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * ENOXAPARINA SODICA 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación:** 40 MILIGRAMOS
Observaciones: SUBCUTANEA CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación:** 1 GRAMO
Observaciones: ORAL CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA **Dosificación:** 1.200 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS PM
- * CARVEDILOL 6,25 mg TABLETA **Dosificación:** 6,25 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * AMLOdipino 10 mg TABLETA **Dosificación:** 10 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS SI TAS MAYORA 140 MMHG
- * ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación:** 0,5 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS SI INSOMNIO
- * ACETAMINOFEN 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación:** 1 GRAMO
Observaciones: ENDOVENOSA CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS EN CASO DE DOLOR
- * ENOXAPARINA SODICA 80mg/ 0,8mL SOLUCIÓN INYECTABLE JP x 0,8mL **Dosificación:** 80 MILIGRAMOS
Observaciones: SUBCUTANEA CADA 12 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * CLOPIDogrel 75 mg TABLETAS RECUBIERTAS **Dosificación:** 75 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS YA RECIBIO CARGA (01/06/2023)
Suspendido por: TERMINAR
- * ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA **Dosificación:** 100 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * CALCITRIOL 0,25 mcg CAPSULA BLANDA **Dosificación:** 1,25 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * Losartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación:** 50 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación:** 80 MILILITROS / HORA
Observaciones: ENDOVENOSA CADA 1 INFUSIÓN CONTINUA DURANTE 1 DÍAS
Suspendido por: TERMINAR
- * ATORvastatina 20 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación:** 80 MILIGRAMOS
Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS
- * HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación:** 0,4 MILIGRAMOS

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 24 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: LOZANO LOZANO LEONARDO (No Interno: 201.547)

Observaciones: ENDOVENOSA CADA 6 HORAS DURANTE 1 DÍAS EN CASO DE DOLOR TORACICO

* PANTOprazol 40 mg TABLETA **Dosificación:** 40 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* ENOXAPARINA SODICA 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación:** 40 MILIGRAMOS

Observaciones: SUBCUTANEA CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación:** 1 GRAMO

Observaciones: ORAL CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA **Dosificación:** 1.200 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS PM

* CARVEDILOL 6,25 mg TABLETA **Dosificación:** 6,25 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* AMLodipino 10 mg TABLETA **Dosificación:** 10 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS SI TAS MAYORA 140 MMHG

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación:** 0,5 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS SI INSOMNIO

Firmado electrónicamente por JUAN FELIPE SANJUAN MARIN -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

04 junio 2023 10:55 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA **Dosificación:** 100 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* CALCITRIOL 0,25 mcg CAPSULA BLANDA **Dosificación:** 1,25 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* Losartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación:** 50 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* ATORvastatina 20 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación:** 80 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación:** 0,4 MILIGRAMOS

Observaciones: ENDOVENOSA CADA 6 HORAS DURANTE 1 DÍAS EN CASO DE DOLOR TORACICO

* PANTOprazol 40 mg TABLETA **Dosificación:** 40 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* ENOXAPARINA SODICA 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación:** 40 MILIGRAMOS

Observaciones: SUBCUTANEA CADA 24.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS *** INICIAR 9 PM . PREGUNTAR ANTES DE ADMINISTRAR.

* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación:** 1 GRAMO

Observaciones: ORAL CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA **Dosificación:** 1.200 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS CON LA CENA

* CARVEDILOL 6,25 mg TABLETA **Dosificación:** 6,25 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 1 DÍAS

* AMLodipino 10 mg TABLETA **Dosificación:** 10 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS SI TAS MAYORA 140 MMHG

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación:** 0,5 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 DÍAS SI INSOMNIO

* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación:** 80 MILILITROS / HORA

Observaciones: ENDOVENOSA CADA 1.00 INFUSIÓN CONTINUA DURANTE 1 DÍAS

Firmado electrónicamente por JUAN FELIPE SANJUAN MARIN -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

04 junio 2023 11:10 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No.16628855

Página 25 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

* CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA **Dosificación:** 1.200 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS CON EL ALMUERZO

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

04 junio 2023 11:11 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA **Dosificación:** 1.200 MILIGRAMOS

Observaciones: ORAL CADA 24.00 HORAS DURANTE 1 DÍAS CON EL DESAYUNO

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

Ordenes Generales

02 junio 2023 00:31 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

MONITORIA UCI

CABECERA A 45 GRADOS.

CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 1 HORA.

CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS.

NUTRICIÓN: DIETA CORONARIO, DIFERIDA POR CTC (02/06/2023).

LEV RINGER A 80 CC HR

TROMBOPROFILAXIS, EN ANTICOAGULACION FORMAL CON HBPM (CLEXANE).

GASTROPROTECCIÓN CON IBP (SEGREGAM).

GLUCOMETRIAS CADA 12 HORAS.

EN CASO DE HIPERGLUCEMIA INICIO DE INSULINA SEGÚN PROTOCOLO.

EN CASO DE HIPOGLICEMIA, SI GLUC MENOR A 80 INCIAR FLUJO METABÓLICO A 30 CC

TERAPIA RESPIRATORIA CADA 12 HORAS

REHABILITACION CARDIACA CADA 12 HORAS.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN ESTÁNDAR, CUIDADOS DE PIEL, HIGIENE ORAL, BARANDAS EN ALTO CAMBIOS DE POSICIÓN, MEDIDAS ANTIESCARAS.

PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN, MOVIMIENTOS PASIVOS Y ACTIVOS , SENTAR EN SILLA , DEMABULACION ASISTIDA

METAS:

GLUCOMETRIA DE 80 -140 MG/DL

DIURESIS DE 0.5 A 2.0 CC/KG/H, PLAN DE BALANCE NEUTRO

TAM DE 65-95 MMHG

SATURACIÓN MAYOR A 90%

EVA <4

INFORMACION A FAMILIARES.

.

ORDENES DEL DIA:

- MONITORIA Y CUIDADO INTEGRAL EN UCI

- SEGUIMIENTO CONJUNTO CON CARDIOLOGIA HEMODINAMIA, NEFROLOGIA

- ANTI-HTA ORALES (LOSARTAN)

- ANTI-ISQUEMICOS (ATORVASTATINA)

- ANTIAGREGACION DUAL (ASA, CLOPIDOGREL) YA RECIBIO CARGA EN URGENCIAS-CI

- EN PREPARACION PARA ESTRATIFICACION INVASIVA CON CTC EL VIERNES (02/06/2023)

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

02 junio 2023 12:02 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

MONITORIA UCI

CABECERA A 45 GRADOS.

CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 1 HORA.

CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS.

NUTRICIÓN: DIETA CORONARIO, DIFERIDA POR CTC (02/06/2023).

LEV RINGER A 80 CC HR

TROMBOPROFILAXIS, EN ANTICOAGULACION FORMAL CON HBPM (CLEXANE).

GASTROPROTECCIÓN CON IBP (SEGREGAM).

GLUCOMETRIAS CADA 12 HORAS.

EN CASO DE HIPERGLUCEMIA INICIO DE INSULINA SEGÚN PROTOCOLO.

EN CASO DE HIPOGLICEMIA, SI GLUC MENOR A 80 INCIAR FLUJO METABÓLICO A 30 CC

TERAPIA RESPIRATORIA CADA 12 HORAS

REHABILITACION CARDIACA CADA 12 HORAS.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN ESTÁNDAR, CUIDADOS DE PIEL, HIGIENE ORAL, BARANDAS EN ALTO CAMBIOS DE POSICIÓN,

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2**

Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **22101**

Atención No. **16628855**

Página 26 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: **201.547**)

MEDIDAS ANTIESCARAS.

PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN, MOVIMIENTOS PASIVOS Y ACTIVOS , SENTAR EN SILLA , DEMABULACION ASISTIDA

METAS:

GLUCOMETRIA DE 80 -140 MG/DL

DIURESIS DE 0.5 A 2.0 CC/KG/H, PLAN DE BALANCE NEUTRO

TAM DE 65-95 MMHG

SATURACIÓN MAYOR A 90%

EVA <4

INFORMACION A FAMILIARES.

Firmado electrónicamente por **CHRISTIAN ANDRES PALACIOS MARTINEZ** -- MEDICINA DE URGENCIAS

Tarjeta Profesional: 41718/2012 Identificación CC 1085263639

04 junio 2023 10:58 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

CABECERA A 30°

UNA VEZ COMPLETADA LA VIGILANCIA DE SANGRADOS DE PUNCIÓN - FAVORECER SEDESTACIÓN

CAMBIOS DE POSICION CADA 2 HORAS

CUANTIFICACION ESTRICA DE LA - LE

CUIDADOS DE SITIOS DE PUNCIÓN

INFORMACION A FAMILIARES

MEDIDAS DE PREVENCIÓN ESTANDAR (BARANDAS EN ALTO, HIGIENE ORAL , CUIDADOS DE PIEL)

MONITORIA HEMODINAMICA CONTINUA

MONITORIA ELECTRICA CONTINUA.

ORDENES UCI

TERAPIA FISICA

FAVORECER AUTONOMIA Y EVITAR DESACONDICIONAMIENTO

TERAPIA RESPIRATORIA A NECESIDAD

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

Nota de Egreso

03 junio 2023 15:53 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

análisis:

paciente adulto mayor de alto riesgo cardiovascular en contexto de TSV la cual revirtió inicialmente con cardioversión farmacológica con amiodarona . Al ingreso se consideró IAM sin elevación del ST por biomarcadores francamente positivos, por lo que se llevó a coronariografía que descartar enfermedad coronaria y documento puente en ADA. ECG documento taquicardia de complejos angostos con RP corto que sugiere TRNAV vs vía oculta, se considero candidato para estudio electroanatómico convencional con mapeo y ablación la cual fue exitosa. en condiciones clinicas cardiovasculares post intervencion satisfactoria , asintomatico cardiovascular- variables hemodinamicas en metas. ekg ritmo sinusal .variables fisiologicas que concluyen nefropatia cronica - relacion cr /bun . sin alteracion en tasa urinaria actual con azaodos en disminucion .indicado por electrofisiologia manejo ambulatorio , se deja cita de control en 2 meses por EEF, betabloqueador bisoprolol 2.5 mg dia suspendiendo carvedilol . sin otra modificacion de manejo farmacologico , recomendaciones y signos de alarma. paciente y familiar lo entiende con claridad . seguimiento por medicina interna frente nefropatia. si

plan

egreso

indicado por especialidad tratante CX EEF

manejo ambulatorio , se deja cita de control en 2 meses por EEF, betabloqueador bisoprolol 2.5 mg dia , recomendaciones y signos de alarma.

seguimiento por m. interna // suspendiendo carvedilol . sin otra modificacion en manejo farmacologico

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

Salida

05 junio 2023 12:11 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Estado vital al salir **Vivo**

Estado al salir

Destino al salir **Domicilio**

Fecha y hora de salida **05 jun. 2023 12:09**

Remitido a

Medio de transporte

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

Nota de Egreso

05 junio 2023 12:13 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No.16628855

Página 27 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

Se dan recomendaciones al paciente/familia indicado por especialidad tratante CX EEF manejo ambulatorio , se deja cita de control en 2 meses por EEF, betabloqueador bisoprolol 2.5 mg dia , recomendaciones y signos de alarma. seguimiento por m. interna // suspendiendo carvedilol . sin otra modificacion en manejo farmacologico

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

Diagnósticos Egreso

-- (I219) **INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION**

Localización

Tipo DX

Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **JUAN FELIPE SANJUAN MARIN** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144033495 Identificación CC 1144033495

Control de Medicamentos

02 junio 2023 02:41 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 06:00 PANTOprazol 40 mg TABLETA 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: NO SE ADMINISTRA

* 02 Jun 2023 06:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALISON DAHIAN LOPEZ MINA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1111538847

02 junio 2023 02:42 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 00:00 ACETAMINOFEN 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

Observaciones: NO SE ADMINISTR A

* 02 Jun 2023 00:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALISON DAHIAN LOPEZ MINA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1111538847

02 junio 2023 06:36 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: INFUSION CONTINUA

* 02 Jun 2023 05:00 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1000 MILILITROS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALISON DAHIAN LOPEZ MINA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1111538847

02 junio 2023 08:34 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 08:00 ACETAMINOFEN 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **GRACIELA TERREROS ARANGO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1143844041

02 junio 2023 12:09 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 12:00 CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA 1200 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **GRACIELA TERREROS ARANGO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1143844041

02 junio 2023 12:10 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 14:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **GRACIELA TERREROS ARANGO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1143844041

02 junio 2023 12:11 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 12:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ORAL

* 02 Jun 2023 12:00 CALCITRIOL 0,25 mcg CAPSULA BLANDA 1.3 MICROGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **GRACIELA TERREROS ARANGO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1143844041

02 junio 2023 12:12 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 12:00 ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA 100 MILIGRAMOS Via ORAL

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 28 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: LOZANO LOZANO LEONARDO (No Interno: 201.547)

* 02 Jun 2023 10:00 LOSartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA 50 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por GRACIELA TERREROS ARANGO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1143844041

02 junio 2023 16:57 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 18:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por GRACIELA TERREROS ARANGO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1143844041

02 junio 2023 16:58 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 18:00 CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA 1200 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por GRACIELA TERREROS ARANGO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1143844041

02 junio 2023 19:36 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 18:00 AMLodipino 10 mg TABLETA 10 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por GRACIELA TERREROS ARANGO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1143844041

02 junio 2023 20:15 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 22:00 ALPRazolam 0,5 mg TABLETA 0.5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por ERIKA NAIDU FERNANDEZ CAMAYO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 31711730

02 junio 2023 20:16 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 20:00 CARVEDILOL 6,25 mg TABLETA 6.3 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por ERIKA NAIDU FERNANDEZ CAMAYO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 31711730

02 junio 2023 20:17 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 20:00 ENOXAPARINA SODICA 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Firmado electrónicamente por ERIKA NAIDU FERNANDEZ CAMAYO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 31711730

02 junio 2023 20:18 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 22:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por ERIKA NAIDU FERNANDEZ CAMAYO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 31711730

02 junio 2023 20:19 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 02 Jun 2023 22:00 LOSartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA 50 MILIGRAMOS Via ORAL

* 02 Jun 2023 22:00 ATORvastatina 20 mg TABLETA RECUBIERTA 80 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por ERIKA NAIDU FERNANDEZ CAMAYO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 31711730

03 junio 2023 06:40 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 06:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por ERIKA NAIDU FERNANDEZ CAMAYO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 31711730

03 junio 2023 06:41 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 06:00 PANToprazol 40 mg TABLETA 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por ERIKA NAIDU FERNANDEZ CAMAYO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 31711730

03 junio 2023 06:42 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: no se administra

* 03 Jun 2023 06:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por ERIKA NAIDU FERNANDEZ CAMAYO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 31711730

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 29 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: LOZANO LOZANO LEONARDO (No Interno: 201.547)

03 junio 2023 07:50 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: se realiza chequeo cruzado con el jefe de turno

* 03 Jun 2023 11:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por JAVIER NAVARRO CASTRO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1005891817

03 junio 2023 07:52 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 11:00 CALCITRIOL 0,25 mcg CAPSULA BLANDA 1.3 MILIGRAMOS Via ORAL

* 03 Jun 2023 10:00 LOSartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA 50 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por JAVIER NAVARRO CASTRO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1005891817

03 junio 2023 07:53 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 11:00 CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA 1200 MILIGRAMOS Via ORAL

* 03 Jun 2023 08:00 CARVEDILOL 6,25 mg TABLETA 6.3 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por JAVIER NAVARRO CASTRO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1005891817

03 junio 2023 07:54 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 11:00 ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA 100 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por JAVIER NAVARRO CASTRO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1005891817

03 junio 2023 07:55 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 08:00 CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA 1200 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por JAVIER NAVARRO CASTRO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1005891817

03 junio 2023 16:56 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 18:00 AMLodipino 10 mg TABLETA 10 MILIGRAMOS Via ORAL

* 03 Jun 2023 18:00 CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA 1200 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por JAVIER NAVARRO CASTRO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1005891817

03 junio 2023 16:57 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 14:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por JAVIER NAVARRO CASTRO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1005891817

03 junio 2023 16:58 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: se realiza chequeo cruzado con el jefe de turno, no se adm

* 03 Jun 2023 18:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por JAVIER NAVARRO CASTRO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1005891817

03 junio 2023 16:59 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 18:00 ENOXAPARINA SODICA 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Firmado electrónicamente por JAVIER NAVARRO CASTRO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1005891817

03 junio 2023 19:54 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 22:00 ALPRazolam 0,5 mg TABLETA 0.5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por MARIA CECILIA VELASCO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66914143

03 junio 2023 19:55 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 20:00 CARVEDILOL 6,25 mg TABLETA 6.3 MILIGRAMOS Via ORAL

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No.16628855

Página 30 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: LOZANO LOZANO LEONARDO (No Interno: 201.547)

Firmado electrónicamente por MARIA CECILIA VELASCO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

03 junio 2023 19:56 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 22:00 LOSartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA 50 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: no se administra

* 03 Jun 2023 22:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por MARIA CECILIA VELASCO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

03 junio 2023 19:57 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 03 Jun 2023 22:00 ATORvastatina 20 mg TABLETA RECUBIERTA 80 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por MARIA CECILIA VELASCO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

03 junio 2023 23:51 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: INFUSION CONTINUA,+ equipo,

* 03 Jun 2023 23:53 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1000 MILILITROS Via ENDOVENOSA

Observaciones: no se administra, no refiere dolor

* 04 Jun 2023 00:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por MARIA CECILIA VELASCO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

04 junio 2023 02:35 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: No, se administra

* 04 Jun 2023 06:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 04 Jun 2023 06:00 PANTOprazol 40 mg TABLETA 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por MARIA CECILIA VELASCO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

04 junio 2023 02:36 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: no se administra

* 04 Jun 2023 06:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por MARIA CECILIA VELASCO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

04 junio 2023 12:32 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 04 Jun 2023 12:00 CALCITRIOL 0,25 mcg CAPSULA BLANDA 1.3 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por ESTEBAN ECHEVERRI VIVAS -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1130665932

04 junio 2023 12:33 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 04 Jun 2023 12:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 04 Jun 2023 10:00 LOSartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA 50 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por ESTEBAN ECHEVERRI VIVAS -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1130665932

04 junio 2023 12:35 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 04 Jun 2023 12:00 ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA 100 MILIGRAMOS Via ORAL

* 04 Jun 2023 08:40 CARVEDILOL 6,25 mg TABLETA 6.3 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por ESTEBAN ECHEVERRI VIVAS -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1130665932

04 junio 2023 12:36 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 04 Jun 2023 12:00 CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA 1200 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por ESTEBAN ECHEVERRI VIVAS -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1130665932

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2**

Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **22101**

Atención No. **16628855**

Página 31 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: **201.547**)

04 junio 2023 12:37 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 04 Jun 2023 09:00 CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA 1200 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ESTEBAN ECHEVERRI VIVAS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1130665932

04 junio 2023 18:55 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 04 Jun 2023 18:00 AMLodipino 10 mg TABLETA 10 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ESTEBAN ECHEVERRI VIVAS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1130665932

04 junio 2023 18:57 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 04 Jun 2023 18:00 CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA 1200 MILIGRAMOS Via ORAL

* 04 Jun 2023 15:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 11 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ESTEBAN ECHEVERRI VIVAS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1130665932

04 junio 2023 18:58 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 04 Jun 2023 18:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ESTEBAN ECHEVERRI VIVAS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1130665932

04 junio 2023 19:27 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 04 Jun 2023 22:00 ENOXAPARINA SODICA 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Observaciones: no se administra

* 04 Jun 2023 22:00 ALPRazolam 0,5 mg TABLETA 0.5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA CECILIA VELASCO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

04 junio 2023 19:28 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: no se administra

* 04 Jun 2023 22:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

* 04 Jun 2023 20:00 CARVEDILOL 6,25 mg TABLETA 6.3 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA CECILIA VELASCO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

04 junio 2023 19:29 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 04 Jun 2023 22:00 LOSartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA 50 MILIGRAMOS Via ORAL

* 04 Jun 2023 22:00 ATORvastatina 20 mg TABLETA RECUBIERTA 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA CECILIA VELASCO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

04 junio 2023 23:49 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: no, se administra

* 05 Jun 2023 00:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA CECILIA VELASCO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

05 junio 2023 02:49 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: no se admitirá

* 05 Jun 2023 06:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA CECILIA VELASCO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

05 junio 2023 02:51 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 05 Jun 2023 06:00 PANTOprazol 40 mg TABLETA 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA CECILIA VELASCO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 32 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: LOZANO LOZANO LEONARDO (No Interno: 201.547)

05 junio 2023 04:44 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: no, se administra

* 05 Jun 2023 06:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por MARIA CECILIA VELASCO -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66914143

05 junio 2023 10:38 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 05 Jun 2023 08:00 CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA 1200 GRAMO Via ORAL

* 05 Jun 2023 12:00 CALCIO 600 mg + VITAMINA D 400 unidades TABLETA 1200 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por STIVEN SMITH GIRALDO ARCILA -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1118297904

05 junio 2023 10:39 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 05 Jun 2023 12:00 ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA 100 MILIGRAMOS Via ORAL

* 05 Jun 2023 08:00 CARVEDILOL 6,25 mg TABLETA 6.3 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por STIVEN SMITH GIRALDO ARCILA -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1118297904

05 junio 2023 10:40 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 05 Jun 2023 10:00 LOSartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA 50 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por STIVEN SMITH GIRALDO ARCILA -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1118297904

05 junio 2023 10:44 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: no se administra paciente sin dolor

* 05 Jun 2023 12:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por STIVEN SMITH GIRALDO ARCILA -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1118297904

05 junio 2023 10:47 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

* 05 Jun 2023 12:00 CALCITRIOL 0,25 mcg CAPSULA BLANDA 1.3 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por STIVEN SMITH GIRALDO ARCILA -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1118297904

06 junio 2023 11:30 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Observaciones: ADMINISTRADO EL 04 DE JUNIO A LA S 22 H POR CECILIA VELASCO , POR ERROR REGISTRO SOLO DOS TABLETAS Y LA DOSIS ADMINISTRADA FUERON 4 TABLETAS

* 06 Jun 2023 08:00 ATORvastatina 20 mg TABLETA RECUBIERTA 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: ADMINISTRADO EL 02 DE JUNIO

* 06 Jun 2023 08:00 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1000 MILILITROS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por ELIZABETH BERMUDEZ RODRIGUEZ -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38790842

Notas de Enfermería

02 junio 2023 07:23 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

CUBICLO 58

LEONARDO LOZANO LOZANO

CC 16453269

00:09-7:00

00:09 Recibo paciente procedente de urgencias, en camilla en compañía de personal asistencial, con signos vitales; FC 78, FR 21, TA 153/111, saO2 95%, glucometria de 128mg/dl. Cabecera a 35°, despierto, consciente y orientado en sus tres esferas, Glasgow 15 /15 región occipital y pabellón auricular bilateral sin lesión, pupilas isocóricas reactivas en 2mm ambas, sin soporte de oxígeno suplementario, saturando adecuadamente. Mucosas orales hidratadas, cuello móvil, sin adenopatías aparentes. Tórax simétrico, expandible, conectado a monitoria cardiaca continua. Miembro superiores simétricos, vena periférica con cateter corto #18 en pliegue de MSI, cubierto con apósito transparente, sin signos de flebitis. Vena periférica con cateter corto #18 en antebrazo de MSI, cubierto con apósito transparente, sin signos de flebitis, recibiendo las siguientes infusiones: Plan de LEV en lactato Ringer a 80cc/h + medicamentos ev. Movilidad y Fuerza muscular conservada 5/5, Pulsos radial y ulnar presentes, conservados (+++) y adecuada perfusión distal. Abdomen blando

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2**

Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **22101**

Atención No. **16628855**

Página 33 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: **201.547**)

depresible, no doloroso a la palpación. Eliminando espontáneo en piscigno, en moderada cantidad, orina clara. Genitales íntegros, región sacra, trocántérica e interglútea íntegra. Movilidad conservada en miembros inferiores, fuerza muscular 5/5, pulsos pedios presentes, conservados (+++) adecuada perfusión distal, talones íntegros.

Escala de Braden bajo

EVA 0

Alergias NO

Manilla en: MSI

Manilla de Riego Caída: SÍ

Aislamiento: N/A

Riesgo LPP: Fricción*Humedad * Presión*Adhesivos

Higiene Oral con clorhexidina: si con crema dental y cepillo

Higiene del Meato Urinario: SI (con jabon PH neutro según protocolo institucional).

Riesgo de caída: Se dan recomendaciones al paciente y/o familia sobre la prevención de caídas, cama con barandas elevadas, cama con el nivel bajo de altura, paciente con manilla de color lila.

PACIENTE QUE ES VALORADO POR MEDICO Y PERSONAL DE ENFERMERIA DE TURNO.

Se administra tratamiento farmacológico con horario, sin reacciones ni efectos adversos.

Paciente que permanece tranquilo, duerme intervalos largos. Permanece en compañía de familiar.

6:00 Paciente quien durante la noche hemodinamicamente; afebril, normocardico, hipertenso, se informa a jefe de turno. Se brindan medidas de higiene y confort, se realiza baño en cama con paños institucionales, higiene de genital con agua y jabon de pH neutro, se dejan compresas en pliegue inguinal y en pene en forma de cono, se brindan cuidados de la piel, piel íntegra, se asiste higiene oral. Dispositivos invasivos permeables, sin soporte de oxigeno suplementario, saturando adecuadamente, sin nada vía oral, en espera de cateterismo, elimina espontaneo en moderada cantidad, no realiza deposición.

SE TOMA EKG de control.

7:00 queda paciente en cama, con cabecera a 35°, Glasgow 15/15, sin cambios en sus dispositivos medicos. Cama frenada al mínimo nivel de altura, barandas elevadas.

Firmado electrónicamente por **ALISON DAHIAN LOPEZ MINA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1111538847

02 junio 2023 19:31 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

7:00 Recibo paciente en cama, Cabecera a 35°, despierto, consciente y orientado en sus tres esferas, Glasgow 15 /15 región occipital y pabellón auricular bilateral sin lesión, pupilas isocóricas reactivas en 2mm ambas, sin soporte de oxigeno suplementario, saturando adecuadamente. Mucosas orales hidratadas, cuello móvil, sin adenopatías aparentes. Tórax simétrico, expandible, conectado a monitoria cardiaca continua. Miembro superiores simétricos, vena periférica con cateter corto #18 en pliegue de MSI, cubierto con apósito transparente, sin signos de flebitis. Vena periférica con cateter corto #18 en antebrazo de MSI, cubierto con apósito transparente, sin signos de flebitis, recibiendo las siguientes infusiones: Plan de LEV en lactato Ringer a 80cc/h + medicamentos ev. Movilidad y Fuerza muscular conservada 5/5, Pulsos radial y ulnar presentes, conservados (++++) y adecuada perfusión distal. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación. Eliminando espontáneo en piscigno, en moderada cantidad, orina clara. Genitales íntegros, región sacra, trocántérica e interglútea íntegra. Movilidad conservada en miembros inferiores, fuerza muscular 5/5, pulsos pedios presentes, conservados (+++) adecuada perfusión distal, talones íntegros.

Escala de Braden: 16

EVA 0

Alergias NO

Manilla en: MSI

Manilla de Riego Caída: SÍ

Aislamiento: no

Riesgo LPP: Fricción*Humedad * Presión*Adhesivos

Higiene Oral con clorhexidina: si con crema dental y cepillo

Higiene del Meato Urinario: SI (con jabon PH neutro según protocolo institucional).

Riesgo de caída: Se dan recomendaciones al paciente y/o familia sobre la prevención de caídas, cama con barandas elevadas, cama con el nivel bajo de altura, paciente con manilla de color lila.

PACIENTE QUE ES VALORADO POR MEDICO Y PERSONAL DE ENFERMERIA DE TURNO.

7:20 se traslada paciente a angiografía sin complicación

9:00 regresa paciente estable, con manilla en radial derecha sin hematoma ni sangrado

10:00 elimina en buena cantidad

12:00 se le administran sus medicamentos sin complicacion

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 34 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

12:30 tolera y recibe via oral

14:00 elimina en buena cantidad

16:00 se le administran sus medicamentos sin complicacion

18:00 tolera y recibe via oral

19:00 entrego paciente en cama en iguales condiciones generales, paso el día estable, se le administraron sus medicamentos, elimino en buena cantidad, sin mas cambios

Firmado electrónicamente por **GRACIELA TERREROS ARANGO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1143844041

03 junio 2023 06:42 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

UCI-A

CUBÍCULO 58

LEONARDO LOZANO LOZANO

CC 16453269

19:00 A 7:00

19:00 Recibo paciente en cama, Cabecera a 35°, despierto, consciente y orientado en sus tres esferas, Glasgow 15 /15 región occipital y pabellón auricular bilateral sin lesión, pupilas isocóricas reactivas en 2mm ambas, sin soporte de oxígeno suplementario, saturando adecuadamente. Mucosas orales hidratadas, cuello móvil, sin adenopatías aparentes. Tórax simétrico, expandible, conectado a monitoria cardiaca continua. Miembro superiores simétricos, vena periférica con catéter corto #18 en pliegue de MSI, cubierto con apósito transparente, sin signos de flebitis. Vena periférica con catéter corto #18 en antebrazo de MSI, cubierto con apósito transparente, sin signos de flebitis, recibiendo las siguientes infusiones: medicamentos ev. Movilidad y Fuerza muscular conservada 5/5, Pulsos radial y ulnar presentes, conservados (+++) y adecuada perfusión distal. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación. Eliminando espontáneo en pisingo en moderada cantidad, orina clara. Genitales íntegros, región sacra, trocánterica e interglútea íntegra. Movilidad conservada en miembros inferiores, fuerza muscular 5/5, pulsos pedios presentes, conservados (+++) adecuada perfusión distal, talones íntegros.

Escala de Braden: 16

EVA 0

Alergias NO

Manilla en: MSI

Manilla de Riego Caída: SÍ

Aislamiento: no

Riesgo LPP: Fricción*Humedad * Presión*Adhesivos

Higiene Oral con clorhexidina: sí con crema dental y cepillo

Higiene del Meato Urinario: SI (con jabón PH neutro según protocolo institucional).

Riesgo de caída: Se dan recomendaciones al paciente y/o familia sobre la prevención de caídas, cama con barandas elevadas, cama con el nivel bajo de altura, paciente con manilla de color lila.

PACIENTE QUE ES VALORADO POR MÉDICO Y PERSONAL DE ENFERMERÍA DE TURNO.

20:00 se le brinda medidas de confort se le realiza cambio de posición por sus propios medios se le educa sobre la importancia de los cambios de posición refiere entender y colabora se le hidrata la piel con crema hidratante se le realiza higiene oral con crema dental mas cepillo de dientes por sus propios medios

22:00 se verifican dos nombre dos apellidos número de cédula correcto mas alergias se le administra tratamiento farmacológico según orden medica con horario sin evento adverso alguno se le irriga el la venopunción MSI con jeringa prellenada para garantizar permeabilidad de los lumen se observa punto de inserción limpio seco sin signos de infección recubierto con película transparente tolerar vía oral en moderada cantidad

00:00 pasa buena noche continua en iguales condiciones de salud

2:00 el jefes de turno le realiza laboratorios de control mas curación de dispositivos invasivos si lo requieren en el momento se le recuerda sobre cambio de posición

4:00 se verifican dos nombre dos apellidos número de cédula correcto mas alergias se le administra tratamiento farmacológico según orden medica con horario sin evento adverso alguno se le irriga el la venopunción MSI con jeringa

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 35 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

prellenada para garantizar permeabilidad de los lumen se observa punto de inserción limpio seco sin signos de infección recubierto con película transparente tolerar vía oral en moderada cantidad

6:00 pasa buena noche continua en iguales condiciones de salud queda con gasto urinario de 1.5cc/kg/H y con glucometría control de 101 mg/dl se le toma EKG de control

7:00 dejo paciente en uci en iguales condiciones de salud en cama con barandas altas cama bancaja por seguridad del paciente en compañía de auxiliar de turno

Firmado electrónicamente por **ERIKA NAIDU FERNANDEZ CAMAYO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31711730

03 junio 2023 15:22 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

UCI-A

CUBÍCULO 58

LEONARDO LOZANO LOZANO

CC 16453269

07:00 A 19:00

03/06/2023

07:00 Recibo paciente en cama, Cabecera a 35°, despierto, consciente y orientado en sus tres esferas, Glasgow 15/15 región occipital y pabellón auricular bilateral sin lesión, pupilas isocóricas reactivas en 2mm ambas, sin soporte de oxígeno suplementario, saturando adecuadamente. Mucosas orales hidratadas, cuello móvil, sin adenopatías aparentes. Tórax simétrico, expandible, conectado a monitoria cardiaca continua. Miembro superiores simétricos, vena periférica con catéter #22 en pliegue de MSI, cubierto con apósito transparente, sin signos de flebitis, recibiendo las siguientes infusiones: medicamentos ev. Movilidad y Fuerza muscular conservada 5/5, Pulsos radial y ulnar presentes, conservados (+++) y adecuada perfusión distal. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación. Eliminando espontáneo en pisingo en moderada cantidad, orina clara. Genitales íntegros, región sacra, trocantérica e interglútea íntegra. Movilidad conservada en miembros inferiores, fuerza muscular 5/5, pulsos pedios presentes, conservados (+++) adecuada perfusión distal, talones íntegros.

Escala de Braden: 16

EVA 0

Alergias NO

Manilla en: MSI

Manilla de Riego Caída: SÍ

Aislamiento: no

Riesgo LPP: Fricción*Humedad * Presión*Adhesivos

Higiene Oral con clorhexidina: sí con crema dental y cepillo

Higiene del Meato Urinario: SI (con jabón PH neutro según protocolo institucional).

Riesgo de caída: Se dan recomendaciones al paciente y/o familia sobre la prevención de caídas, cama con barandas elevadas, cama con el nivel bajo de altura, paciente con manilla de color lila.

PACIENTE QUE ES VALORADO POR MÉDICO Y PERSONAL DE ENFERMERÍA DE TURNO.

08:00 se brinda las medidas de bienestar y confort al paciente se le da educación de los procedimientos al realizarle y se retroalimenta de la importancia de los cambios de posición en cama, se realiza baño en cama con paños húmedos de la institución, se hace higiene en región íntima con jabon ph, se hace cambio de bóxer e hidratación de piel con crema mas linovera, se administra medicamentos con horario sin efectos adversos algunos, se brinda el desayuno en el cual el paciente acepta y tolera en adecuada cantidad

10:00 fisioterapeuta de turno le realiza al paciente terapia física y respiratoria en el cual lo hace sin ningún tipo de problema alguno, se administra medicamentos con horario sin efectos adversos algunos

12:00 paciente que durante la mañana permaneció tranquilo, colaborativo, duerme en inervalas veces, tolera la via oral en adecuada cantidad, afebril, normocárdico, normotenso, saturando por encima de los 90% oxígeno al medio ambiente

16:00 por segunda vez la fisioterapeuta de turno le realiza al paciente terapia física y respiratoria en el lo hace sin ningún tipo de problema alguno, se administra medicamentos con horario sin efectos adversos algunos, se retroalimenta al paciente de la importancia de los cambios de posición en cama, se hidrata la piel con crema mas linovera

18:00 paciente que durante el turno permaneció tranquilo, colaborativo, duerme en inervalas veces, tolera la via oral en adecuada cantidad, afebril, normocárdico, normotenso, saturando por encima de los 90% oxígeno al medio ambiente, se brinda las medidas de bienestar y confort al paciente se le da educación de los procedimientos al realizarle y se retroalimenta de la importancia de los cambios de posición en cama, hidratación de piel con crema mas linovera, se administra medicamentos con horario sin efectos adversos algunos

19:00 queda paciente en cama a cabecera 35°, hemodinamicamente estable entre las metas establecidas sin cambios en sus dispositivos medicos

Firmado electrónicamente por **JAVIER NAVARRO CASTRO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1005891817

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2**

Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **22101**

Atención No. **16628855**

Página 36 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: **201.547**)

04 junio 2023 07:00 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

UCI-A

CUBÍCULO 58

LEONARDO LOZANO LOZANO

CC 16453269

03/06/2023

19:00 Recibo paciente en cama, Cabecera a 35°, despierto, consciente y orientado en sus tres esferas, Glasgow 15/15 región occipital y pabellón auricular bilateral sin lesión, pupilas isocóricas reactivas en 3mm ambas, oxígeno al medio ambiente, saturando por encima de 90%, cuello móvil, sin masas aparentes. Tórax simétrico, conectado a monitoria cardiaca continúa sin esfuerzo respiratorio. Miembro superiores simétricos, acceso venoso periférico con catéter #22 en antebrazo izquierdo, cubierto con apósito transparente, sin signos de flebitis, pinzado en al momento. Movilidad y Fuerza muscular conservada 5/5, Pulsos radial y ulnar presentes, conservados (+++) y adecuada perfusión distal. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación. Eliminando espontáneo en pisingo en moderada cantidad, orina clara. Genitales íntegros, región sacra, trocantérica e interglútea íntegra. Movilidad conservada en miembros inferiores, fuerza muscular 5/5, pulsos pedios presentes, conservados (+++) adecuada perfusión distal, talones íntegros.

Escala de Braden: 18

EVA 0

Alergias NO

Manilla en: MSI

Manilla de Riego Caída: SÍ

Aislamiento: no

Riesgo LPP: Fricción*Humedad * Presión*Adhesivos

Higiene Oral con clorhexidina: sí con crema dental y cepillo

Higiene del Meato Urinario: SI (con jabón PH neutro según protocolo institucional).

Riesgo de caída: Se dan recomendaciones al paciente y/o familia sobre la prevención de caídas, cama con barandas elevadas, cama con el nivel bajo de altura, paciente con manilla de color lila.

20:00 Paciente valorado por médico y personal asistencial de turno.

Paciente a quien durante el turno se le brinda medidas de bienestar y confort, higiene, oral, Cambios de posición, lubricación de piel con crema humectante y aplicación de linovera y barrera cutánea. Liberación de presión protección de prominencias Oseas, Uso de removedor de adhesivos, Utilización de protectores de piel antes de poner adhesivos, Cambio frecuente de pañal.

23:00 Jefe de turno le toma paraclínicos de control.

05:00 Paciente a quien durante el turno se le brinda medidas de bienestar y confort, higiene corporal total, higiene oral con clorhexidina, higiene de genitales con jabón de PH neutro y agua. Cambios de posición, lubricación de piel con crema humectante y aplicación de linovera y barrera cutánea. Liberación de presión protección de prominencias Oseas

Se le administra tratamiento farmacológico indicado, no se presentan eventos adversos

Durante el turno se le realiza control de líquidos eliminados y administrados, control escala de dolor, elimina en buena cantidad.

No Hace deposición.

Glucometrias dentro de metas.

Se canalizan dos venopunciones en antebrazo derecho con cateter periférico # 22 y 20 únicas punciones, por orden médica se inicia plan de líquidos a 60cc/h en Ringer.

PACIENTE PARA ANGIOGRAFIA

SE LLEVA paciente despierto, consciente, orientado, en compañía auxiliar de enfermería, camillero y familiar a sala de angiografía para procedimiento programado para hoy, en el momento con ayuno requerido y depilación región radial en área inguinal bilateral. Va con monitoreo cateter # 20 recibiendo plan en Ringer a 60cc/h y el otro con cateter periférico número 22 pinzado. , cubierto, permeable, sin signos de flebitis, pasando Ringer a 600cc/h, se hace entrega de paciente e historia clínica completa al personal encargado de angiografía.

Queda paciente en cama, cabecera a 30°, Glasgow 15/15, saturando 95%. Venopunciones permeables sin signos de infección, cubierto con tegaderm, En compañía de familiar.

Firmado electrónicamente por **MARIA CECILIA VELASCO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

04 junio 2023 09:00 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

UCI-A

CUBÍCULO 58

LEONARDO LOZANO LOZANO

CC 16453269

09:00 Ingresa paciente en cama, Cabecera a 35°, despierto, consciente y orientado en sus tres esferas, Glasgow 15/15 región occipital y pabellón auricular bilateral sin lesión, pupilas isocóricas reactivas en 3mm ambas, oxígeno al medio

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2**

Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **22101**

Atención No. **16628855**

Página 37 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: **201.547**)

ambiente, saturando por encima de 90%, cuello móvil, sin masas aparentes. Punción yugular derecha pop de estudio electrofisiológico. Cubierta con apósito +tegaderm, no signos de hematoma, no sangrado, no equimosis. Tórax simétrico, conectado a monitoria cardíaca continúa sin esfuerzo respiratorio. Miembro superiores simétricos, acceso venoso periférico con catéter #22 en antebrazo izquierdo, cubierto con apósito transparente, sin signos de flebitis, pinzado en al momento. Movilidad y Fuerza muscular conservada 5/5, Pulsos radial y ulnar presentes, conservados (+++) y adecuada perfusión distal.

Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación.

Punción femoral derecha, cubierta con apósito compresivo, no signos de sangrado, no equimosis, no hematoma, pulsos pedios presentes. +++..eliminando espontáneo en pisingo en moderada cantidad, orina clara. Genitales íntegros, región sacra, trocantérica e interglútea íntegra.

Movilidad conservada en miembros inferiores, fuerza muscular 5/5, pulsos pedios presentes, conservados (+++) adecuada perfusión distal, talones íntegros.

Escala de Braden: 18

EVA 0

Alergias NO

Manilla en: MSI

Manilla de Riego Caída: SÍ

Aislamiento: no

Riesgo LPP: Fricción*Humedad * Presión*Adhesivos

Higiene Oral con clorhexidina: sí con crema dental y cepillo

Higiene del Meato Urinario: SI (con jabón PH neutro según protocolo institucional).

Riesgo de caída: Se dan recomendaciones al paciente y/o familia sobre la prevención de caídas, cama con barandas elevadas, cama con el nivel bajo de altura, paciente con manilla de color lila.

Paciente se reubica en cubículo 58. Valorado por medico de turno, ordena manejo en unidad.

10:00 Horas sv estables, se administra medicación sin complicacion

12:00 Horas paciente con sv estables, diuresis positiva, se moviliza sin complicacion, por sus propios medios, no lesiones, de piel.

14:00 Horas duerme intervalos cortos, no complicacion.

16:00 Horas paciente hemodinamicamente estables, eva 0/10 .tolerando medicación.

18:00 Horas sv estables, glicemias en parámetros normales, pasa turno sin complicacion.

19:00 Horas entrego paciente en cama, continua manejo e unidad

Firmado electrónicamente por **ESTEBAN ECHEVERRI VIVAS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1130665932

05 junio 2023 07:31 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

UCI-A

CUBÍCULO 58

LEONARDO LOZANO LOZANO

CC 16453269

04/06/2023

19:00 Recibo paciente en cama, Cabecera a 35°, despierto, consciente y orientado en sus tres esferas, Glasgow 15 /15 región occipital y pabellón auricular bilateral sin lesión, pupilas isocóricas reactivas en 3mm ambas, oxígeno al medio ambiente, saturando por encima de 90%, cuello móvil, sin masas aparentes. Sitio de punción de angiografía yugular derecho cubierto con gasa y apósito trasparente, sin hematoma, sin sangrado sin equimosis Tórax simétrico, conectado a monitoria cardíaca continúa sin esfuerzo respiratorio. Miembro superiores simétricos, acceso venoso periférico con catéter #22 en antebrazo derecho, cubierto con apósito transparente, sin signos de flebitis, recibiendo plan de líquidos en Ringer a 600cc/h. Movilidad y Fuerza muscular conservada 5/5, Pulsos radial y ulnar presentes, conservados (+++) y adecuada perfusión distal. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación. Eliminando espontáneo en pisingo en moderada cantidad, orina clara. Genitales íntegros, sitio de punción de angiografía femoral derecho con vendaje compresivo, sin hematoma, sin sangrado sin equimosis, región sacra, trocantérica e interglútea íntegra. Movilidad conservada en miembros inferiores, fuerza muscular 5/5, pulsos pedios presentes, conservados (+++) adecuada perfusión distal, talones íntegros.

Escala de Braden: 18

EVA 0

Alergias NO

Manilla en: MSI

Manilla de Riego Caída: SÍ

Aislamiento: no

Riesgo LPP: Fricción*Humedad * Presión*Adhesivos

Higiene Oral con clorhexidina: sí con crema dental y cepillo

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2**

Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **22101**

Atención No. **16628855**

Página 38 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: **201.547**)

Higiene del Meato Urinario: SI (con jabón PH neutro según protocolo institucional).

Riesgo de caída: Se dan recomendaciones al paciente y/o familia sobre la prevención de caídas, cama con barandas elevadas, cama con el nivel bajo de altura, paciente con manilla de color lila.

20:00 Paciente valorado por médico y personal asistencial de turno.

Paciente a quien durante el turno se le brinda medidas de bienestar y confort, higiene, oral, Cambios de posición, lubricación de piel con crema humectante. Uso de removedor de adhesivos, Utilización de protectores de piel antes de poner adhesivos, Cambio frecuente de pañal.

23:00 Jefe de turno le toma paraclínicos de control.

05:00 Paciente a quien durante el turno se le brinda medidas de bienestar y confort, higiene corporal total, higiene oral con clorhexidina, higiene de genitales con jabón de PH neutro y agua. Cambios de posición, lubricación de piel con crema humectante y aplicación de linovera y barrera cutánea. Liberación de presión protección de prominencias Oseas.

Venopuncion disfuncional , se le canaliza en antebrazo izquierdo con catéter periférico numero 22 única punción.

Se le administra tratamiento farmacológico indicado, no se presentan eventos adversos

Durante el turno se le realiza control de líquidos eliminados y administrados, control escala de dolor, elimina en buena cantidad. No Hace deposición.

Se revisan sitios de punciones de angiografía yugular y femoral derecho los cuales se observan, sin hematoma, sin sangrado sin equimosis.

Glucometrias dentro de metas.

07:00 Queda paciente en cama, cabecera a 30°, Glasgow 15/15, saturando 95%. venopuncion permeable sin signos de infección, cubierto con tegaderm, Sin más cambios en sus dispositivos médicos.

Firmado electrónicamente por **MARIA CECILIA VELASCO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

05 junio 2023 11:00 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Se realiza ronda de seguimiento de acceso vascular, paciente con acceso venoso canalizado del día de hoy en antebrazo izquierdo , el cual no se evidencian signos de flebitis, curación integra , apósito integro, paciente en contexto de egreso para la casa , no se realiza nada adicional.

Firmado electrónicamente por **GRUPO CATETER VENOSO SEGURO** -- PICC

Tarjeta Profesional: - Identificación CC 67033873

05 junio 2023 13:00 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

UCI-A

CUBÍCULO 58

LEONARDO LOZANO LOZANO

CC 16453269

07:00am Recibo paciente acostado en cama frenada con las 4 barandas arriba , colchón antiescaras puesto y funcionando , Cabecera a 35°, despierto, consciente y orientado en sus tres esferas, Glasgow 15/15 región occipital y pabellón auricular bilateral sin lesión, pupilas isocóricas reactivas en 3mm ambas, oxígeno al medio ambiente, saturando por encima de 90%, cuello móvil, sin masas aparentes. Sitio de punción de angiografía yugular derecho cubierto con gasa y apósito transparente, sin hematoma, sin sangrado sin equimosis Tórax simétrico, conectado a monitoria cardiaca continúa sin esfuerzo respiratorio. Miembro superiores simétricos, acceso venoso periférico con catéter #22 en antebrazo izquierdo , cubierto con apósito transparente, sin signos de flebitis, pinzado por el momento , Movilidad y Fuerza muscular conservada 5/5, Pulsos radial y ulnar presentes, conservados (+++) y adecuada perfusión distal. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación. Eliminando espontáneo en pisingo en moderada cantidad, orina clara. Genitales íntegros, sitio de punción de angiografía femoral derecho con vendaje compresivo, sin hematoma, sin sangrado sin equimosis, región sacra, trocantérica e interglútea íntegra. Movilidad conservada en miembros inferiores, fuerza muscular 5/5, pulsos pedios presentes, conservados (+++) adecuada perfusión distal, talones íntegros.

se brinda educación al paciente sobre la importancia del cambio de posición , hidratación y cuidado de la piel , no retiro de dispositivos invasivos , clasificación de residuos , manejo control llamado de enfermería , refiere entender .

Escala de Braden: 18

EVA 0

Alergias NO

Manilla en: MSI

Manilla de Riego Caída: SÍ

Aislamiento: no

Riesgo LPP: Fricción*Humedad * Presión*Adhesivos

Higiene Oral con clorhexidina: sí con crema dental y cepillo

Higiene del Meato Urinario: SI (con jabón PH neutro según protocolo institucional).

Riesgo de caída: Se dan recomendaciones al paciente y/o familia sobre la prevención de caídas, cama con barandas elevadas, cama con el nivel bajo de altura, paciente con manilla de color lila.

paciente es valorado por medico , jefe y auxiliar de turno .

08:00am paciente queda bañado del turno anterior , se brinda medidas de higiene y confort , realiza higiene bucal ,

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2

Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 22101

Atención No. 16628855

Página 39 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: 201.547)

hidratación de piel , aplico linovera y esenta barrera protectora , administro tto farmacológico completo , afebril , no realiza deposición .

09:00am fisioterapeuta valora y asiste al paciente

12DIA se retira acceso venoso , realiza devolución de medicamentos en su totalidad a farmacia , jefe entrega pertencias del paciente al familiar , quien firma recibido y corrobora que no queda nada en el cubículo de ellos .

13:00pm paciente egresa del servicio de uci sentado en silla de ruedas en compañía del familiar y camillero , paciente despierto , tranquilo , pertenencias completas las cuales lleva el familiar , con manilla lila y blanca puesta .

Firmado electrónicamente por **STIVEN SMITH GIRALDO ARCILA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1118297904

Glucometria

02 junio 2023 13:10 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Fecha Fecha: 02/06/2023 13:10

Resultados Resultados: 117 mg/dL

Valores de Referencia:70-110

Firmado electrónicamente por **GRACIELA TERREROS ARANGO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1143844041

02 junio 2023 21:35 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Fecha Fecha: 02/06/2023 21:35

Resultados Resultados: 97 mg/dL

Valores de Referencia:70-110

Firmado electrónicamente por **ERIKA NAIDU FERNANDEZ CAMAYO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 31711730

Glucometria Hospitalizacion

03 junio 2023 06:37 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Fecha Fecha: 03/06/2023 06:37

Resultados Resultados: 101 mg/dl Valores de Referencia:70-110

Firmado electrónicamente por **ERIKA NAIDU FERNANDEZ CAMAYO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 31711730

Glucometria

03 junio 2023 12:22 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Fecha Fecha: 03/06/2023 12:22

Resultados Resultados: 114 mg/dL

Valores de Referencia:70-110

Firmado electrónicamente por **JAVIER NAVARRO CASTRO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1005891817

03 junio 2023 18:21 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Fecha Fecha: 03/06/2023 18:21

Resultados Resultados: 83 mg/dL

Valores de Referencia:70-110

Comentario: segÃn protocolo.

Firmado electrónicamente por **JAVIER NAVARRO CASTRO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1005891817

03 junio 2023 22:49 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Fecha Fecha: 03/06/2023 22:49

Resultados Resultados: 113 mg/dL

Valores de Referencia:70-110

Firmado electrónicamente por **MARIA CECILIA VELASCO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 66914143

04 junio 2023 17:46 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Fecha Fecha: 04/06/2023 17:46

Resultados Resultados: 91 mg/dL

Valores de Referencia:70-110

Firmado electrónicamente por **ZAYDE ODETT ANDRADE** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 38613329

04 junio 2023 22:55 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Fecha Fecha: 04/06/2023 22:55

Resultados Resultados: 106 mg/dL

Valores de Referencia:70-110

Historia Clínica de la Atención

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC 2**

Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **22101**

Atención No. **16628855**

Página 40 de 40
27-nov.-2023 13:16

Paciente: **LOZANO LOZANO LEONARDO** (No Interno: **201.547**)

Firmado electrónicamente por **MARIA PATRICIA MANCILLA GONZALEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 31973902

05 junio 2023 12:07 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

Fecha Fecha: 05/06/2023 12:07

Resultados Resultados: 94 mg/dL

Valores de Referencia: 70-110

Firmado electrónicamente por **MAICOL STYVEN RIOS HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1118302425

Nota Egreso Enfermería

05 junio 2023 01:00 - (UCIA CUIDADO ADULTO)

ver nota de enfermería

Firmado electrónicamente por **STIVEN SMITH GIRALDO ARCILA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1118297904

Fórmula Médica

CONTROL CON ELECTROFISIOLOGIA:

1

CONTROL CON ELECTROFISIOLOGIA EN 2 MESES. IMBANACO TORRE A. CONSULTORIOS DE ELECTROFISIOLOGIA. RECUERDE LLAMAR PARA HACER CITA. Extensión: 14022 -14024 Directo: 5582734 - 5582731 Dirección: Cra 39 N

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA PARA POP EEF.

1

PROBLEMAS PARA RESPIRAR, DOLOR EN EL PECHO, PALPITACIONES QUE NO MEJORAN, SAGRADO O SECRECION POR SITIO DE PUNCION EN CUELLO O INGLES.

CONCOR 2,5 mg (2.5 mg) -- Cja.x 30Tab

90

Tomar 1 tab cada 24 horas

Formula por tres meses

Firmado electrónicamente por **ANDRES RAMIRO GOMEZ VALENCIA** -- ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

Tarjeta Profesional: 94507725 Identificación CC 94507725

Firmado Electrónicamente por **HERRERA ESCANDON ALVARO ANDRES**

Identificación **CC 94544184**

Especialidad **CARDIOLOGIA**

Tarjeta Profesional **94544184**



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

800030924 - 0

RHsClxFch

Pag: 1 de 8

Fecha: 31/05/23

G.etaeo: 12



HISTORIA CLÍNICA No. CC 16453269 -- LEONARDO LOZANO LOZANO

Empresa: NUEVA EPS-CONTRIBUTIVO

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 12/01/1971 Edad actual : 52 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado

Teléfono: 3104749393

Dirección: CALLE 1 # 2-16

Barrio: BELALCAZAR

Departamento: VALLE

Municipio: YUMBO

Ocupacion: NO APLICA

Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA

Atención Especial: NO APLICA

Discapacidad: NO

Grupo Poblacional: OTRO

SEDE DE ATENCIÓN: 01 HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

Edad : 52 AÑOS

FOLIO 9 FECHA 31/05/2023 13:10:00 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

EMERGENCIA (T2 R. 5596 DE 2015) ATENCION EN MAXIMO 30 MINUTOS. -

OBSERVACIONES

PACIENTE TRAIDO POR BOMBEROS DE YUMBO, REFIERE DOLOR EN EL PECHO.

CLASIFICACIÓN TRIAGE: 2 TRIAGE II

DIRECCIONAMIENTO:

Valerin Rojas
c: 1193086611

VALERIN TATIANA ROJAS DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 01 HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

Edad : 52 AÑOS

FOLIO 10 FECHA 31/05/2023 13:38:25 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

DOLOR PRECORDIAL

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE A LA INSTITUCION EN COMPAÑIA DE BOMBEROS EN AMBULANCIA, PACIENTE CON ANTECEDENTES DE TUMOR DE CELULAS PARTAS EN TIBIA IZQUIERDA, ADENOMA PARATIROIDEO INFERIOR IZQUIERDO RESECADO EN NOVIEMBRE DE 20022, EN MANJEOCO ALCIO, CALCITRIOL, PACIENTE ERRIERE CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE, REFIERE DOLOR INTENSO EN REGION PRECORDIAL Y PALPITACIONES, SE INGRESA TAQUICARDICO,, HIPONTENSO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE INGRESA INESTABLE A SALA DE REANIMACION.

ANTECEDENTES

PERSONALES

Personales

PATOLOGICOS: TUMOR DE CELULAS PARDAS TIBIA IZQUIERDA

HIPERPARATIROIDISMO

QUIRURGICOS: PARATIROIDES

MEDICAMENTAO: CALTRATE 7200 GR CALCITRIOL 1.5 GR

REVISIÓN X SISTEMAS

CABEZA Y ORAL: DOLOR EN PECHO.

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y ORAL: PACIENTE EN SALA DE REANIMACION DE URGENCIAS, HEMODINAMICAMENTE NORMAL, CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALGIDO, AFEBRIL, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS

SIGNOS VITALES:

FC: 165PPM FR: 19RPM T: 36.4°C GLASGOW 15/15 TA: 90/54PPM SAT: 95%

7J.O *HOSVITAL*

Usuario: EQUINTERO



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

800030924 - 0

RHsClxFch

Pag: 2 de 8

Fecha: 31/05/23

G. etareo: 12



HISTORIA CLÍNICA No. CC 16453269 -- LEONARDO LOZANO LOZANO

Empresa: NUEVA EPS-CONTRIBUTIVO

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 12/01/1971 **Edad actual:** 52 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado

Teléfono: 3104749393

Dirección:

CALLE 1 # 2-16

Barrio: BELALCAZAR

Departamento:

VALLE

Municipio: YUMBO

Ocupación:

NO APLICA

Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA

Atención Especial: NO APLICA

Discapacidad: NO

Grupo Poblacional: OTRO

EXAMEN FISICO

CABEZA NORMOCEFALA, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, TOLERA DECUBITO, DESCOMPENSACION CARDIOPULMONAR, TORAX SIMETRICO, DOLOR EN REGION PRECORDIAL, PULMONES BIEN VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN DEPRESIBLE SIN DEFENSA ABDOMINAL, GENITOURINARIO CONFIGURADO, EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA, SNC SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

ANÁLISIS

DIAGNOSTICOS

FIBRILACION VENTRICULAR

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

DOLOR PRECORDIAL

ANTECEDENTES DE T CELULAS PARDAS TIBIA IZQUIERDA

HIPERPARATIROIDISMO

ANALISIS

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE TUMOR DE CELULAS PARTAS EN TIBIA IZQUIERDA, ADENOMA PARATIROIDEO INFERIOR IZQUIERDO RESECADO EN NOVIEMBRE DE 20022, EN MANEJO CON ALICIO, CALCITRIOL, PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE, REFIERE DOLOR INTENSO EN REGION PRECORDIAL Y PALPITACIONES, SE INGRESA TAQUICARDICO, HIPOTENSO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE INGRESA INESTABLE A SALA DE REANIMACION SE DA MANEJO CON OXIGENO A 3 LTS MINUTO, 2 ACCESOS VENOSOS, MANEJO CON LEV BOLO D 1000 CC SSN SE SOLICITA EKG DONDE SE OBSERVA FIBRILACION VENTRICULAR, TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR, SE INDICA MANEJO ANTIARRITMICO, SE PASA 1 BOLO DE AMIODARONA EN DAD 5% 250CC, ANALGESIA, ANTIEMETICO, SE SOLICITA EXAMEN DE SANGRE, HEMOGRAMA, GLUCOSA, FUNCION RENAL, TROPONINAS DADO DOLOR PRECORDIAL INTENSO SE SOLICITA RADIOGRAFIA DE TORAX, SE INICIA TRAMITE DE REMISION PARA MANEJO POR MEDICINA INTERNA. SE SOLICITA EKG CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES ENTIENDEN Y ACEPTAN

PLAN Y MANEJO

SALA DE REANIMACION

OXIGENO A 3 LTS MINUTO

2 ACCESOS VENOSOS HEPARINIZADOS

BOLO DE 1000 CC SSN CONTINUAR 80 CC/ HORA

EKG YA TOMADO

AMIODARONA AMP X 150 MG PASAR BOLO EN DAD 250 CC 5%

SS/ TROPONINAS, HEMOGRAMA, FUNCION RENAL, GLUCOSA

EKG POSTERIORMENTE CONTROL

RX TORAX

REMISION A NIVEL SUPERIOR

Evolución realizada por: EDUARDO QUINTERO ARAUJO-Fecha: 31/05/23 13:38:25

DIAGNÓSTICO R072 DOLOR PRECORDIAL

Tipo PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO E211 HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE RELACIONADO

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción
2	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Pendiente

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: EQUINTERO



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

800030924 - 0

RHsCixFch

Pag: 3 de 8

Fecha: 31/05/23

Getareo: 12



HISTORIA CLÍNICA No. CC 16453269 -- LEONARDO LOZANO LOZANO

Empresa: NUEVA EPS-CONTRIBUTIVO

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 12/01/1971 Edad actual : 52 AÑOS

Sexo: Masculino Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado

Teléfono: 3104749393

Dirección: CALLE 1 # 2-16

Barrio: BELALCAZAR

Departamento: VALLE

Municipio: YUMBO

Ocupación: NO APLICA

Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA

Atención Especial: NO APLICA

Discapacidad: NO

Grupo Poblacional: OTRO

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLA	ONDANSETRON AMP DE 4 MG 2MG X ML	INTRAVENOSA	Ahora	NUEVO
1,00	1,00 BOLSA	DEXTROSA AL 10% 10%	INTRAVENOSA	Ahora	NUEVO
3,00	3,00 BOLSA	SODIO CLORURO X 500 CC 0.9% 0.9%	INTRAVENOSA	Bolo	NUEVO
BOLO DE 1000 CC CONTINUAR 80 CC HORA					
2,00	2,00 BOLSA	SODIO CLORURO X 100 ML DE 0.9% DE 0.9%	INTRAVENOSA	Ahora	NUEVO
2,00	2,00 BOLSA	AMIODARONA AMP 150 MG 5%	INTRAVENOSA	Ahora	NUEVO
PASAR A 30 CC HORA EN DAD 10%					
1,00	1,00 UNIDADES	KETOROLACO AMP 30 MG/ML 30MG X ML	INTRAVENOSA	Ahora	NUEVO
1,00	1,00 UNIDADES	PARACETAMOL 1000 MG/100 ML 1000 MG/100 M L	INTRAVENOSA	Ahora	NUEVO

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad Descripción

1 RADIOGRAFIA DE TORAX

Pendiente

AP Y LATERAL

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad Descripción

1 HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado

WBC: 14.18 X10⁹/mm³ 4.8 - 10.8

SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA

NE#: 8.48 x10³/uL

LY#: 4.55 x10³/uL

MO#: 0.56 x10³/uL

EO#: 0.49 x10³/uL

BA#: 0.05 x10³/uL

NE%: 59.70 % 43.0 - 65.0

LY%: 32.10 % 20.5 - 45.5

MO%: 3.90 % 5.5 - 11.7

EO%: 3.50 % 0.9 - 2.9

BA%: 0.40 % 0.2 - 1.0

RBC: 5.78 X10⁶/mm³ 4.7 - 6.1

HGB: 17.20 % 14.0 - 18.0

HCT: 52.70 % 42.0 - 52.0

MCV: 91.20 fl 80.0 - 94.0

MCH: 29.80 pg 27.0 - 31.0

MCHC: 32.6 g/dL 32.0 - 36.0

Usuario: EQUINTERO

7J.0 *HOSVITAL*



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

800030924 - 0

RHsCixFch

Pag: 4 de 8

Fecha: 31/05/23

G. etareo: 12



HISTORIA CLÍNICA No. CC 16453269 -- LEONARDO LOZANO LOZANO

Empresa: NUEVA EPS-CONTRIBUTIVO

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 12/01/1971 **Edad actual:** 52 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado

Teléfono: 3104749393

Dirección:

CALLE 1 # 2-16

Barrio: BELALCAZAR

Departamento:

VALLE

Municipio: YUMBO

Ocupación:

NO APLICA

Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA

Grupo Etnico:

Atención Especial: NO APLICA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA

Grupo Poblacional: OTRO

Discapacidad: NO

RDW%: 14.00 % 11.5 - 15.5

RDWSD 47.5

PLT: 283 x10³/uL 130.0 - 400.0

MPV: 11.00 fl 7.4 - 10.4

Observación microscópica .

FECHA Y HORA DE APLICACION: 31/05/2023 14:16:37 REALIZADO POR: ANGELICA SAMPAYO RODRIGUEZ

1 TROPONINA T, CUANTITATIVA

Realizado

TROPONINA T CUANTITATIVA ng/L

RESULTADO: menor de 40 NG/L

METODO: INMUNOCROMATOGRAFIA

MARCA: ROCHE

TIPO DE MUESTRA: PLASMA HEPARINIZADO

INTERVALO DE MEDICION > 40 - 2000 NG/L

Nota: Un resultado con valores entre 40 a 50 ng/L se recomienda realizar control en rango de tiempo 3 a 6 horas, y valores superiores a 50 ng/L es un indicador sugestivo de mortalidad o alteraciones cardiologicas que requieren estudios complementarios.

FECHA Y HORA DE APLICACION: 31/05/2023 14:24:27 REALIZADO POR: INGRID JIMENEZ AREVALO

1 GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Realizado

GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA 146.00 mg/dl 70.0 - 110.0

SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA

FECHA Y HORA DE APLICACION: 31/05/2023 14:40:54 REALIZADO POR: ANGELICA SAMPAYO RODRIGUEZ

1 NITROGENO UREICO [BUN] *

Realizado

NITROGENO UREICO (BUN) 22.5 mg/dl 4.7 - 23.0

FECHA Y HORA DE APLICACION: 31/05/2023 14:40:54 REALIZADO POR: ANGELICA SAMPAYO RODRIGUEZ

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Realizado

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 2.14 mg/dl

FECHA Y HORA DE APLICACION: 31/05/2023 14:40:55 REALIZADO POR: ANGELICA SAMPAYO RODRIGUEZ

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: EQUINTERO



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA
800030924 - 0

RHsClxFch

Pag: 5 de 8

Fecha: 31/05/23

G.etaeo: 12



HISTORIA CLÍNICA No. CC 16453269 -- LEONARDO LOZANO LOZANO

Empresa: NUEVA EPS-CONTRIBUTIVO

Fecha Nacimiento: 12/01/1971

Edad actual : 52 AÑOS

Teléfono: 3104749393

Barrio: BELALCAZAR

Municipio: YUMBO

Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA

Discapacidad: NO

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casa

Dirección:

CALLE 1 # 2-16

Departamento:

VALLE

Ocupacion:

NO APLICA

Grupo Etnico:

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: OTRO

Eduardo Quintero Araujo
CC 1087749477

EDUARDO QUINTERO ARAUJO

Reg. 1087749477

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:

01

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

Edad : 52 AÑOS

FOLIO

11

FECHA 31/05/2023 13:43:48

TIPO DE ATENCIÓN

URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE DE 52 AÑOS EN SU 1 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: -HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE -DOLOR PRECORDIAL PACIENTE A SALA DE PROCEDIMIENTOS URGENCIAS CONCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR EN CAMILLA DE BOMBEROS, EL MEDICO EDUARDO QUINTERO PASA ORDEN MEDICA ESCRITA PARA CANALIZACIÓN CON 1500CC DE SSN 0.9% CON CATÉTER N° 18 -QUEDANDO VENA PERMEABLE EN MS I + 1 AMPOLLA DE AMIODAONA EN 150 CC POR BURETROL DE DEXTROZA AL 5 % EN BOLO EN LEV, 1 AMPOLLA DE KETOROLACO EV EN 150 CC DE SSN, LUEGO PARACETAMOL 1 AMPOLLA DIRECTA, 1 AMPOLLA DE ONDACETRON DILUIDA EN 150 CC DE SSN, PREVIA ANTISEPSIA SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, PACIENTE NIEGA ALERGIAS, SE LE SOLICITA AL FAMILIAR QUE DEBE PERMANECER CON EL PACIENTE, TOMA DE EKG SE BRINA AL PACIENTE INTIMIDAD Y CONFORT PARA TOMA DE EKG, SE SOLICITA AL PACIENTE RETIRAR TODO OBJETO METALICO QUE PUEDA ALTERAR EL TRAZADO Y RETIRAR LA ROPA DEL AREA SUPERIO SE UBICAN CHUPAS SEGÚN INDICACION, SE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO AL PACIENTE QUIEN MANIFIESTA ENTENDER SE TOMA EKG SIN COMPLICACIONES, SE MARCA EKG Y SE ENTREGA AL MEDICO PENDIENTE EVOLUCIÓN.

Nota realizada por: JACKSON ANTONIO MANCILLA Fecha: 31/05/23 13:43:50

Jackson Antonio Mancilla

JACKSON ANTONIO MANCILLA

Reg. 763632

OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

SEDE DE ATENCIÓN:

01

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

Edad : 52 AÑOS

FOLIO

12

FECHA 31/05/2023 14:30:10

TIPO DE ATENCIÓN

URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

SE INICIA TRAMITE DE REMISION A NIVEL MAYOR DE ATENCION PARA VALORACION Y MANEJO POR MEDICINA INTERNA, SE ENVA HISTORIA CLINICA Y EKG A CENTRAL DE REFERENCIA DE NUEVA EPS Y SU RED PRESTADORA.

Nota realizada por: CARLOS ANDRES MONTOYA RAMOS Fecha: 31/05/23 14:30:13



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA
800030924 - 0

RHsCixFch
Pag: 6 de 8
Fecha: 31/05/23
G. etareo: 12



HISTORIA CLÍNICA No. CC 16453269 -- LEONARDO LOZANO LOZANO

Empresa: NUEVA EPS-CONTRIBUTIVO

Fecha Nacimiento: 12/01/1971 Edad actual : 52 AÑOS

Teléfono: 3104749393

Barrio: BELALCAZAR

Municipio: YUMBO

Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA

Discapacidad: NO

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casar

Dirección: CALLE 1 # 2-16

Departamento: VALLE

Ocupacion: NO APLICA

Grupo Etnico:

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: OTRO

CARLOS ANDRES MONTOYA RAMOS

Reg. 76-0498

OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

SEDE DE ATENCIÓN: 01 HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

Edad : 52 AÑOS

FOLIO 13 FECHA 31/05/2023 15:14:20 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

FOLIO PARA REVALORACION

EVOLUCIÓN SOAP MÉDICO

SUBJETIVO

DOLOR EN TORAX.

OBJETIVO

PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS, HEMODINAMICAMENTE NORMAL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALGIDO, AFEBRIL, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS

SIGNOS VITALES:

FC: 72 PPM FR: 16RPM T: 36.6°C GLASGOW 15/15 TA: 122/71PPM SAT: 95%

EXAMEN FISICO

CABEZA NORMOCEFALA, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, TOLERA DECUBITO, DESCOMPENSACION CARDIOPULMONAR, TORAX SIMETRICO, DOLOR EN REGION PRECORDIAL, PULMONES BIEN VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN DEPRESIBLE SIN DEFENSA ABDOMINAL, GENITOURINARIO CONFIGURADO, EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA, SNC SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

ANÁLISIS

DIAGNOSTICOS

DOLOR TORACICO EN ESTUDIO

TAQUIARRITMIA FIBRILACION VENTRICULAR RESUELTA

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

ANTECEDENTES DE HIPERPARATIROIDISMO

ANTE DE TUMOR CELULAS PARDAS TIBIA IZQUIERDA

EKG CONTROL SE OBSERVA FC 72PPM CON RSR N DIII, CON DEPRESION DE ST EN CARA SEPTA, V3 Y V4, V5.

TROPONINAS NEGATIVAS.

HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOCIS, SIN NEUTROFILIA

FUNCION RENAL NORMAL.

GLUCOSA NORMAL

RX TORAX NO LESIONES DE VIA AEREA, NO HEMOTORAX, NO NEUMOTORAX

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: EQUINTERO



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA
800030924 - 0

RHsClxFch
Pag: 7 de 8
Fecha: 31/05/23
G. etareo: 12

HISTORIA CLÍNICA No. CC 16453269 -- LEONARDO LOZANO LOZANO

Empresa: NUEVA EPS-CONTRIBUTIVO

Fecha Nacimiento: 12/01/1971

Teléfono: 3104749393

Edad actual: 52 AÑOS

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Barrio: BELALCAZAR

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casar

Municipio: YUMBO

Dirección:

CALLE 1 # 2-16

Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA

Departamento:

VALLE

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA

Ocupacion:

NO APLICA

Discapacidad: NO

Grupo Etnico:

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: OTRO

ANALISIS

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CONTINUA CON DOLOR PRECORDIAL, CON TAQUARRITMIA RESUELTA, CON EKG QUE CONTINUA CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS, CON DEPRESION DE ST EN CARA SEPTAL, TROPONINA NEGATIVA, CONTINUA SINTOMATICO, SE INICIA TROPONINAS CONTROL EN 6 HORAS. CONTINUAR TRAMITE DE REMISION POR MEDICINA INTERNA, CONTROL EKG EN 3 HORAS.

PLAN Y MANEJO

CONTINUAR OBSERVACION URGENCIAS

LEV A 80 CC/ HORA

TROPONINAS CONTROL EN 6 HORAS (20:30 PM)

EKG EN 3 HORAS

CONTINUAR TRAMITE DE REMISION

Evolución realizada por: EDUARDO QUINTERO ARAUJO-Fecha: 31/05/23 15:14:42

DIAGNÓSTICO R072 DOLOR PRECORDIAL

Tipo PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO E211 HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTipo RELACIONADO

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción	
1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	Pendiente

EN 3 HORAS. 18: 30 PM

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	TROPONINA T, CUANTITATIVA	Realizado

CONTORL A LAS 6 HORAS TOMAR A AS 20: 30 PM

CC 1087749477

EDUARDO QUINTERO ARAUJO

Reg. 1087749477

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 01 HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

Edad: 52 AÑOS

FOLIO

14

FECHA 31/05/2023 16:24:09

TIPO DE ATENCIÓN

URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE DE 52 AÑOS EN SU 1 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: -HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE -DOLOR PRECORDIAL PACIENTE QE SE TRASLADA A SALA DE OBSERVACION ESTABLE PENDIENTE EVOLUCIO

Nota realizada por: JACKSON ANTONIO MANCILLA Fecha: 31/05/23 16:24:10

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

800030924 - 0

RHS Clx Fch

Pag: 8 de 8

Fecha: 31/05/23

Getareo: 12



HISTORIA CLÍNICA No. CC 16453269 -- LEONARDO LOZANO LOZANO

Empresa: NUEVA EPS-CONTRIBUTIVO

Fecha Nacimiento: 12/01/1971 Edad actual : 52 AÑOS

Teléfono: 3104749393

Barrio: BELALCAZAR

Municipio: YUMBO

Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA

Discapacidad: NO

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado

Dirección:

CALLE 1 # 2-16

Departamento:

VALLE

Ocupacion:

NO APLICA

Grupo Etnico:

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: OTRO

[Signature]

JACKSON ANTONIO MANCILLA

Reg. 763632

OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

Edad : 52 AÑOS

SEDE DE ATENCIÓN: 01 HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

FOLIO

15

FECHA 31/05/2023 16:58:15

TIPO DE ATENCIÓN

URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

FOLIO PARA REVALORACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS, HEMODINAMICAMENTE NORMAL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIGNOS VITALES
FC: 71PPM SAT: 95% FR: 16RPM T: 36.7°C GLASGOW 15/15 TA: 121/65MMHG

EXAMEN FISICO

CABEZA NORMOCEFALA, PUPILAS ISORICAS REACTIVAS A LA LUZ, TOLERA DECUBITO, NO DESCOMPENSACION CARDIOPULMONAR, ABDOME
DEFENSA ABDOMINAL, EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA, SNC SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

ANALISIS

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE DOLOR PRECORDIAL

TAQUIARRITMIA

ANTECEDENTES DE TUMOR CELULAS PARDAS TIBIA IZQUIERDA

QUIEN SE ENCUENTRA EN TRAMITE DE REMISION PARA MANEJO POR MEDICINA INTERNA, PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN QUE NO
ESPERAN MAS LA REMISION, REFIEREN QUE LO LLEVAN POR SUS PROPIOS MEDIOS, FIRMAN ALTA VOLUNTARIA. SE EXPLICA RESGOS

COMPLICACIONES, RIESGO DE MORTALIDAD, ENTIENDEN, ASUMEN, ACEPTAN, FIRMAN ALTA VOLUNTARIA. SE ENTREGA EPICRISIS

Evolución realizada por: EDUARDO QUINTERO ARAUJO-Fecha: 31/05/23 16:58:31

Tipo PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO R072 DOLOR PRECORDIAL

DIAGNÓSTICO E211 HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTipo RELACIONADO

[Signature]
CC 1087749477

EDUARDO QUINTERO ARAUJO

Reg. 1087749477

MEDICINA GENERAL

10 *HOSVITAL*

Usuario: EQUINTERO



Codigo Cita: 739

Fecha consulta: 03/10/2024 07:33 PM

Información del Paciente: Leonardo Lozano Lozano Genero: Hombre
Paciente: CC 16453269 Fec. Nacimiento: 12/1/1973
Dirección: Cra 6 # 1-24 belalcazar Ciudad: 76892-Yumbo
Telefono: 3178455799 Correo: leonardo. Edad: 51 años y 8 meses

Tipo consulta: Revisión de exámenes
Motivo consulta: Revision de exámenes

Peso autoreportado en kg: 0 Altura autoreportada en 0 IMC: 0

Enfermedad Actual: ZONA RURAL DE YUMBO
MONTAÑITA

DIAGNOSTICOS
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO MINOCA?
ARTERIOGRAFÍA CORONARIA DEL 02062023:
ARTERIAS CORONARIAS SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS SIGNIFICATIVAS.
PUENTE MUSCULAR EN ADA CON COMPROMISO DE LA LUZ EN SÍSTOLE DEL 99%
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR MAYO 2023
ABLACIÓN EXITOSA DE LA VÍA LENTA INTRANODAL EN PACIENTE CON
TAQUICARDIA DOCUMENTADA COMPATIBLE. JUNIO 2023
SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR HC
EN SUPLENCIA CON CALCIO Y CALCITRIOL ORAL

ALERGICOS
NIEGA
TOXIXOS NIEGA
ALCOHOLO OCASIONAL
ACTIVIDAD FISICA: NIEGA
FAMILIARES: MADRE CON ENFERMEDAD CARDIACA
QX:
HERNIORRAFIA INGUINAL IZQ VASECTOMIA TURBINOPLASTIA
AMIGDALECTOMIA OSTEOSINTESIS DE HUMERO IZQ TENORRAFIA +
NEURORRAFIA DE 2 DEDO MANO IZQ(REG: 30 ENE 2022 05:41:)

MEDICACION
SUPLENCIA CON CALCIO ORAL 1600 MG CALCIO CALCITRIOL 125 MG.
BISOPROLOL 5 MG DIA.

S: REFIERE DISNEA EN REPOSO AL CAMINAR AL SUBIR ESCALERAS. NIEGA
DOLOR TORACICO EN OCASIONES DOLOR TIPO PUNZADA
DESDE HACE UN AÑO CON ESTOS SINTOMAS.

LABORATORIOS
JUNIO 2023
CREATININA EN SUERO 1.74
NITRÓGENO URÉICO EN SUERO. 22.9
TROPONINAS POSITIVAS (0.544 ; 0.530)

ECO TT 01/06/23 1. VENTRÍCULO IZQUIERDO DE TAMAÑO NORMAL CON
HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DE GRADO LEVE CON FUNCIÓN SISTÓLICA
GLOBAL Y SEGMENTARIA CONSERVADA. FE: 55%. 2. PATRÓN DIASTÓLICO DEL
VI ES DE TIPO PSEUDONORMALIZADO (GRADO II). 3. CRECIMIENTO LEVE DE
AURÍCULA IZQUIERDA. 4. INSUFICIENCIA MITRAL FUNCIONAL DE GRADO LEVE
A MODERADO (2+). 5. CAVIDADES DERECHAS DE TAMAÑO Y FUNCIÓN
NORMAL. 6. NO SE REGISTRAN CORTOCIRCUITOS. 7. BAJA PROBABILIDAD
PARA HIPERTENSIÓN PULMONAR.

JUNIO 2023
ECG: TAQUICARDIA DE COMPLEJOS ESTRECHOS REGULAR DE RP CORTO;
SUPRADESNIVEL DEL ST EN AVR E INFRADESNIVEL DEL ST EN MÁS DE 6
DERIVADAS

PROCEDIMIENTOS: ARTERIOGRAFÍA CORONARIA DEL 02062023:
ARTERIAS CORONARIAS SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS SIGNIFICATIVAS.
PUENTE MUSCULAR EN ADA CON COMPROMISO DE LA LUZ EN SÍSTOLE DEL
99%

Urgencias u hospitalizaciones recientes:

Antecedentes patológicos:



Codigo Cita: 739

Fecha consulta: 03/10/2024 07:33 PM

Antecedentes quirúrgicos y/o

Antecedentes familiares:

Antecedentes alérgicos:

Antecedentes medicamentosos:

Revisión por sistemas:

Otros:

Elementos exámen físico (evaluación virtual):

Resultados de laboratorio:

Resultados imágenes diagnósticas y otros:

Análisis / Plan: CONCEPTO:
AL REVISAR HISTORIA CLINICA DE MAYO Y JUNIO DE DEL 2023 SE REGISTRA:
CUADRO CLINICO DE DOLOR TORACICO ASOCIADO A TAQUICARDIA CON
TROPONINAS POSITIVAS SE REALIZÓ CARDIOVERSION FARMACOLOGICA.
CUADRO CLINICO INDICANDO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ANTE LO CUAL SE
REALIZÓ CATETERISMO CORONARIO EN EL QUE SE DOCUMENTÓ PUENTE
MUSCULAR EN LA DESCENDENTE ANTERIOR QUE GENERA COMPROMISO DE LA
LUZ EN SÍSTOLE DEL 99%. ESTA ALTERACIÓN EXPLICA LOS SINTOMAS DE DOLOR
TORACICO Y TROPONINA POSITIVAY SUMADO A TAQUICARDIA AUMENTA EL
COMPROMISO MIOCARDICO. LO QUE INDICANDO NOXA E INJUIRIA MIOCARDICA EN
EL PACIENTE. SE REALIZÓ ADEMÁS ABLACIÓN POR PARTE DE
ELECTROFISIOLOGIA POR HALLAZGO DE VÍA LENTA INTRANODAL CON
TAQUICARDIA. EN MANEJO ACTUAL CON BETABLOQUEADOR.

ACTUALMENTE PACIENTE CON DISNEA RECOMIENDO REALIZAR
ECOCARDIOGRAMA TTY ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. SE DAN
RECOMENDACIOES Y SIGNOS DE ALARMA.

DR WIKLER BERNAL TORRES
MEDICINA INTERNA / CARDIOLOGIA

Diagnóstico Principal

I256 ISQUEMIA SILENTE DEL MIOCARDIO

Prescripción médica

Otros medicamentos:

Otras solicitudes de servicios u órdenes médicas:

Conductas

Otra conducta:

Fecha de la cita de seguimiento

Referencia a especialistas

Fecha cita con especialista



Codigo Cita: 739

Fecha consulta: 03/10/2024 07:33 PM

Recomendaciones:

Incapacidad

Origen de la incapacidad: Origen común

Diagnóstico Principal

I256 ISQUEMIA SILENTE DEL MIOCARDIO

Fecha inicio Fecha terminación: Días: 1

Justificación:

Prorroga: No

Validar documento



Firmado electrónicamente

Profesional: Wikler Bernal Torres

Registro médico: 1130621692

Cardiología
Cardiología



Pereira, 12 de marzo de 2025

Abogado John Ortega, respetuosamente me permito manifestar según lo establecido en el parágrafo tercero del artículo 226 del código general del proceso (CGP), basado en mi opinión totalmente independiente que corresponde a mi real convicción profesional, producto de los conocimientos adquiridos tanto en mi trayectoria académica como laboral la cual ha sido desempeñada en diferentes entidades y servicios de atención principalmente en el valle del cauca, acumulando cerca de 30 años de vida profesional y habiendo realizado un análisis detallado de las historias clínicas aportadas por usted para el experticio, junto con los apartes importantes y otros soportes aportados del señor Leonardo Lozano Lozano y permitiéndome manifestar además, que los análisis, métodos e investigaciones realizados, son únicos y no corresponden a los examinados en otros conceptos médicos, como también, que por su especialidad son los que he utilizado normalmente en mi especialidad médica. Los conceptos emitidos, han sido fundamentados tanto en la información documental, guías y protocolos aplicables a la medicina basada en la evidencia, como la experiencia ya mencionada en la práctica de salud, soportados en referencias bibliográficas médicas. Así mismo, manifiesto que no me encuentro incurso en causal de suspensión de mi profesión.

RESUMEN DEL CASO:

Antecedentes patológicos personales: Descritos a continuación en el resumen Antecedentes Patológicos quirúrgicos: Herniorrafía inguinal izquierda, vasectomía, turbino plastia, amigdalectomía, osteosíntesis de húmero izquierdo, tenorrafia mas neurorafia de segundo dedo mano izquierda (30-01 de 2022). Antecedentes traumatológicos: previamente anotados. Hábitos: No fuma, licor social. Antecedentes Inmunológicos: vacuna contra el Covid 19 (2 dosis de sinovac). Antecedentes patológicos familiares: Diabetes mellitus II, Fibrilación auricular (madre)

Se trata de paciente, con antecedente de tumor de células pardas en tibia izquierda, adenoma paratiroideo inferior izquierdo resecado en noviembre de 2022 y paratiroidismo en suplencia con calcio, que el día 31 de mayo de 2023 ingresa transportado por ambulancia de los bomberos al Hospital Buena Esperanza de Yumbo con cuadro de 3 horas de evolución consistente en **dolor intenso en la región precordial, palpitaciones, dificultad respiratoria, hipotensión y taquicardia ingresando inestable a la sala de reanimación.** Al examen físico encuentran **descompensación cardio pulmonar** por lo que dan manejo con oxígeno y líquidos endovenosos, solicitan electro cardiograma donde observan fibrilación ventricular y taquicardia supra ventricular por lo que deciden prescribir manejo anti arrítmico con amiodarona enviando exámenes de laboratorio radiografía de tórax y manejo por medicina interna. A las 14 horas 16 minutos anotan resultado de troponina t cuantitativa menor a 40 ng/l, glucosa de 146 mg/dl y una creatinina de 2.14. El paciente es internado en sala de observación de urgencias y consignan los diagnósticos **dolor torácico en estudio, taquiarritmia, fibrilación ventricular** resuelta, taquicardia supra ventricular, antecedentes de Hiperparatiroidismo, antecedente de tumor de células pardas de la tibia izquierda encuentran ya pulsaciones en 72 x min con patrón RSR N DIII con depresión en cara septal de V3, V4 y V5, solicitan



valoración por medicina Interna. Posteriormente a las 16 horas 58 minutos solicita la familia remisión y dicen que lo llevarán por sus propios medios a otra institución explicándoseles los riesgos de mortalidad y complicaciones. Es llevado a la Clínica Imbanaco de Cali donde informan a las 12: 16 am, que se atiende paciente quien refiere que aproximadamente a las 10: 30 am inicia cuadro de **dolor torácico asociado a diaforesis y mareo, dolor retro esternal agudo opresivo no irradiado** ingresando algico, desaturado y ahora asintomático en buen estado general, cuadro de taquiarritmia que mejoró, **hacen impresión diagnóstica de dolor en el pecho no especificado**. Anotan, además, paciente adulto mayor de alto riesgo cardiovascular en contexto de taquicardia supra ventricular (TSV) la cual fue cardiovertida farmacológicamente con amiodarona, **al ingresar se consideró Infarto IAM sin elevación del ST con bio marcadores francamente positivos** llevándolo a coronariografía para descartar enfermedad coronaria, documentándose en ella puente en la arteria descendente anterior (ADA). ECG evidencia taquicardia de complejos angostos con RP corto que sugiere taquicardia de retorno del nodo auriculo ventricular (TRNAV) Vs Vía Oculta considerándolo candidato para electro anatómico convencional con mapeo y ablación la cual fue exitosa. Encuentran buenas condiciones cardiovascular post intervención satisfactoria asintomático cardiovascular y variables hemodinámicas en metas, electro cardiograma con ritmo sinusal y variables fisiológicas que concluyen nefropatía crónica sin alteración de tasa urinaria con azoados en disminución, indican manejo ambulatorio, beta bloqueador, biosoprolol 2.5 mg/día suspenden carvedilol y ordenan seguimiento por medicina interna frente a nefropatía. **Desde el 02 de junio de 2023 por parte de la unidad de cuidados intensivos se informó respecto a su caso,** riesgo de arritmia cardiovascular colapsante preparándolo para estratificación invasiva con cateterismo cardiaco, en esa fecha consideran los diagnósticos 1. **Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y encuentran troponinas positivas (0.544; 0.530)**, eco trans torácico con fracción de eyección de 55% 2. **Taquicardia supra ventricular el 31-05-2023** con cardioversión farmacológica con amiodarona 3. Hipoparatiroidismo secundario por historia clínica en suplencia con calcio oral 4. Hiper paratiroidismo primario, 5. Lesiones líticas en tejido óseo de huesos largos. Justifican unidad de cuidados intensivos por requerimiento de electrocardiografía permanente, riesgo de cursar arritmia ventricular colapsante y post operatorio de cateterismo reciente. Informan que fue llevado a estratificación invasiva con cateterismo cardiaco con coronarias sanas no obstante ese 2 de junio de 2023 consideran diagnóstico de **injurio miocárdica aguda, infarto de miocardio agudo tipo 2** .En unidad de cuidados intensivos el 2 de junio de 2023 a las 11: horas 26 minutos se informa de electro cardiograma con **taquicardia** de complejos estrechos regulares de RP corto; **supra desnivel del ST en AVR e infra desnivel del ST en más de 6 derivadas** y troponina de 0.544; 0.530 francamente elevada, posteriormente el electro cardiograma de remisión y taquicardia de 170 x min regular de complejos angostos. Al paciente se le dio carga anti isquémica (atorvastatina) y carga de anti agregantes plaquetarios (ASA-clopidogrel) Se informó coronariografía del 02-06 de 2023 describiendo arterias coronarias sin lesiones obstructivas significativas (lo cual no quiere decir que no se evidencia) y puente muscular en descendente anterior(ADA). Se informó además eco trans torácico del 01-06 de 2023 con hipertrofia leve en ventrículo izquierdo y patrón diastólico pseudo normalizado grado II, crecimiento leve de la aurícula izquierda, insuficiencia mitral leve a moderada concluyéndose por parte del electro fisiólogo Dr. Andrés Ramiro Gómez Valencia que el paciente ingresó por **taquicardia supra ventricular revertida por cardio versión farmacológica y**



que se consideró IAM sin elevación del ST por bio marcadores francamente positivos, llevándose a coronariografía que descartó enfermedad coronaria, documentándose **punto de ADA**, presentaba complejos que sugerían **taquicardia paroxística por reentrada (TRNAV) Vs Vía oculta** solicitándose entonces estudio electro anatómico convencional con mapeo y ablación. Se continuó con la evolución de este caso por parte de la UCI a las 17 horas 18 minutos, informándose **tensión arterial elevada fuera de metas, dolor torácico en disminución**. El 03 de junio se anotan en UCI los **diagnósticos (I219) Infarto agudo de miocardio sin otra especificación y (R074) Dolor en pecho no especificado**. El 04 de junio de 2023 en cuidados intensivos se anota por parte de medicina general, ablación y modificación exitosa de la vía lenta intra nodal en paciente con taquicardia documentada compatible, no hay inducción de arritmias post ablación, no saltos ni ecos nodales, se documentó además boqueo auriculo ventricular tipo Wenckebach a 200 latidos x min. Ese 04 de junio se documentó además como positivo, adecuado ritmo diurético, pero ecografía renal con reporte de aumento difuso de la ecogenicidad de ambos parénquimas renales sugiriendo nefropatía crónica, la creatinina continuó algo elevada 1.53 mg/dl al igual que la tensión arterial 127/91 mm/hg. El 05 de junio de 2023 el paciente egresa de UCI para manejo ambulatorio con betabloqueador bisoprolol 2.5 mg/día y le suspenden el carvedilol. Finalmente, es valorado por el doctor Wikler Bernal Torres especialista en medicina interna y cardiología quien anota que **al revisar la historia clínica de mayo y junio de 2023 se registra cuadro clínico de dolor torácico asociado a taquicardia con troponinas positivas** y se realizó cardioversión farmacológica, cuadro clínico que indicó Infarto agudo de miocardio, ante lo cual se realizó cateterismo coronario en el que se documentó puente muscular en la descendente anterior que genera compromiso de la luz en sístole del 99%, alteración que explica los síntomas de dolor torácico y Troponina positiva sumado a ello, taquicardia que aumenta el compromiso miocárdico lo que indica noxa e injuria miocárdica en el paciente. Se realizó además ablación por parte de electro fisiología por hallazgo de vía lenta intra nodal con taquicardia en manejo actual con beta bloqueador actualmente con disnea, recomienda realizar eco cardiograma trans torácico y estudios complementarios, se da recomendaciones y signos de alarma y finaliza realizando diagnóstico de Isquemia silenciosa del miocardio.

CONTEXTO DEL CASO EN ANALISIS:

Lo anterior, es lo rescatado en los soportes documentales aportados en la historia clínica inicial del hospital Buena Esperanza de Yumbo desde el 31 de mayo de 2023 como los estudios e historia realizada en la Clínica Imbanaco de Cali. Se trata de paciente con las enfermedades de base arriba mencionadas quien fue atendido por presentar **dolor intenso en la región precordial, palpitations dificultad respiratoria, hipotensión y taquicardia** habiendo ingresado **inestable a la sala de reanimación encontrándolo en descompensación cardio pulmonar**, solicitaron electro cardiograma, evidenciando fibrilación ventricular; taquicardia supra ventricular, ante lo cual realizaron manejo antia arrítmico, exámenes y valoración por medicina interna, encontrándose alteración en estos según lo arriba mencionado. Se diagnosticó inicialmente, **dolor torácico en estudio, taquiarritmia, fibrilación ventricular resuelta, taquicardia supra ventricular**, antecedentes de Hiperparatiroidismo y tumor de células pardas de la tibia izquierda. Encontraron luego **patrón RSR N DIII con depresión en cara septal de V3, V4 y V5**, posteriormente la familia solicita remisión trasladándolo a la Clínica Imbanaco de Cali donde hacen impresión diagnóstica de **dolor en el pecho**



no especificado, alto riesgo cardiovascular en contexto de taquicardia supra ventricular (TSV cardiovertida y consideran diagnóstico de Infarto IAM sin elevación del ST por bio marcadores francamente positivos, informan que la coronariografía documenta puente en ADA y el ECG taquicardia de complejos angostos con RP corto que sugiere taquicardia de retorno del nodo auriculo ventricular (TRNAV) Vs Vía Oculta. presentaba **Tensión arterial elevada fuera de metas y el 03 de junio anotan en UCI los diagnósticos (I219) Infarto agudo de miocardio sin otra especificación y (R074) Dolor en pecho no especificado.** Se informó además que la ablación y modificación de la vía lenta intra nodal en paciente con taquicardia documentada habían sido exitosas, adecuado ritmo diurético, pero con aumento difuso de la ecogenicidad de ambos parénquimas renales sugiriendo nefropatía crónica y creatinina elevada al igual que la tensión arterial continuaba elevada 127/91 mm/hg. El 05 de junio de 2023 egresa ambulatorio con betabloqueador y le suspenden el carvedilol. Finalmente en su última valoración por o por cardiólogo internista este concluye: **Dolor torácico asociado a taquicardia con troponinas positivas y cardioversión farmacológica con cuadro clínico de Infarto agudo del miocardio** habiéndose realizado **cateterismo coronario en el que se documentó puente muscular en la descendente anterior que generaba compromiso de la luz en sístole del 99% lo cual explicaba los síntomas del dolor torácico y Troponina positiva, además taquicardia que indicaba la injuria miocárdica del paciente,** se hizo ablación por hallazgo de vía lenta intra nodal con taquicardia en manejo actual con beta bloqueador actualmente con disnea y concluye con el diagnóstico de **Isquemia silente del miocardio**

ANALISIS DEL CASO CONCEPTO TECNICO MÉDICO:

Como se manifestó en varias oportunidades tanto a su ingreso en el hospital la Buena Esperanza de Yumbo, en la Unidad de cuidados intensivos de la Clínica Imbanaco y el concepto del especialista cardiólogo en su cita de control, que clínicamente el paciente cursó con sintomatología atribuible a la producida por una isquemia cardiaca y que no obstante a la coronariografía realizada el 02-06 de 2023 describiendo arterias coronarias sin lesiones obstructivas significativas y puente muscular en descendente anterior(ADA), se presentó una injuria miocárdica **como efectivamente lo manifestó el electro fisiólogo de la Clínica Imbanaco Dr. Andrés Ramiro Gómez Valencia** refiriendo que el paciente ingresó por **taquicardia supra ventricular revertida por cardio versión farmacológica** y que **se consideró IAM sin elevación del ST con bio marcadores francamente positivos, presentando complejos que sugirieron en su momento taquicardia paroxística por re entrada (TRNAV) Vs Vía oculta, ante lo cual cabe anotar que** desencadenantes fisiológicos, como los latidos ventriculares prematuros en condiciones normales, por lo general no degeneran en una reentrada ventricular sostenida pero en presencia de heterogeneidad estructural o electrofisiológica en un corazón isquémico el mismo latido ventricular prematuro a veces puede inducir rupturas de onda, iniciando la reentrada en un corazón enfermo. Los factores de arritmogénesis asociados con la isquemia miocárdica aguda se han estudiado ampliamente en las últimas décadas. La fibrilación ventricular (FV) y **la isquemia miocárdica son inseparables.** La presencia de una precipita y perpetúa la otra lo cual ha sido explicado con múltiples factores contribuyentes; algunos de estos como el ATP, la acidosis, la acumulación de iones y radicales libres, la liberación de catecolaminas, la reducción de la duración del potencial de acción (DPA) y las propiedades mecánicas alteradas del tejido isquémico [1], [2], [3]. siendo importante comprender la arritmogénesis (alteración del ritmo cardiaco) durante la isquemia miocárdica temprana, tanto desde los aspectos preventivos como terapéuticos. En el



artículo de la Revista Internacional de Cardiología Volumen 119, número 3, 31 de julio de 2007, páginas 283-290 se analiza el mecanismo y las implicaciones clínicas de la FV y la isquemia miocárdica o sea la relación de una con la otra y por otra parte, estudios médico científicos bien soportados nos hablan del ahora muy estudiado infarto de miocardio tipo 2 producido a consecuencia del desequilibrio entre la relación aporte y consumo de oxígeno miocárdico, que puede ser secundario a la isquemia, por mayor demanda de oxígeno del miocardio o como consecuencia de la disminución del aporte como el que puede ser provocado en una arritmia cardíaca. Acorde a la cuarta Definición Universal de infarto de miocardio, este se define ante el aumento o disminución de los valores de bio marcadores cardíacos en el contexto de evidencia de isquemia miocárdica aguda (óigase bien), **con la presencia de al menos uno de los siguientes criterios:** síntomas de isquemia, nuevos cambios significativos en la onda ST/T o bloqueo de rama izquierda, desarrollo de ondas Q patológicas en el electrocardiograma (ECG), evidencia de imágenes de nueva pérdida de miocardio viable o anomalía regional del movimiento de la pared y la identificación de trombo intra coronario por angiografía o autopsia y **en el contexto clínico compatible con isquemia miocárdica en sus clasificaciones se describe el Infarto agudo de miocardio tipo 2** el cual es secundario al desequilibrio entre la relación aporte/consumo de oxígeno de miocardio debiéndose a una mayor demanda de este oxígeno del miocardio (taquicardia) o como consecuencia de la disminución de su aporte con disminución del flujo sanguíneo coronario (espasmo o embolismo coronario, anemia, arritmias o hipotensión), hipoxia, etc. Como se evidenció claramente en los informes de historia clínica, este tiene características clínicas, bioquímicas y electrocardiográficas que lo diferencian del tipo 1 que es claramente atero trombótico. el infarto agudo de miocardio tipo 2 (IAM-2) tiene lugar en casos de lesión miocárdica con necrosis con una condición diferente a la enfermedad arterial coronaria como por ejemplo: la disfunción endotelial coronaria, el **espasmo de la arteria coronaria**, la embolia coronaria, anemia, insuficiencia respiratoria, e **hipertensión con o sin hipertrofia ventricular** o como en el caso que nos compete las **taquiarritmias/bradiarritmias** y donde en los criterios diagnósticos para este tipo de infarto se detectan como aquí sucedió **un aumento y/o disminución de los valores de troponina cardíaca y evidencia un desequilibrio entre el suministro de oxígeno al miocardio, demanda, no relacionada con atero trombosis coronaria aguda con al menos uno de los siguientes criterios:** Síntomas de isquemia miocárdica aguda como perfectamente se evidenció con su dolor precordial, cambios isquémicos electro cardiográficos como lo informado en la unidad de cuidados intensivos de Imbanaco el 2 de junio de 2023 a las 11: horas 26 minutos (Electro cardio grama con **taquicardia** de complejos estrechos regulares de RP corto; **supra desnivel del ST en AVR e infra desnivel del ST en más de 6 derivadas**) y troponina de 0.544; 0.530 francamente elevada. **Esta alteración de la troponina, no necesariamente se debe a una atero esclerosis de la arteria coronaria sino que también es consecuencia de un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno al miocardio, lo cual fue bien documentado por el doctor Wikler Bernal Torres especialista en medicina interna y cardiología quien anota que al revisar la historia clínica de mayo y junio de 2023 se registra cuadro clínico de dolor torácico asociado a taquicardia con troponinas positivas cuadro clínico que indica Infarto agudo de miocardio**, ante lo cual se realizó cateterismo coronario en el que **se documentó puente muscular en la descendente anterior que genera compromiso de la luz en sístole del 99%**, alteración que explica los síntomas de dolor torácico y Troponina positiva lo cual nos evidencia también el claro estrés miocárdico que ante ese compromiso de la luz arterial requería de más oxígeno desencadenando la injuria miocárdica en el paciente. **Es preciso anotar que en las diferentes valoraciones soportadas allí en la historia clínica, siempre existió una**



sintomatología y signos consecuentes con una enfermedad isquémica miocárdica (**dolor intenso en la región precordial, dolor retro esternal agudo opresivo** como se manifestó a su ingreso en la Clínica Imbanaco), **hubo alteración de la Troponina T al igual que alteraciones electrocardiográficas** que no solo tuvieron que ver con la taquiarritmia mencionada y que como se explicó previamente, no es independiente de una cardiopatía isquémica y por el contrario, **puede conducir a una isquemia miocárdica**, ingresándolo allí con el diagnóstico **Infarto IAM sin elevación del ST con bio marcadores francamente positivos**, además se documentó en el estudio electrocardiográfico que presentaba **punteo en la Arteria descendente anterior (ADA)** que generalmente es benigna, pero cuando es sintomática, puede manifestarse como angina inestable o estable, **arritmias cardiacas (taquicardia ventricular y supra ventricular)**, **infarto agudo de miocardio y hasta muerte súbita**. Claramente se constata en su historial clínico, que el 2 de junio de 2023 realizan el diagnóstico de **injurio miocárdica aguda, infarto de miocardio el cual es motivo de nuestra fundamentación para explicar científicamente y acorde a la medicina basada en la evidencia que el paciente efectivamente presentó ese tipo de infarto característico sin compromiso de coronarias, pero que si produce isquemia en las paredes miocárdicas, conocido como Infarto agudo de miocardio tipo 2, infarto que en su mayor parte es desencadenado por etiología no coronaria al reducirse el aporte y/o aumento en la demanda de oxígeno (tabla 1 online)**. En la mayor parte de los casos es probable que haya una alteración directa o indirecta tanto del aporte como de la demanda. Así pues, los valores elevados de troponina (cTn) por sí solos, aun cuando esté aumentada, no establecen un diagnóstico de IMT2, pero a veces hay una lesión miocárdica como la establecida en el IMT2. Si los clínicos se centran tan solo en los problemas de aporte y demanda, pueden no aprovechar oportunidades de descubrir nuevas perspectivas respecto a la fisiopatología y los tratamientos. Evaluadores especialmente preparados están de acuerdo, que en el 64% (47). La mayor parte de los estudios utilizan unos criterios amplios que evalúan toda la información clínica (3). En otros se emplean criterios específicos (32) con umbrales estrictos como por ejemplo la taquiarritmia supra ventricular **que evidentemente presentó el paciente** y como se tiene en cuenta que el umbral para la isquemia miocárdica varía en función de la anatomía coronaria y dado que las anomalías hemodinámicas son fáciles de observar, resulta atractivo pensar que todas las elevaciones de la troponina (cTn) son secundarias a ellas, **infra valorando otros mecanismos desencadenantes como el infarto agudo de miocardio tipo 2 que en este paciente cumplió con la descripción clínica y fisiopatología**. Varias investigaciones sugieren que el IMT2 es más frecuente que el IMT1 en los estudios de pacientes no seleccionados (“all-comers”) en comparación con las poblaciones con dolor torácico. Estas observaciones son frecuentes en los estudios de Estados Unidos, en donde un 57% a 75% de los IM son IMT2 (18, 25, 36, 38), lo cual podría reflejar un uso más amplio de la cTn en dicho país (48). **De otro lado, electrocardiográficamente, el infarto sin elevación del segmento ST (IAMSEST) se aplica al IMT2 igual que al IMT1 como también fue descrito en los estudios realizados previamente al paciente** y evidentemente, en los pacientes con IMT2 es menos probable la presencia de alteraciones isquémicas en el ECG y anomalías regionales en la motilidad de la pared (5, 6, 19, 28). **El IMT2 puede producirse con o sin una enfermedad coronaria (EC) obstructiva y en pacientes con arterias coronarias angiográficamente normales, por ejemplo, como consecuencia de un espasmo**. El IM con arterias coronarias no obstructivas (60) no corresponde a subtipos de IM. En el estudio SWEDEHEART (Swedish Web-system for Enhancement and Development of Evidence-based care in Heart disease Evaluated According to Recommended Therapies registry), hubo IM con arterias coronarias no obstructivas en un 8% de los casos de IM en los que se realizó una coronariografía



(61) **y de ellos un 18% fueron IMT2.** De otro lado, casi todas las investigaciones indican que los pacientes con IMT2 presentan valores de cTn más bajos (tabla 5 *online*). Los valores absolutos de la concentración y los cambios observados en determinaciones secuenciales son mayores en el IMT1 que en el IMT2, sin embargo, el solapamiento existente es suficiente para que ni los valores absolutos ni los cambios secuenciales (Δ) de la cTn permitan diferenciar el IMT1 del IMT2 o de la lesión miocárdica (38) Y para algunos, **de acuerdo al momento que son atendidos, el inicio de los síntomas puede no mostrar un aumento y/o disminución de la cTn en intervalos de tiempo cortos,** debido a que la pendiente de la curva de concentración respecto al tiempo es menos pronunciada **y aunque es claro que unos valores de cTn (troponina) crecientes y/o decrecientes con una cifra $\geq$ al percentil 99^o; y 2) signos clínicos de isquemia miocárdica aclaran el diagnóstico, cuando los signos y síntomas no son claros, debe resaltarse la obtención de signos objetivos de isquemia miocárdica** y si no se hace con técnicas de diagnóstico por imagen, los pasos iniciales incluyen una anamnesis y exploración física cuidadosas, determinaciones de la cTn y ECG de 12 derivaciones **y si no puede obtenerse signos claros de una isquemia miocárdica aguda, se tiende a utilizar el término lesión miocárdica** (figura 6). **Si hay isquemia miocárdica, la distinción entre IMT2 e IMT1 se basa en los datos clínicos.** La mayor parte de los casos de IMT2 son IAM secundarios a otra enfermedad, por tanto, El IMT2 es frecuente y explica una parte sustancial de los aumentos de la cTn (Troponina) en la práctica clínica. Los mecanismos son heterogéneos, y ello hace que sean necesarios enfoques individualizados para el diagnóstico, el tratamiento y la estratificación del riesgo. Es preciso establecer un consenso respecto a cómo determinar el diagnóstico, para facilitar el empleo de tratamientos basados en la evidencia destinados a mejorar los resultados.

Se adjuntan los correspondientes estudios con su bibliografía

Alexis Enrique Díaz Hernández

C.C. No. 14.885.368

Médico Magister en Salud Ocupacional
Universidad del Valle

RM: 760961-RMSO: 0632-05-08-22

Dirección: Manzana 12 Casa 12 Barrio

El Jardín Segunda Etapa (Pereira)

Teléfono: 301-6234917

Correo: alexisdiaz0208@gmail.com

Alexis E: Diaz Hernandez
MD. CIRUJANO
Magister, Salud Ocupacional
RM 760961 - 0632-05-08-22

REVISIÓN JACC TEMA DE LA SEMANA

Infarto de miocardio de tipo 2

Revisión JACC Tema de la semana

Yader Sandoval, MD, a Allan S. Jaffe, MD a,b

RESUMEN

El infarto agudo de miocardio (IM) puede producirse como consecuencia de un aumento de la demanda de oxígeno del miocardio y/o como consecuencia de una reducción del aporte sin que haya una ruptura aguda de una placa atero trombótica; este trastorno se denomina infarto de miocardio de tipo 2 (IMT2). Como en cualquier subtipo de IM, debe haber signos clínicos de isquemia miocárdica para que se pueda hacer el diagnóstico. Este trastorno se diagnostica cada vez con más frecuencia, debido a la sensibilidad creciente de los análisis de la troponina cardíaca y se asocia a un pronóstico adverso a corto y a largo plazo. Los datos que permiten definir estrategias de tratamiento óptimas son limitados, debido a que el IMT2 es una entidad heterogénea que tiene etiologías y desencadenantes diversos. En consecuencia, estos pacientes necesitan una asistencia individualizada. Un obstáculo importante para ello es la falta de una definición uniforme que pueda aplicarse de manera operativa con una alta reproducibilidad. En este documento se presenta una síntesis de los datos existentes acerca del IMT2, con objeto de facilitar a los clínicos la comprensión de su fisiopatología y el momento adecuado para aplicar los medios diagnósticos y los tratamientos asociados. También se esclarece el pronóstico, se identifican las lagunas existentes en su conocimiento y se aportan recomendaciones para continuar avanzando. (J Am Coll Cardiol 2019;73: 1846–60) © 2019 American College of Cardiology Foundation.

El infarto de miocardio (IM) es un síndrome en el que las células miocárdicas mueren a causa de un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno del miocardio (1). Puede ser secundario a la rotura aguda de una placa aterosclerótica (infarto de miocardio de tipo 1 [IMT1]) o a alteraciones del aporte y/o la demanda de oxígeno del miocardio sin que haya una aterotrombosis aguda (infarto de miocardio de tipo 2 [IMT2]) (1). Tomando como base una revisión exhaustiva de los datos presentados en publicaciones con revisión por pares ([apéndice online](#)), en este artículo se sintetiza la información disponible sobre el IMT2. Se identifican las lagunas del conocimiento y se hacen recomendaciones para continuar avanzando, incluida la de un abordaje específico según el fenotipo. La identificación de la heterogeneidad de los mecanismos lleva a resaltar la conveniencia de una asistencia individualizada.

FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

La forma de presentación clínica de los pacientes depende de la fisiopatología y del contexto clínico ([figura 1](#)) (2). Los datos existentes sugieren que las mujeres sufren con mayor frecuencia IMT2 (~46%), mientras que los hombres presentan principalmente IMT1 (~71%) ([figura 1 online](#)) (3). La mayor parte de los pacientes con IMT2 tienen una forma de presentación clínica de isquemia causada por otra enfermedad ([tabla 1 online](#)). En algunos casos hay etiologías coronarias. El diagnóstico de la isquemia es un paso crucial. Los pacientes con IMT2 presentan menos dolor torácico y es más frecuente que tengan disnea u otras formas de presentación atípicas ([tabla 2 online](#)) (4). La distinción clínica resulta difícil. En determinados subgrupos de pacientes, como las mujeres, los ancianos y los pacientes diabéticos, puede haber un IMT2 o un IMT1 con una forma de presentación clínica atípica sutil (1). En los pacientes con un aumento de la troponina cardíaca (cTn) que muestra un patrón creciente y/o decreciente, es posible el diagnóstico de IM agudo si hay isquemia (1). Si no hay isquemia, se tiende a optar por el diagnóstico de lesión miocárdica aguda. Dado que los IMT2 son con frecuencia eventos de menor magnitud, puede no haber signos electrocardiográficos (ECG) de isquemia ni anomalías en las exploraciones de diagnóstico por la imagen 5,6). La presencia de comorbilidades como una insuficiencia renal o una enfermedad crítica puede impedir la realización de evaluaciones diagnósticas como las de técnicas de imagen avanzadas.

FISIOPATOLOGÍA

Hay múltiples mecanismos que conducen a un desequilibrio entre aporte y demanda (**figura 2**). Algunos de ellos afectan directamente al flujo sanguíneo coronario (**figura 3**); sin embargo, la mayor parte de los IMT2 son desencadenados por etiologías no coronarias que reducen el aporte y/o aumentan la demanda de oxígeno (tabla 1 *online*). En la mayor parte de los casos es probable que haya una alteración directa o indirecta tanto del aporte como de la demanda. La presencia y la gravedad de la enfermedad coronaria (EC) concomitante definen probablemente el grado de desequilibrio entre aporte y demanda que es necesario para provocar la isquemia. Diferenciar los mecanismos resulta difícil. Por ejemplo, en la sepsis, a pesar de que haya aumentos notables del flujo coronario, los pacientes pueden presentar cambios en la demanda de oxígeno del miocardio que sean suficientes para que se produzca la isquemia, en especial si hay anomalías coronarias. Los efectos tóxicos del factor de necrosis tumoral (TNF), las proteínas de choque o estrés térmico y las catecolaminas pueden causar también un aumento de la liberación de cTn. Así pues, los valores elevados de cTn por sí solos, aun cuando estén aumentando, no establecen un diagnóstico de IMT2. A veces hay tanto un IMT2 como una lesión miocárdica. Si los clínicos se centran tan solo en los problemas de aporte y demanda, pueden no aprovechar oportunidades de descubrir nuevas perspectivas respecto a la fisiopatología y los tratamientos. El principio crucial es que debe haber signos de isquemia miocárdica para diagnosticar un IMT2.

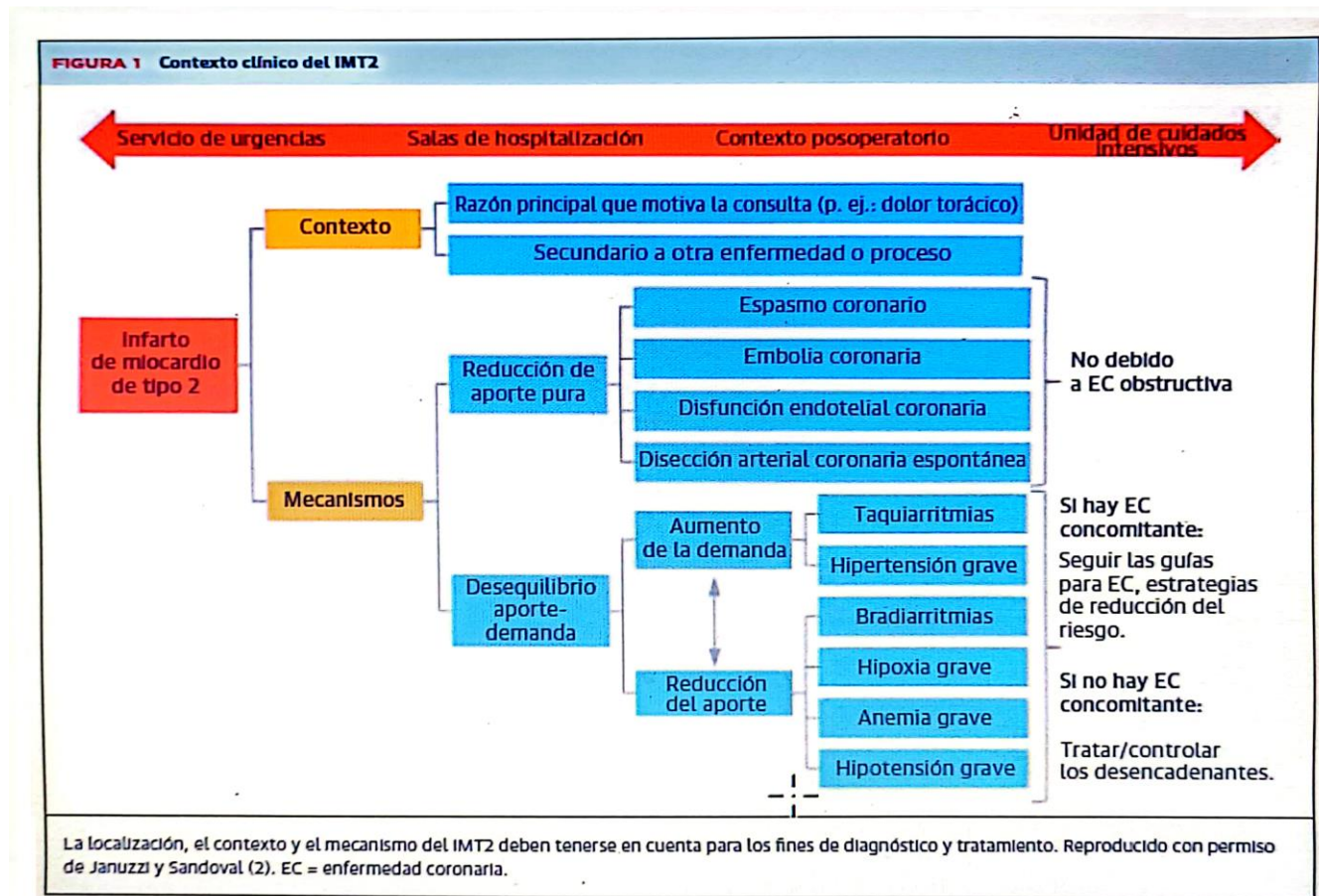


FIGURA 2 Principales mecanismos no coronarios en el IMT2

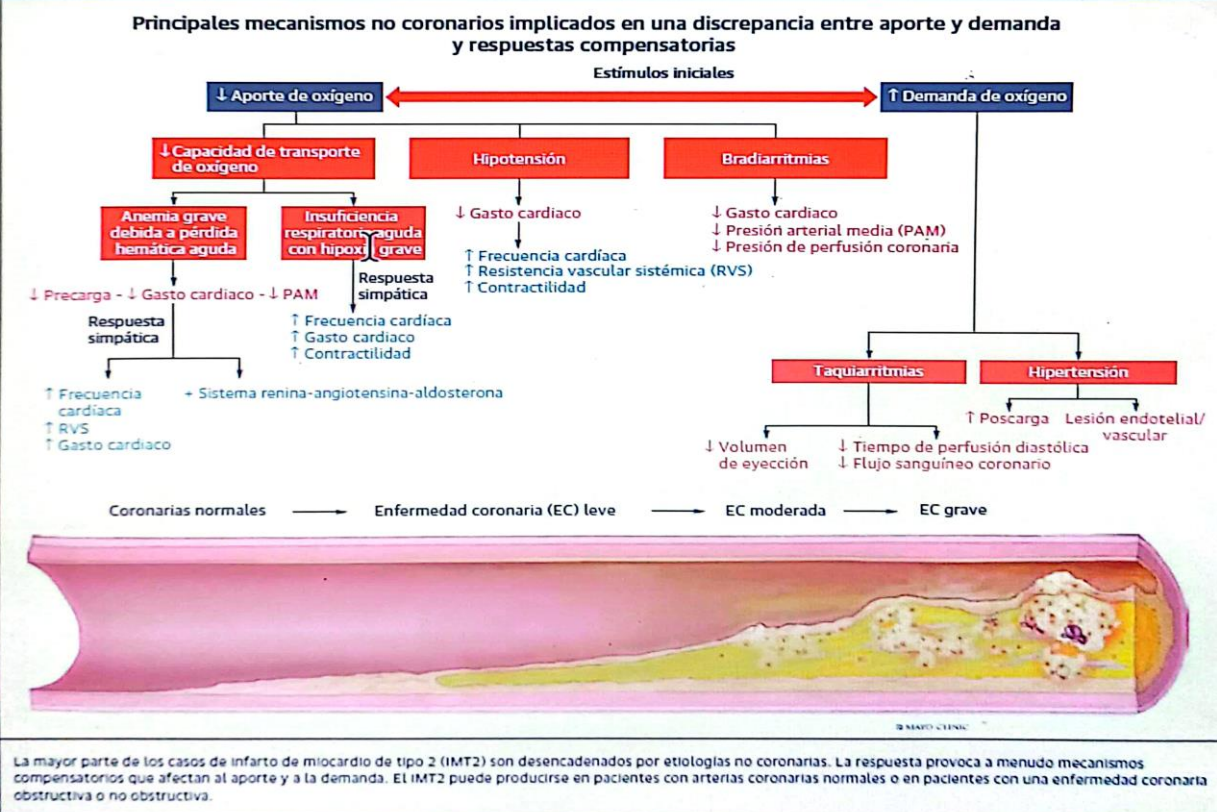
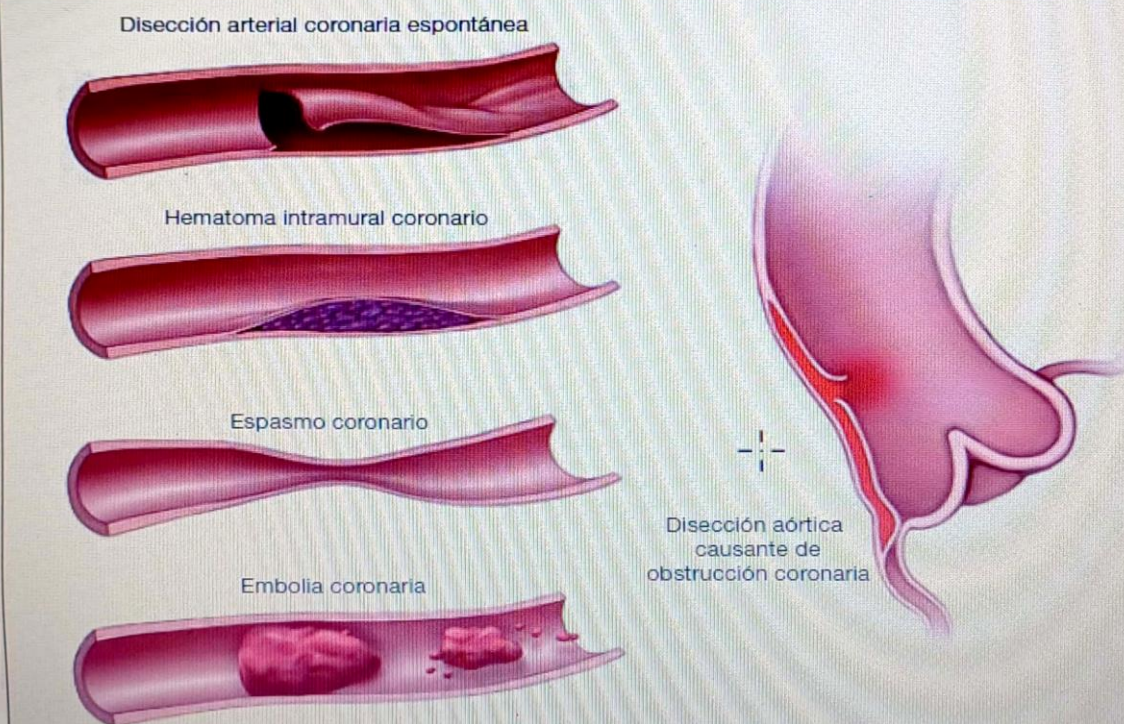


FIGURA 3 Etiologías coronarias del IMT2



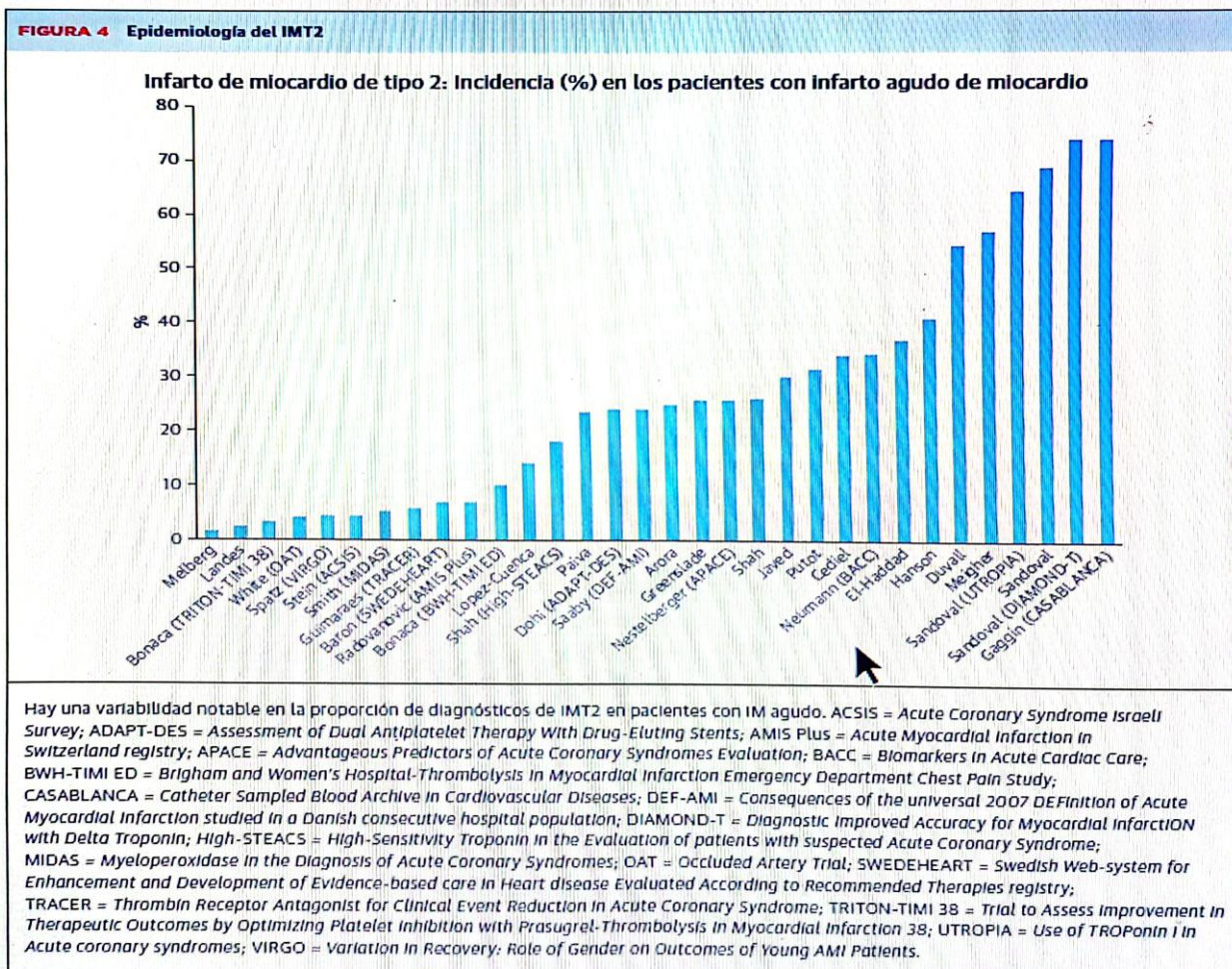
La prevalencia corresponde a la frecuencia con la que se consideran estas etiologías. IMT2 = infarto de miocardio de tipo 2.

EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología heterogénea del IMT2 se muestra en la figura 4 (tabla 3 *online*) (6-45). La frecuencia del IMT2 depende de la población, las comorbilidades, las definiciones de la enfermedad, los procesos de validación y el método de análisis y los umbrales de concentración de cTn utilizados para detectar la lesión miocárdica (46). Dado que no hay unas definiciones uniformes, las tasas descritas son diversas. Además, siendo difícil diferenciar el IMT1 del IMT2, también lo es distinguir el IMT2 de la lesión miocárdica (3), de tal manera que evaluadores especialmente preparados para ello tienen unos porcentajes de acuerdo del 64% (47). La mayor parte de los estudios utilizan unos criterios amplios que evalúan toda la información clínica (3). En otros se emplean criterios específicos (32) con umbrales estrictos (por ejemplo, taquiarritmia supra ventricular de una duración ≥ 20 min con una frecuencia ventricular >150 latidos/min, etcétera) para definir la discrepancia entre aporte y demanda. Estos últimos criterios no tienen en cuenta que el umbral para la isquemia miocárdica varía en función de la anatomía coronaria. Por último, dado que las anomalías hemodinámicas son fáciles de observar, resulta atractivo pensar que todas las elevaciones de la cTn son secundarias a ellas, con lo que podrían infravalorarse otros mecanismos. Varias investigaciones sugieren que el IMT2 es más frecuente que el IMT1 en los estudios de pacientes no seleccionados (*"all-comers"*) en comparación con las poblaciones con dolor torácico. Estas observaciones son frecuentes en los estudios de Estados Unidos, en donde un 57% a 75% de los IM son IMT2 (18, 25, 36, 38), lo cual podría reflejar un uso más amplio de la cTn en dicho país (48).

ECG DE 12 DERIVACIONES Y ECOCARDIOGRAFÍA

La clasificación basada en el ECG del infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) y el infarto sin elevación del segmento ST (IAMSEST) se aplica al IMT2 igual que al IMT1. La elevación del segmento ST se produce en un 1% a 24% de los pacientes con IMT2 (3). La frecuencia depende de la población de que se trate y de la rigurosidad en la búsqueda de esas entidades, por ejemplo, con el empleo de exploraciones de imagen intra coronarias. En los pacientes con IMT2 es menos probable la presencia de alteraciones isquémicas en el ECG y de anomalías regionales en la motilidad de la pared (5, 6, 19, 28). Nosotros respaldamos el concepto de que cuanto más importantes son los cambios en el segmento ST, peor es la evolución clínica (49).

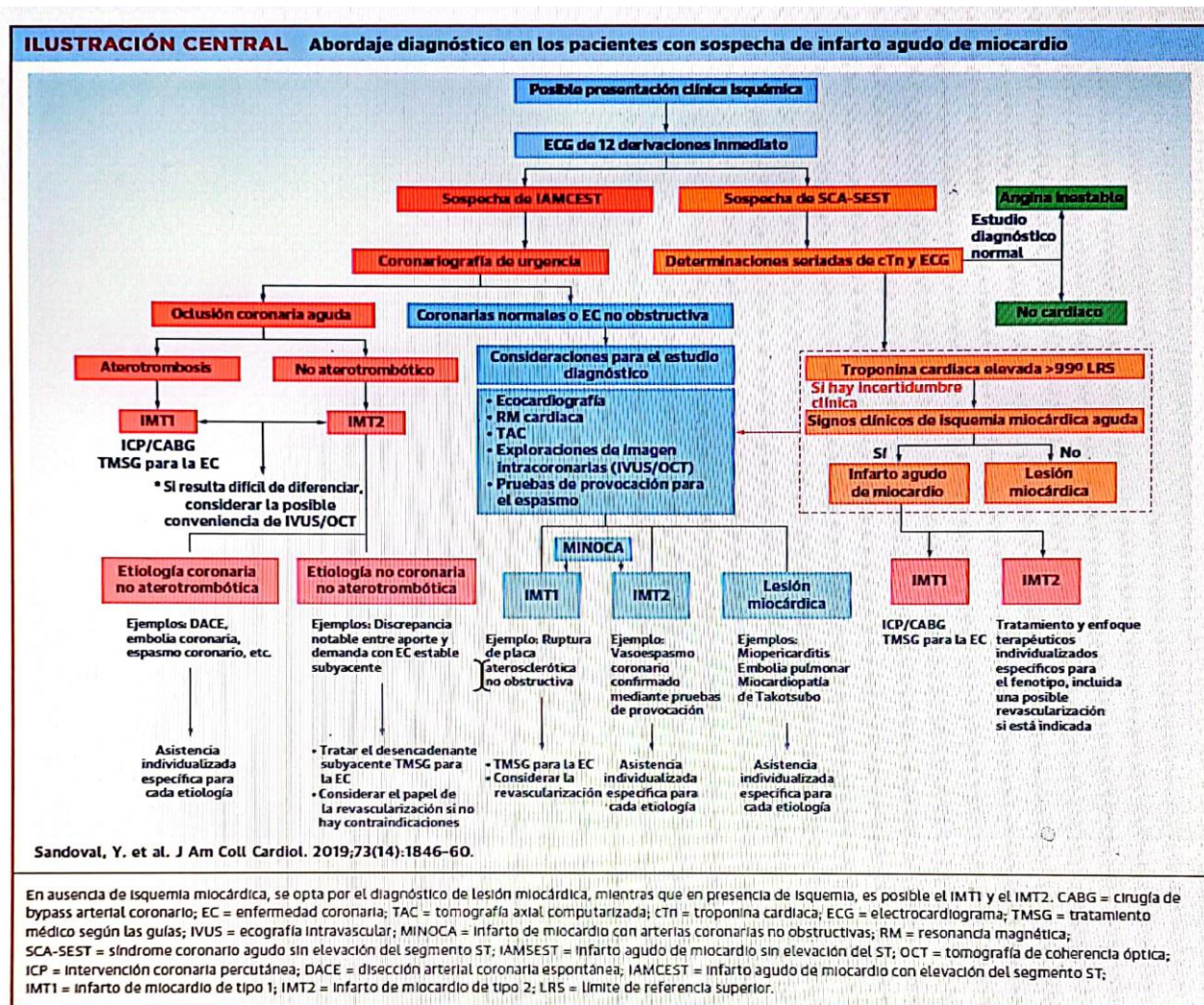


La coronariografía se emplea sistemáticamente para evaluar a los pacientes con IMT1. En los pacientes con IMT2, hay una mayor variabilidad (intervalo del 5% al 60%), que a menudo refleja la población de que se trata ([tabla 4 online](#)). La coronariografía no tiene una sensibilidad del 100% para detectar la rotura de la placa. Si la información va a influir en el tratamiento a aplicar, pueden ser útiles las técnicas de imagen intra coronarias con tomografía de coherencia óptica (OCT) o ecografía intra vascular (50-53). Sin embargo, la presencia de placas con ruptura no es exclusiva del IM y puede observarse en pacientes con angina estable y en pacientes que están asintomáticos (52). El momento en el que se realiza la coronariografía es importante también, ya que después del tratamiento, los signos observados pueden cambiar.

El IMT2 puede producirse con o sin una EC obstructiva y en pacientes con arterias coronarias angiográficamente normales, por ejemplo, como consecuencia de un espasmo, embolia, disección arterial coronaria espontánea (DACE), disfunción endotelial o en la disección aórtica (54-58) ([figura 3](#)). La presencia de un trombo intra coronario no es exclusiva del IMT1 y puede ser consecuencia de una obstrucción, como ocurre en el espasmo coronario (59). El IM con arterias coronarias no obstructivas (60) no corresponde a subtipos de IM. En el estudio SWEDEHEART (*Swedish Web-system for Enhancement and Development of Evidence-based care in Heart disease Evaluated According to Recommended Therapies registry*), hubo IM con arterias coronarias no obstructivas en un 8% de los casos de IM en los que se realizó una coronariografía (61), y de ellos un 18% fueron IMT2 y un 82% IMT1. En los pacientes con IMT2 a los que se practica una coronariografía, es frecuente la EC ([figura 5](#)). En el estudio CASABLANCA (*Catheter Sampled Blood Archive in Cardiovascular Diseases*) (18), en el que a todos los pacientes que tuvieron luego un IMT2 se les practicó una coronariografía, casi un 60% mostraron una obstrucción $\geq 50\%$ en 2 vasos. En otros estudios se ha observado una distribución bimodal en pacientes con ausencia de enfermedad y otros con una EC grave (32). La cardio resonancia magnética (CRM) resulta útil para diferenciar distintas etiologías posibles de la lesión miocárdica. En algunos casos, la CRM confirma el IM agudo a pesar de la ausencia de una lesión culpable angiográfica (62). De igual modo, la coronariografía con tomografía computarizada (angio-TAC) puede ser útil para determinar la presencia de una EC subyacente. El estudio DEMAND-MI (*Determining the Mechanism of Myocardial Injury and Role of Coronary Disease in Type 2 Myocardial Infarction*) (NCT03338504), en el que se realiza a los pacientes una CRM y una de las dos opciones siguientes: 1) angio-TAC coronario, puntuación del calcio mediante tomografía computarizada y determinación de la reserva de flujo fraccional mediante tomografía computarizada o 2) coronariografía invasiva con OCT y determinación invasiva de la reserva de flujo fraccional, deberá aportar nuevas perspectivas al respecto.

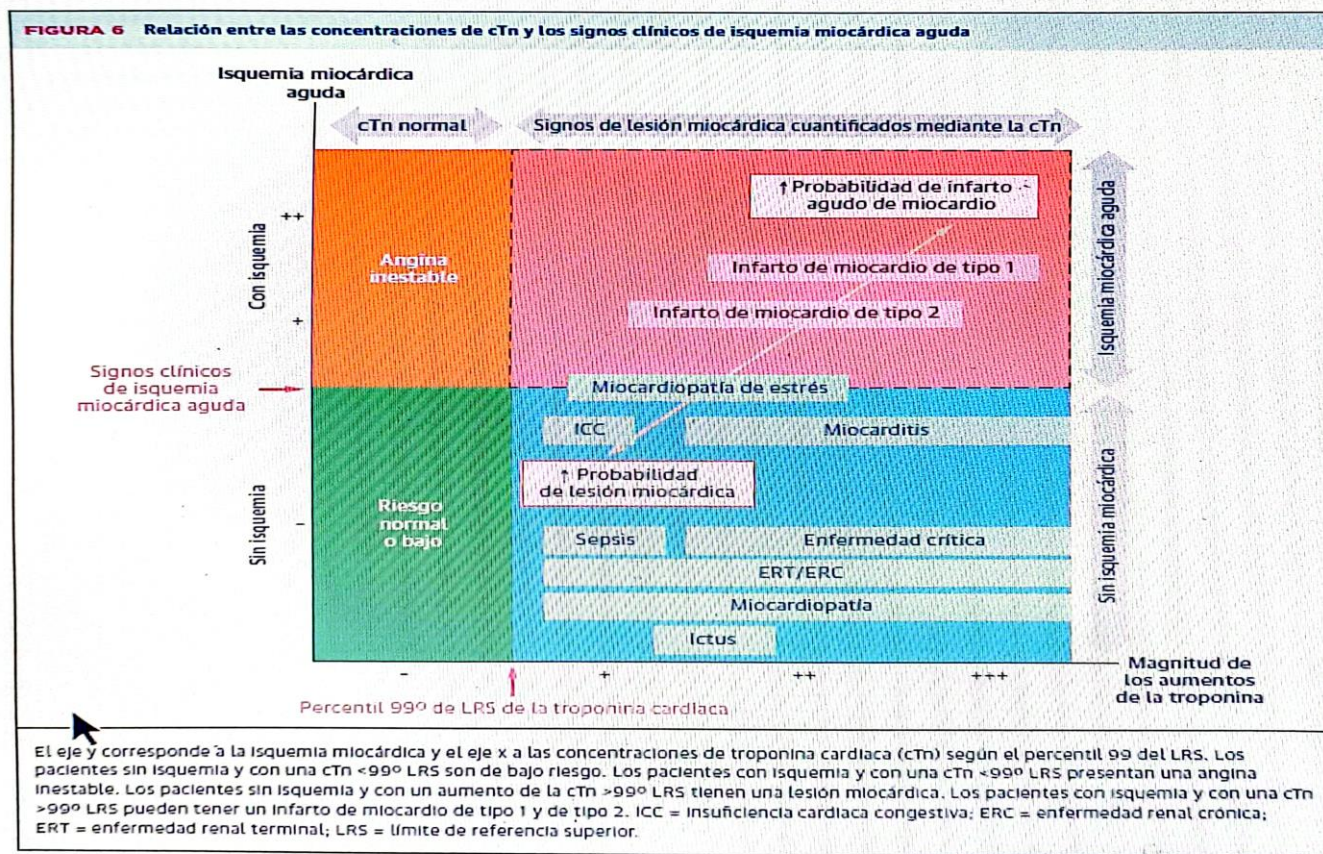
TROPONINA CARDIACA

El IMT2 se identifica de manera cada vez más frecuente como consecuencia del empleo de métodos de análisis de la cTn más sensibles (63). Casi todas las investigaciones indican que los pacientes con IMT2 presentan valores de cTn más bajos ([tabla 5 online](#)). Los valores absolutos de la concentración y los cambios observados en determinaciones secuenciales son mayores en el IMT1 que en el IMT2 (19, 27). Sin embargo, el solapamiento existente es suficiente para que ni los valores absolutos ni los cambios secuenciales (Δ) de la cTn permitan diferenciar el IMT1 del IMT2 o de la lesión miocárdica (38). Una dificultad adicional es que los pacientes que acuden de manera tardía tras el inicio de los síntomas pueden no mostrar un aumento y/o disminución de la cTn en intervalos de tiempo cortos, debido a que la pendiente de la curva de concentración respecto al tiempo es menos pronunciada. En algunas series, $\leq 26\%$ de los IM tienen este tipo de presentación clínica (64). La aplicación de los métodos de análisis de la cTn de alta sensibilidad (as) puede traducirse en diagnósticos más exactos del IM, en especial si hay una transición a partir de métodos de análisis menos sensibles (65). La magnitud de este efecto en las tasas de diagnóstico se ve influida por el método analítico y/o el umbral utilizados antes y después de la aplicación de los ensayos de alta sensibilidad (66). En algunos estudios no ha habido un aumento de los diagnósticos de IMT2 (36). Dado que el IMT2 se asocia a valores de cTn inferiores, parece concebible que el número relativo de IMT2 aumente más que el de IMT1. En cambio, los datos del estudio *Advantageous Predictors of Acute Coronary Syndromes* (APACE) sugieren que, en comparación con la cTnT, la mayor parte de los nuevos IM identificados con el empleo de la cTn-as son IMT1 (65). –



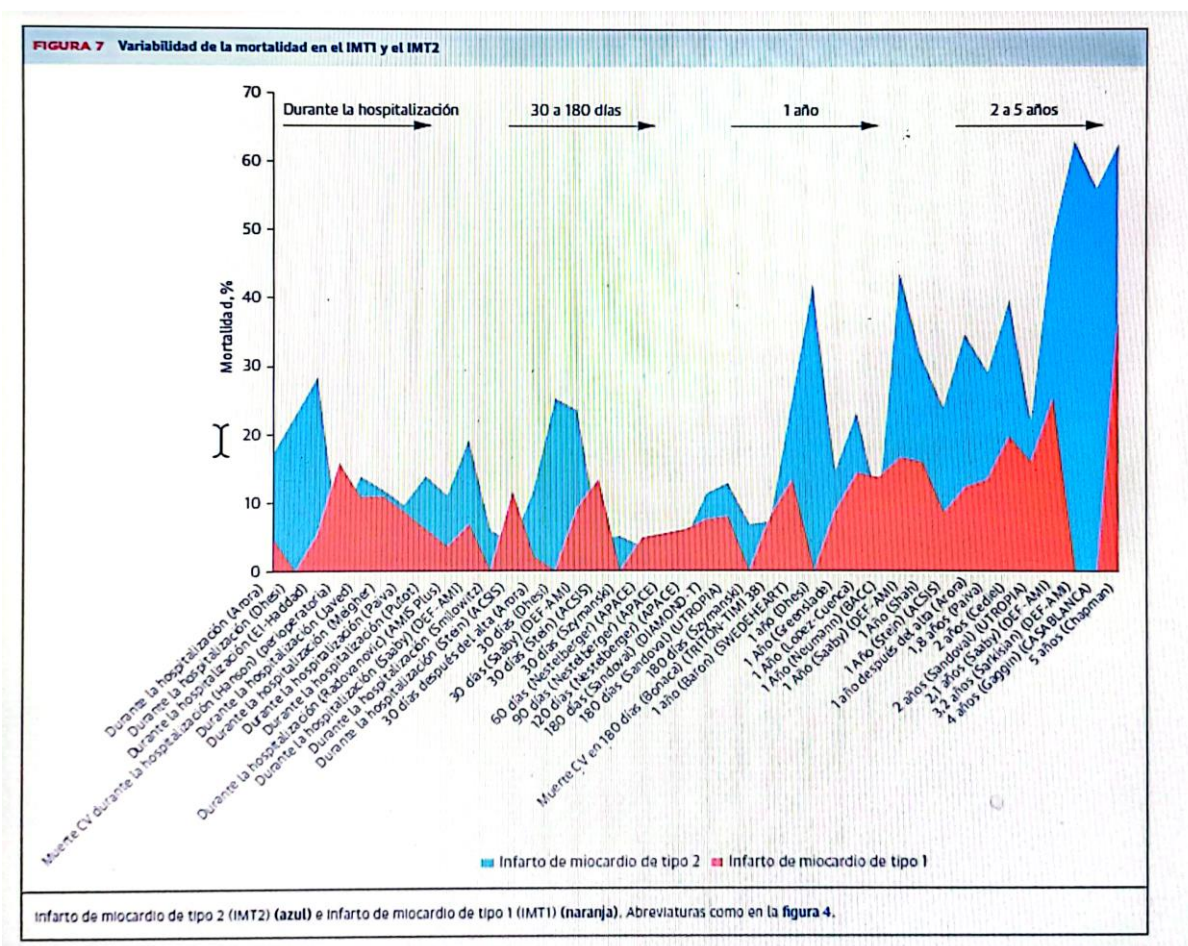
ABORDAJE DE LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO

En la ilustración central se muestra un algoritmo para abordar el IMT2. El diagnóstico requiere lo siguiente: 1) unos valores de cTn crecientes y/o decrecientes con una cifra $\geq$ al percentil 99º; y 2) signos clínicos de isquemia miocárdica (1). Cuando los signos y síntomas no son claros, debe resaltarse la obtención de signos objetivos de isquemia miocárdica (5), por ejemplo, con técnicas de diagnóstico por la imagen. Los pasos iniciales incluyen una anamnesis y exploración física cuidadosas, determinaciones de la cTn y ECG de 12 derivaciones. Las exploraciones de imagen deben utilizarse de un modo selectivo. Si no pueden obtenerse signos claros de una isquemia miocárdica aguda, se tiende a utilizar el término lesión miocárdica (figura 6). Si hay isquemia miocárdica, la distinción entre IMT2 e IMT1 se basa en los datos clínicos. La mayor parte de los casos de IMT2 son IAMSEST secundarios a otra enfermedad. Por consiguiente, excepto en los casos en los que está indicado un diagnóstico y/o tratamiento cardiovascular inmediato, las evaluaciones pueden retrasarse hasta haber estabilizado los problemas subyacentes.



PRONÓSTICO

Los pacientes con un IMT2 tienen una mortalidad por cualquier causa similar o superior a la de los pacientes con un IMT1 (figura 7, tabla 3 online), debido en parte a que muchos de los estudios incluyen a pacientes en estado crítico y con comorbilidades. Estos pacientes tienen un riesgo elevado de mortalidad cardiovascular y de eventos adversos cardiovasculares mayores. En el ensayo TRITON-TIMI 38 (*Trial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition with Prasugrel-Thrombolysis In Myocardial Infarction 38*), los pacientes con IMT2 presentaron un aumento de casi 3 veces en el riesgo de muerte cardiovascular (10). En el estudio CASABLANCA, los IMT2 incidentes predijeron la mortalidad por cualquier causa y la de causa cardiovascular, así como la variable combinada formada por la mortalidad por cualquier causa, el IM no mortal, la insuficiencia cardíaca (IC), el ictus, el accidente isquémico transitorio, las complicaciones arteriales periféricas y las arritmias cardíacas (18). Los estudios que se centran tan solo en los pacientes con dolor torácico excluyen a menudo a los pacientes de alto riesgo o en estado crítico, como los que presentan una enfermedad renal avanzada y ello sugiere un pronóstico más benigno (27, 28). En el estudio APACE, los pacientes con IMT2 presentaron unas tasas de mortalidad cardiovascular y de mortalidad por cualquier causa a 120 días del 1,7% y el 4,6%, respectivamente (27). La mayor parte de los pacientes con IMT2 fallecen por causas no cardiovasculares (figura 8), como en los estudios de pacientes en estado crítico en los que la presencia conjunta de la enfermedad cardiovascular y la enfermedad crítica aumentan las tasas de mortalidad (67). No obstante, los estudios con un seguimiento a largo plazo indican que la mortalidad cardiovascular es frecuente y explica un 24% a 43% del total de muertes (13, 18, 35). Así pues, hay oportunidades de identificar a pacientes de alto riesgo y mejorar su evolución clínica. En los pacientes con IMT2 o lesión miocárdica, la EC es un factor predictivo independiente para la muerte cardiovascular o la recidiva del IM (13). Sin embargo, en estos estudios tan solo se realizaron coronario grafías en un número reducido de pacientes (39, 61).



TRATAMIENTO

Teniendo en cuenta los mecanismos heterogéneos que conducen al IMT2, nosotros respaldamos el empleo de un abordaje específico según el fenotipo (2). En la **tabla 1** se propone un modelo conceptual, que puede perfeccionarse con un mapeo fenotípico y aprendizaje automático, como se ha hecho en la IC con fracción de eyección conservada (68). En los pacientes cuya forma de presentación inicial es un problema coronario primario, el tratamiento apropiado viene dado por ese proceso (54-58). En los que tienen un IMT2 causado por un desequilibrio de aporte-demanda, deben usarse tratamientos individualizados ajustados a sus características específicas (1, 3). Los estudios de observación realizados sugieren que los pacientes con IMT2 que tienen una EC presentan resultados clínicos adversos (13, 61). Por consiguiente, en los pacientes en los que se conoce o se sospecha la presencia de una EC, la depresión más marcada del segmento ST y/o las concentraciones superiores de cTn pueden requerir una evaluación para detectar una posible EC. El estudio ACT-2 (*Appropriateness of Coronary investigation in myocardial injury and Type 2 myocardial infarction*) es un ensayo aleatorizado en el que se compara la coronariografía invasiva (o angio-TAC coronario) con el manejo conservador por lo que respecta a la mortalidad por cualquier causa a los 2 años, y deberá aportar nuevas perspectivas respecto al tratamiento (69). En los pacientes con IMT2 y EC son apropiados los tratamientos basados en las guías existentes. Continúa sin estar claro el papel de la revascularización. En la actualidad, deben tomarse decisiones cuidadosas basadas en las guías de práctica clínica, al tiempo que se considera la relación riesgo/beneficio del tratamiento anti agregante plaquetario combinado doble. Los estudios realizados indican la existencia de amplias diferencias en el empleo de la revascularización (ICP o CABG) (**tabla 4 online**), y un metanálisis reciente ha mostrado una tasa de uso de la ICP del 40% (intervalo, 0% a 87,5%) (70).

SITUACIONES ESPECIALES LESIÓN MIOCÁRDICA E INFARTO PERIOPERATORIOS

El contexto peri operatorio tiene unas características peculiares y el IMT2 es frecuente (71). En los pacientes de riesgo se recomiendan las determinaciones preoperatorias de la cTn y la obtención de muestras posteriores para la vigilancia (1). Dado el uso de analgésicos, son pocos los pacientes que presentan síntomas (71). Aunque excepcionalmente se detectan alteraciones isquémicas en los ECG de rutina, los estudios en los que se ha utilizado un registro Holter de 12 derivaciones de manera continua muestran que los episodios transitorios de taquicardia y cambios en el segmento ST son frecuentes y están correlacionados con la cTn (72). Con el empleo de la OCT se determina que la mayor parte de los IM peri operatorios son IMT2 (53). Sin embargo, los datos de autopsia sugieren que los episodios mortales se distribuyen de manera uniforme entre eventos con y sin ruptura de placas (73). Así pues, aunque la mayor parte de los eventos son de IMT2, los que resultan mortales pueden ser de IMT1. La definición del tratamiento a utilizar resulta difícil debido al riesgo de hemorragia. Un ensayo aleatorizado ha sugerido que dabigatrán puede resultar eficaz (74); sin embargo, continúa habiendo incertidumbre al respecto. Por el momento, el tratamiento deberá individualizarse e incluye la corrección del desequilibrio entre aporte y demanda.

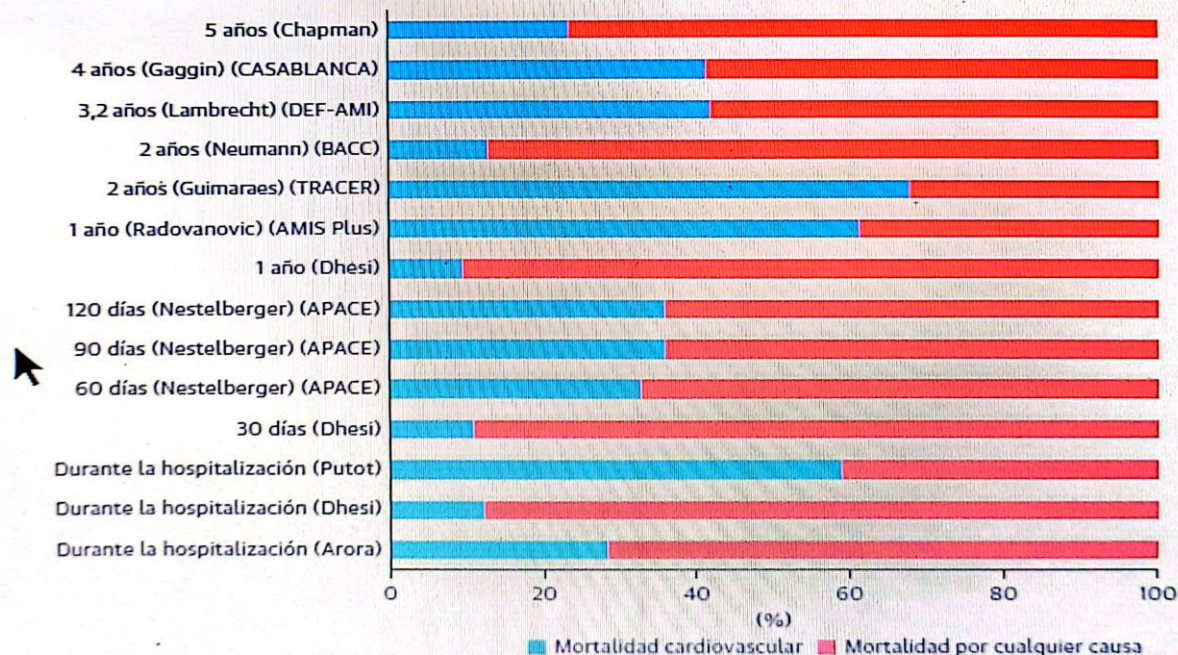
ENFERMEDAD CRÍTICA

Diferenciar la lesión miocárdica aguda y crónica del IMT1 y el IMT2 continúa siendo un verdadero reto en este contexto. Si no hay signos de isquemia miocárdica, la mayor parte de los aumentos de la cTn, sobre todo los que se producen con la sepsis, se deben probablemente a una lesión miocárdica. Es frecuente que estos pacientes estén intubados y/o sedados, lo cual limita las posibilidades de evaluar los signos y síntomas, y es frecuente que los ECG no resulten útiles. Tras la recuperación, si procede, estos pacientes pueden necesitar una nueva evaluación para esclarecer la etiología de la lesión cardíaca, con objeto de mejorar su pronóstico adverso a largo plazo (75).

INSUFICIENCIA CARDIACA

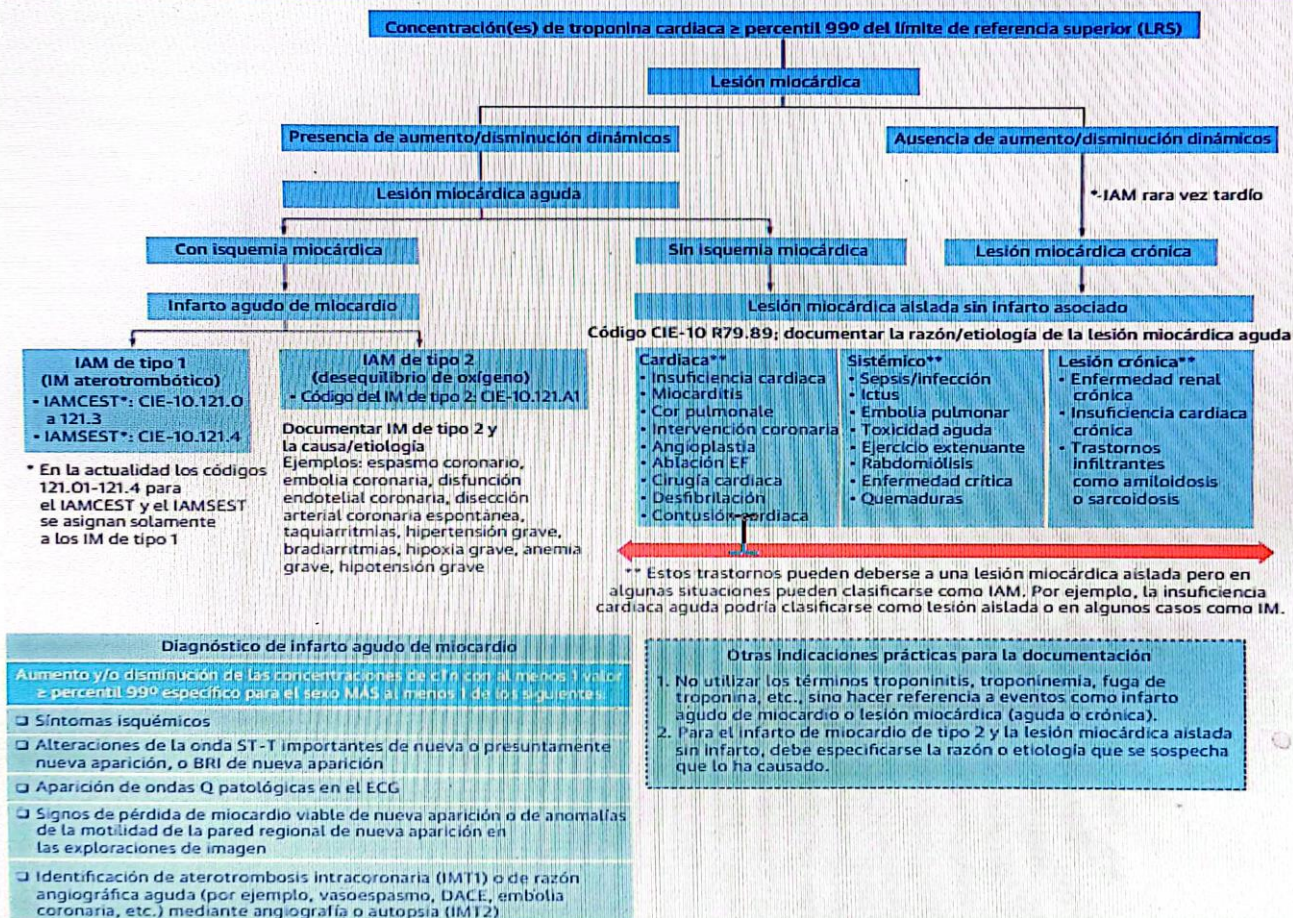
Los pacientes con IC aguda o crónica presentan con frecuencia un aumento de la cTn (76). La isquemia miocárdica puede ser un factor desencadenante de la IC. En los pacientes con IC aguda, es frecuente que haya un aumento y/o disminución de la cTn. Uno de los mecanismos que pueden explicarlo es la distensión aguda del ventrículo izquierdo con una proteólisis y liberación de cTn con muerte celular por apoptosis a través de un mecanismo mediado por la calpaína (77). En la IC crónica, los valores de cTn siguen razonablemente bien los de presión tele diastólica ventricular izquierda, lo cual sugiere una hipoperfusión sub endocárdica. En algunos pacientes puede haber también una disfunción endo endotelial coronaria. Salvo que haya signos de isquemia miocárdica aguda, los aumentos de la cTn deben considerarse una lesión miocárdica.

FIGURA 8 Modo de muerte en el IMT2



Proporción de muertes por IMT2 debidas a causas cardiovasculares y a causas no cardiovasculares. Abreviaturas como en la figura 4.

FIGURA 9 Algoritmo de codificación para los pacientes con aumentos de la cTn



Hemos identificado algunas lagunas del conocimiento que requieren más datos. Hay problemas en la codificación de la enfermedad, como el uso inadecuado del nuevo código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)-10 para IMT2 (código I12A1) (figura 9), el reembolso hospitalario, las estadísticas de mortalidad, las medidas del rendimiento y la calidad, la política sanitaria, las implicaciones sociales y la investigación, entre otros (78). En la **tabla 2** se describen algunos de estos problemas.

TABLA 2 Retos actuales y perspectivas futuras	
Controversias clínicas	
1. ¿En qué pacientes debe realizarse un análisis de cTn?	La tasa de incidencia depende en gran parte de la población evaluada (es decir, si solamente se evalúa la cTn en pacientes con molestias torácicas, el IMT1 puede ser más frecuente, mientras que si se determina en pacientes no seleccionados ("all-comers") con síntomas diversos, el IMT2 pasa a ser más frecuente). Es necesario esclarecer mejor en qué pacientes deben realizarse determinaciones de la cTn.
2. Técnicas de diagnóstico por la imagen cardíacas avanzadas no invasivas	Diferenciar entre IMT1, IMT2 y lesión miocárdica resulta difícil y a menudo es subjetivo. Serán necesarios más estudios, por ejemplo con el empleo de técnicas de diagnóstico por la imagen cardíacas avanzadas (CRM o angio-TAC coronaria) para orientar mejor las vías a seguir para establecer el diagnóstico. Si predomina la incertidumbre diagnóstica, las técnicas de imagen cardíacas deberán usarse con más frecuencia para determinar si se dan los signos que van a favor de una isquemia miocárdica aguda manifiesta para diagnosticar un IM agudo o para facilitar la evaluación de otras posibles etiologías de la lesión miocárdica. Se reconoce que algunos pacientes pueden presentar IM pequeños que no sean lo suficientemente amplios como para causar anomalías regionales en la motilidad de la pared.
3. Técnicas de diagnóstico por la imagen intracoronarias	La coronariografía se considera a menudo el patrón de referencia; sin embargo, su sensibilidad y especificidad no son del 100% para los eventos de ruptura de placas. Son necesarios más datos respecto a las técnicas de diagnóstico por la imagen intracoronarias (OCT/IVUS).
4. ¿Deben elaborarse criterios más específicos para el diagnóstico del IMT2?	La falta de unos criterios diagnósticos establecidos permite que el término de IMT2 se esté utilizando de una forma laxa en situaciones en las que se sospecha una discrepancia entre aporte y demanda, cuando no hay signos claros de isquemia miocárdica. Sin embargo, inadvertidamente podrían considerarse de modo insuficiente las formas de presentación isquémicas atípicas en los ancianos, los pacientes diabéticos y las mujeres. Son necesarias más evidencias para responder a esta pregunta.
5. Asistencia personalizada	- Reconociendo la existencia de mecanismos distintos heterogéneos que conducen al IMT2, es preciso comprender que la asistencia debe individualizarse y que un abordaje basado en el fenotipo puede ser el más apropiado para orientar la mejor forma de tratar a esos pacientes. - En los pacientes con IMT2 y una EC concomitante, será necesaria una mayor investigación para determinar la utilidad de la intensificación del tratamiento médico y/o de la revascularización si no hay aterotrombosis.
Codificación de la enfermedad	
1. Código de la CIE-10 (I12A1)	- La adopción de un código específico para el IMT2 debería facilitar las evaluaciones tanto epidemiológicas como de los resultados clínicos. - Deberá evitarse el uso inapropiado del código del IMT2; es decir, debe haber signos claros de isquemia miocárdica aguda antes de aplicar el diagnóstico/código. - En la actualidad, los codificadores pueden optar por reservar los códigos del IAMCEST y el IAMSEST para el IMT1 (figura 9). Si no se realiza la codificación de un modo más uniforme, no será posible examinar diversos ámbitos para comparar los datos. - En los pacientes con IMT2, los clínicos deberán especificar el o los desencadenantes presentes; por ejemplo, IMT2 secundario a fibrilación auricular con frecuencia ventricular rápida, o IMT2 debido a vasoespasmo coronario.
Medidas del resultado y la calidad	
1. Las medidas del resultado y la calidad de AHA/ACC de 2017 (por ejemplo, uso de ácido acetilsalicílico al alta, betabloqueantes al alta, etcétera) corresponden solamente al IMT1.	
2. Programa de reducción de reingresos hospitalarios (HRRP por sus siglas en inglés): los pacientes con IMT2 se incluyen en el HRRP y los hospitales tienen penalizaciones económicas si sus tasas de reingreso en 30 días superan las tasas de reingreso estandarizadas según el riesgo (78).	
Investigación	
1. La falta de unos criterios diagnósticos operativos respecto a lo que constituye un IMT2 ha conducido a una falta de uniformidad en los datos presentados en publicaciones con revisión externa, de tal manera que los clínicos y los investigadores tienen perspectivas diferentes sobre cómo se establece el diagnóstico.	
2. Definir y luego insistir en los signos objetivos de isquemia miocárdica facilitaría probablemente la codificación y validación de la enfermedad.	
3. Teniendo en cuenta los mecanismos/trastornos heterogéneos que conducen al IMT2, el diseño de estudios/ensayos con un abordaje específico según el fenotipo será útil para desarrollar tratamientos basados en la evidencia.	
4. Los resultados pueden diferir en los diversos fenotipos del IMT2. Por ejemplo, los pacientes jóvenes sin comorbilidades y con arritmias pueden tener una evolución diferente de la de los pacientes de mayor edad y en estado más grave.	
CRM = cardiopulmonografía magnética; angio-TAC = angiografía de tomografía computarizada; IM = infarto de miocardio; otras abreviaturas como en la tabla 1.	

CONCLUSIONES

El IMT2 es frecuente y explica una parte sustancial de los aumentos de la cTn en la práctica clínica. Los mecanismos son heterogéneos, y ello hace que sean necesarios enfoques individualizados para el diagnóstico, el tratamiento y la estratificación del riesgo. Es preciso establecer un consenso respecto a cómo determinar el diagnóstico, para facilitar el empleo de tratamientos basados en la evidencia destinados a mejorar los resultados.

Sandoval y Jaffe
Infarto de miocardio de tipo 2

JACC VOL. 73, NO. 14, 2019
16 DE ABRIL, 2019:1846–60

DIRECCIÓN PARA LA CORRESPONDENCIA: Dr. Allan S. Jaffe, Department of Cardiovascular Diseases and Department of Laboratory Medicine and Pathology, Mayo Clinic, Gonda 468, 200 1st, SW, Rochester, Minnesota 55905. Correo electrónico: jaffe.allan@mayo.edu. Twitter: @Mayo ClinicCV, @yadersandoval.

Del aDepartment of Cardiovascular Diseases, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota; and the bDepartment of Laboratory Medicine and Pathology, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, Estados Unidos. El Dr. Sandoval ha formado parte del consejo asesor de Abbott Diagnostics sin compensación personal; y ha actuado como consultor sin salario para Roche Diagnostics. El Dr. Jaffe ha sido o es actualmente consultor de la mayor parte de las principales compañías de diagnóstico, incluidas Beckman, Abbott, Siemens, ET Healthcare, Roche, Quidel, Sphingotec y Novartis

Original recibido el 21 de agosto de 2018; original revisado recibido el 29 de enero de 2019, aceptado el 4 de febrero de 2019. ISSN 0735-1097 <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.02.018>

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS: cTn = troponina cardíaca EC = enfermedad coronaria ECG = electrocardiograma IAMCEST = infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST IM = infarto de miocardio IMT1 = infarto de miocardio de tipo 1 IMT2 = infarto de miocardio de tipo 2 OCT = tomografía de coherencia óptica.

PALABRAS CLAVE: infarto agudo de miocardio, troponina cardíaca, lesión miocárdica, infarto de miocardio de tipo 2, Definición Universal del Infarto de Miocardio

APÉNDICE Pueden consultarse las tablas y una figura complementaria en la versión online de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al., for the Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *J Am Coll Cardiol* 2018;72: 2231– 64.
2. Januzzi JL, Sandoval Y. The many faces of type 2 myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2017;70: 1569–72.
3. Sandoval Y, Thygesen K. Myocardial infarction type 2 and myocardial injury. *Clin Chem* 2017;63 101–7.
4. Lippi G, Sanchis-Gomar F, Cervellin G. Chest pain, dyspnea and other symptoms in patients with type 1 and 2 myocardial infarction. A literature review. *Int J Cardiol* 2016; 215:20–2.
5. Sandoval Y, Smith SW, Sexter A, Schulz K, Apple FS. Use of objective evidence of myocardial ischemia to facilitate the diagnostic and prognostic distinction between type 2 myocardial infarction and myocardial injury. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2018 Jul 1 [E-pub ahead of print].
- 6.

Smilowitz NR, Weiss MC, Mauricio R, et al. Provoking conditions, management and outcomes of type 2 myocardial infarction and myocardial necrosis. *Int J Cardiol* 2016; 218:196–201. 7. Arora S, Strassle PD, Qamar A, et al. Impact of type 2 myocardial infarction (MI) on Hospital- Level MI outcomes: implications for Quality and Public Reporting. *J Am Heart Assoc* 2018;7: e008661. 8. Baron T, Hambros's K, Sundstrom J, Erlinge D, Jernberg T, Lindahl B, for the TOTAL-AMI Study Group. Type 2 myocardial infarction in clinical practice. *Heart* 2015; 101:101–6. 9. Bonaca MP, Ruff CT, Kosowsky J, et al. Evaluation of the diagnostic performance of current and next-generation assays for cardiac troponin I in the BWH-TIMI ED Chest Pain Study. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2013; 2:195–202. 10. Bonaca MP, Wiviott SD, Braunwald E, et al. American College of Cardiology/American Heart Association/European Society of Cardiology/World Heart Federation universal definition of myocardial infarction classification system and the risk of cardiovascular death: observations from the TRITON- TIMI 38 trial (Trial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition With Prasugrel-Thrombolysis in Myocardial Infarction 38). *Circulation* 2012;125: 577–83. 11. Morrow DA, Wiviott SD, White HD, et al. Effect of the novel thienopyridine Prasugrel compared with Clopidogrel on spontaneous and procedural myocardial infarction in the Trial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition with Prasugrel-Thrombolysis in Myocardial Infarction 38: an application of the classification system from the universal definition of myocardial infarction *Circulation* 2009; 119:2758–64. 12. Cediël G, Gonzalez-Del-Hoyo M, Carrasquer A, Sanchez R, Boqué C, Bardají A. Outcomes with type 2 myocardial infarction compared with nonischemic myocardial injury. *Heart* 2017; 103:616–22. 13. Chapman AR, Shah ASV, Lee KK, et al. Longterm outcomes in patients with type 2 myocardial infarction and myocardial injury. *Circulation* 2018; 137:1236–45. 14. Dhesi S, Shanks M, Tymchak WJ. Troponin rise in hospitalized patients with nonacute coronary syndrome: retrospective assessment of outcomes and predictors. *Can J Cardiol* 2015; 31:296–301. 15. Dohi T, Maehara A, Witzenbichler B, et al. Etiology, frequency, and clinical outcomes of myocardial infarction after successful drug-eluting stent implantation: two-year follow-up from the ADAPT-DES study. *Circ Cardiovasc Interv* 2015;8: e002447. 16. Duvall WL, Sealove B, Pungoti C, Katz D, Moreno P, Kim M. Angiographic investigation of the pathophysiology of perioperative myocardial infarction. *Catheter Cardiovasc Interv* 2012; 80:768–76. 17. El-Haddad H, Robinson E, Swett K, Wells GL. Prognostic implications of type 2 myocardial infarctions. *World J Cardiovasc Dis* 2012; 2:237–41. 18. Gaggin HK, Liu Y, Lyass A, et al. Incident type 2 myocardial infarction in a cohort of patients undergoing coronary or peripheral arterial angiography. *Circulation* 2017; 135:116–27. 19. Greenslade JH, Adikari T, Mueller C, et al. Characteristics and occurrence of type 2 myocardial infarction in emergency department patients: a prospective study. *Emerg Med J* 2018;35: 169–75. 20. Guimaraes PO, Leonardi S, Huang Z, et al. Clinical features and outcomes of patients with type 2 myocardial infarction: insights from the Thrombin Receptor Antagonist for Clinical Event Reduction in Acute Coronary Syndrome (TRACER) trial. *Am Heart J* 2018; 196:28–35. 21. Hanson I, Kahn J, Dixon S, Goldstein J. Angiographic and clinical characteristics of type 1 versus type 2 perioperative myocardial infarction. *Catheter Cardiovasc Interv* 2013; 82:622–8. 22. Javed U, Aftab W, Ambrose JA, et al. Frequency of elevated troponin I and diagnosis of acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2009; 104:9–13. 23. Landes U, Bental T, Orvin K, et al. Type 2 myocardial infarction: a descriptive analysis and comparison with type 1 myocardial infarction. *J Cardiol* 2016; 67:51–6. 24. Lopez-Cuenca A, Gomez-Molina M, Flores- Blanco PJ, et al. Comparison between type-2 and type-1 myocardial infarction: clinical features, treatment strategies and outcomes. *J Geriatr Cardiol* 2016; 13:15–22. 25. Meigher S, Thode HC, Peacock WF, Bock JL, Gruberg L, Singer AJ. Causes of elevated cardiac troponins in the emergency department and their associated mortality. *Acad Emerg Med* 2016;23: 1267–73. 26. Melberg T, Burman R, Dickstein K. The impact of the 2007 ESC-ACC-AHA-WHF Universal definition on the incidence and classification of acute myocardial infarction: a retrospective cohort study. *Int J Cardiol* 2010; 139:228–33. 27. Nestelberger T, Boeddinghaus J, Badertscher P, et al. Effect of definition on incidence and prognosis of type 2 myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2017; 70:1558–68. 28. Neumann JT, Sorensen NA, Rubsamen N, et al. Discrimination of patients with type 2 myocardial infarction. *Eur Heart J* 2017; 38:3514–20. 29. Paiva L, Providencia R, Barra S, Dinis P, Faustino AC, Goncalves L. Universal definition of myocardial infarction: clinical insights. *Cardiology* 2015; 131:13–21. 30. Putot A, Derrida SB, Zeller M, Avondo A, Ray P, Manckoundia P, Cottin Y. Short-term prognosis of myocardial injury, type 1 and type 2 myocardial infarction in the emergency unit. *Am J Med* 2018; 131:1209–19. 31. Radovanovic D, Pilgrim T, Seifert B, Urban P, Pedrazzini G, Erne P. Type 2 myocardial infarction: incidence, presentation, treatment and outcome in routine clinical practice. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2017; 18:341–7. 32. Saaby L, Poulsen TS, Hosbond S, et al. Classification of myocardial infarction: frequency and features of type 2 myocardial infarction. *Am J Med* 2013; 126:789–97. 33. Saaby L, Poulsen TS, Diederichsen AC, et al. Mortality rate in type 2 myocardial infarction observations from an unselected hospital cohort. *Am J Med* 2014; 127:295–

302. 34. Sarkisian L, Saaby L, Poulsen TS, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients with myocardial infarction, myocardial injury, and nonelevated troponins. *Am J Med* 2016; 129:446. e5–21. 35. Lambrecht S, Sarkisian L, Saaby L, et al. Different causes of death in patients with myocardial infarction type 1, type 2, and myocardial injury. *Am J Med* 2018; 131:548–54. 36. Sandoval Y, Smith SW, Sexter A, et al. Type 1 and 2 myocardial infarction and myocardial injury: clinical transition to high-sensitivity cardiac troponin I. *Am J Med* 2017;130:1431–9. 37. Sandoval Y, Smith SW, Schulz KM, et al. Diagnosis of type 1 and type 2 myocardial infarction using a high-sensitivity cardiac troponin I assay with sex-specific 99th percentiles based on the third universal definition of myocardial infarction classification system. *Clin Chem* 2015; 61:657–63. 38. Sandoval Y, Thordsen SE, Smith SW, et al. Cardiac troponin changes to distinguish type 1 and type 2 myocardial infarction and 180-day mortality risk. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2014; 3:317–25. 39. Shah AS, McAllister DA, Mills R, et al. Sensitive troponin assay and the classification of myocardial infarction. *Am J Med* 2015; 128:493–501. 40. Shah AS, Anand A, Sandoval Y, et al. High-sensitivity cardiac troponin T at presentation in patients with suspected acute coronary syndrome: a cohort study. *Lancet* 2015; 386:2481–8. 41. Smith SW, Diercks DB, Nagurney JT, et al. Central versus local adjudication of myocardial JAC C VOL. 7 3, N O. 1 4, 2 0 1 9 Sandoval y Jaffe 23 1 6 D E A B R I L, 2 0 1 9 :1 8 4 6– 6 0 Infarto de miocardio de tipo 2 infarction in a cardiac biomarker trial. *Am Heart J* 2013; 165:273–9. 42. Spatz ES, Curry LA, Masoudi FA, et al. The Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients (VIRGO) classification system: a taxonomy for young women with acute myocardial infarction. *Circulation* 2015;132: 1710–8. 43. Stein GY, Herscovici G, Korenfeld R, et al. Type-II myocardial infarction—patient characteristics, management and outcomes. *PLoS One* 2014;9: e84285. 44. Szymanski FM, Karpinski G, Platek AE, et al. Clinical characteristics, a etiology and occurrence of type 2 acute myocardial infarction. *Kardiol Pol* 2014; 72:339–44. 45. White HD, Reynolds HR, Carvalho AC, et al. Reinfarction after percutaneous coronary intervention or medical management using the universal definition in patients with total occlusion after myocardial infarction: results from Longterm follow-up of the Occluded Artery Trial (OAT) cohort. *Am Heart J* 2012; 163:563–71. 46. Sandoval Y, Smith SW, Thordsen SE, Apple FS. Supply/demand type 2 myocardial infarction: should we be paying more attention? *J Am Coll Cardiol* 2014; 63:2079–87. 47. Gard A, Lindahl B, Batra G, et al. Interphysician agreement on sub classification of myocardial infarction. *Heart* 2018; 104:1284–91. 48. Shah AS, Sandoval Y, Noaman A, et al. Patient selection for high sensitivity cardiac troponin testing and diagnosis of myocardial infarction: prospective cohort study. *BMJ* 2017;359: j4788. 49. Kaul P, Fu Y, Chang WC, et al. Prognostic value of ST segment depression in acute coronary syndromes: insights from PARAGON-A applied to GUSTO-IIb Investigators. Platelet IIb/IIIa Antagonism for the Reduction of Acute Global Organization Network. *J Am Coll Cardiol* 2001; 38:64–71. 50. Reynolds HR, Srichai MB, Iqbal SN, et al. Mechanisms of myocardial infarction in women without angiographically obstructive coronary artery disease. *Circulation* 2011; 124:1414–25. 51. Sinclair H, Bourantas C, Bagnall A, Mintz GS, Kunadian V. OCT for the identification of vulnerable plaque in acute coronary syndrome. *J Am Coll Cardiol Img* 2015; 8:198–209. 52. Maehara A, Mintz GS, Bui AB, et al. Morphologic and angiographic features of coronary plaque rupture detected by intravascular ultrasound. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40:904–10. 53. Sheth T, Natarajan MK, Hsieh V, et al. Incidence of thrombosis in perioperative and non-operative myocardial infarction. *Br J Anaesth* 2018; 120:725–33. 54. Ong P, Athanasiadis A, Hill S, Vogelsberg H, Voehringer M, Sechtem U. Coronary artery spasm as a frequent cause of acute coronary syndrome: The CASPAR (Coronary Artery Spasm in Patients with Acute Coronary Syndrome) Study. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52:523–7. 55. Hayes SN, Kim ESH, Saw J, et al. Spontaneous coronary artery dissection: Current State of the Science: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation* 2018;137: e523–57. 56. Matsue Y, Yoshida K, Hoshino M, et al. Clinical features and prognosis of type 2 myocardial infarction in vasospastic angina. *Am J Med* 2015; 128:389–95. 57. Raphael CE, Heit JA, Reeder GS, et al. Coronary embolus: An underappreciated cause of acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol Intv* 2018;11: 172–80. 58. Goran KP. Suggestion to list acute aortic dissection as a possible cause of type 2 myocardial infarction (according to the universal definition). *Eur Heart J* 2008; 29:2819–20. 59. Oshima S, Yasue H, Ogawa H, Okumura K, Matsuyama K. Fibrinopeptide A is released into the coronary circulation after coronary spasm. *Circulation* 1990; 82:2222–5. 60. Agewall S, Beltrame JF, Reynolds HR, et al. ESC working group position paper on myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. *Eur Heart J* 2017;38:143–53. 61. Baron T, Hambraeus K, Sundström J, Erlinge D, Jernberg T, Lindahl B, for the TOTAL-AMI Study Group. Impact on long-term mortality of presence of obstructive coronary artery disease and classification of myocardial infarction. *Am J Med* 2016; 129:398–406. 62. Stark MM, Schwartz RS, Satran D, et al. “No culprit” ST-elevation myocardial infarction: role of cardiac magnetic resonance imaging. *Crit Pathw Cardiol* 2014; 13:135–40. 63. Apple FS, Sandoval Y, Jaffe AS, Ordóñez-Llanos J, for the IFCC Task Force on Clinical Applications of Cardiac Bio-Markers. Cardiac troponin assays: guide to understanding analytical characteristics and their impact on clinical care *Clin*

Chem 2017; 63:73–81.64. Bjurman C, Larsson M, Johanson P, et al. Small changes in troponin T levels are common in patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction and are linked to higher mortality. *J Am Coll Cardiol* 2013; 62:1231–8.65. Reichlin T, Twerenbold R, Reiter M, et al. Introduction of high-sensitivity troponin assays: impact on myocardial infarction incidence and prognosis. *Am J Med* 2012;125: 1205–13.66. Sandoval Y, Apple FS, Jaffe AS. How will the transition to hs-cTn affect the diagnosis of type 1 and 2 MI? June 29, 2018. Available at: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2018/06/29/09/33/how-will-the-transition-to-hs-ctnaffect-the-diagnosis-of-type-1-and-2-mi>. Accessed August 12, 2018 67. Babuin L, Vasile VC, Rio Perez JA, et al. Elevated cardiac troponin is an independent risk factor for short- and long-term mortality in medical intensive care unit patients. *Crit Care Med* 2008; 36:759–65. 68. Shah SJ, Katz DH, Selvaraj S, et al. Phenomapping for novel classification of heart failure with preserved ejection fraction. *Circulation* 2015; 131:269–79. 69. Lambrakis K, French JK, Scott IA, et al. The appropriateness of coronary investigation in myocardial injury and type 2 myocardial infarction (ACT-2): a randomized trial design. *Am Heart J* 2018; 208:11–20. 70. Vargas KG, Haller PM, Jäger B, et al. Variations on classification of main types of myocardial infarction: a systematic review and outcome metaanalysis. *Clin Res Cardiol* 2018 Dec 7 [E-pub ahead of print]. 71. Landesberg G, Beattie WS, Mosseri M, Jaffe AS, Alpert JS. Perioperative myocardial infarction. *Circulation* 2009; 119:2936–44. 72. Landesberg G, Mosseri M, Zagher D, et al. Myocardial infarction after vascular surgery: the role of prolonged stress-induced, ST depression-type ischemia. *J Am Coll Cardiol* 2003;37: 1839–45 73. Dawood MM, Gutpa DK, Southern J, Walia A, Atkinson JB, Eagle KA. Pathology of fatal perioperative myocardial infarction: implications regarding pathophysiology and prevention. *Int J Cardiol* 1996; 57:37–44 74. Devereaux PJ, Duceppe E, Guyatt G, et al. Dabigatran in patients with myocardial injury after non-cardiac surgery (MANAGE): an international, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2018; 391:2325–34.75. Landesberg G, Jaffe AS, Gilon D, et al. Troponin elevation in severe sepsis and septic shock: the role of left ventricular diastolic dysfunction and right ventricular dilatation. *Crit Care Med* 2014; 42:790– 800. 76. Januzzi JL Jr., Filippatos G, Nieminen M, Gheorghiade M. Troponin elevation in patients with heart failure: on behalf of the third Universal Definition of Myocardial Infarction Global Task Force: Heart Failure Section. *Eur Heart J* 2012;33: 2265–71 77. Weil BR, Suzuki G, Young RF, Iyer V, Canty JM Jr. Troponin release and reversible left ventricular dysfunction after transient pressure overload. *J Am Coll Cardiol* 2018;71: 2906–16. 78. McCarthy CP, Vaduganathan M, Januzzi JL Jr. Type 2 myocardial infarction—diagnosis, prognosis, and treatment. *JAMA* 2018; 320:433–4.



Revisar

Isquemia miocárdica y fibrilación ventricular: fisiopatología e implicaciones clínicas ☆

Los enlaces del autor abren el panel superpuestoNazar Luqman ^a,Ruey J. Sung ^b,Elrey Chun Li,Chi-Tai Kuo

Abstracto

La fibrilación ventricular (FV) y la isquemia miocárdica son inseparables. La primera manifestación clínica de la isquemia o infarto miocárdico puede ser la muerte cardíaca súbita en el 20-25% de los pacientes. La aparición de arritmia potencialmente letal es el resultado final de una cascada de anomalías fisiopatológicas que resultan de interacciones complejas entre eventos vasculares coronarios, lesión miocárdica y cambios en el tono autónomo, condiciones metabólicas y estado iónico del miocardio. También está relacionado con el tiempo desde el inicio de la isquemia. Dentro de los primeros minutos hay una arritmogénesis ventricular abundante que generalmente dura 30 min. Los desencadenantes de la FV isquémica ocurren en la zona límite o en el corazón isquémico regional. La zona límite de la isquemia es el sitio predominante de fragmentación. La isquemia aguda abre los canales de K_{ATP} causa acidosis e hipoxia de las células miocárdicas, lo que lleva a una gran dispersión en la repolarización a través de la zona límite. Las anomalías del manejo intracelular del Ca^{2+} también ocurren en los primeros minutos de la isquemia miocárdica aguda y pueden ser una causa importante de arritmias en la enfermedad arterial coronaria humana. El sustrato, por otro lado, transforma los desencadenantes en FV y sirve para mantenerla a través de la fragmentación de ondas en la zona isquémica. Los niveles de trombina, el estiramiento, las catecolaminas, la predisposición genética, etc. son algunos de estos factores. Los

modelos de reentrada descritos son la reentrada de onda espiral, los rotores tridimensionales, la reentrada alrededor de las células "M" y la reentrada en forma de ocho. Los esfuerzos continuos para comprender mejor estas arritmias ayudarán a identificar a los pacientes con isquemia miocárdica propensos a las arritmias.

Introducción

Los desencadenantes fisiológicos, como los latidos ventriculares prematuros, en condiciones normales, por lo general no degeneran en una reentrada ventricular sostenida. En presencia de heterogeneidad estructural o electrofisiológica en un corazón isquémico, el mismo latido ventricular prematuro a veces puede inducir rupturas de onda, iniciando la reentrada en un corazón enfermo. Los factores de arritmogénesis asociados con la isquemia miocárdica aguda se han estudiado ampliamente en las últimas décadas. La fibrilación ventricular (FV) y la isquemia miocárdica son inseparables. La presencia de una precipita y perpetúa la otra. Se han implicado múltiples factores contribuyentes; algunos de estos son el ATP, la acidosis, la acumulación de iones y radicales libres, la liberación de catecolaminas, la reducción de la duración del potencial de acción (DPA) y las propiedades mecánicas alteradas del tejido isquémico [1], [2], [3]. Es importante comprender la arritmogénesis durante la isquemia miocárdica temprana, tanto desde los aspectos preventivos como terapéuticos. En este artículo se analiza el mecanismo y las implicaciones clínicas de la FV poco después de la isquemia miocárdica.

Acceso a través de su organización

Fragmentos de sección

Importancia clínica

La primera manifestación clínica de la isquemia o infarto de miocardio puede ser la muerte súbita cardíaca (MSC) en el 20-25% de los pacientes [4], [5]. Además, un buen número de pacientes con MSC no se reconocen ni se informan como resultado de la isquemia miocárdica. Aproximadamente entre el 75% y el 80% de todas las muertes súbitas cardíacas se deben a la isquemia miocárdica [6]. Se ha reconocido bien que la aterosclerosis coronaria extensa es el sello distintivo principal en este grupo de pacientes y está estrechamente relacionada con la presencia

Fisiopatología de la fibrilación ventricular isquémica

La aparición de una arritmia potencialmente letal es el resultado final de una cascada de anomalías fisiopatológicas que resultan de interacciones complejas entre eventos vasculares coronarios, lesión miocárdica y cambios en el tono autónomo y el estado metabólico e iónico del miocardio. La aparición de isquemia

aguda produce disfunción eléctrica, mecánica y bioquímica inmediata del músculo cardíaco. El tejido conductor especializado es más resistente a la isquemia aguda que el tejido de trabajo.

Implicaciones clínicas

La combinación de un evento desencadenante y un miocardio susceptible es el concepto electrofisiológico fundamental del mecanismo de iniciación de arritmias ventriculares potencialmente letales (Tabla 1 y Fig. 1). En el ámbito clínico, las fases I, II y III de las arritmias ventriculares están bien establecidas. Según Weisfeldt y Becker, los primeros 0-4 minutos constituyen la fase eléctrica, la segunda fase que dura 4-10 minutos es la fase circulatoria y finalmente después de más de 10 minutos la fase metabólica.

Conclusión

La isquemia miocárdica aguda es arritmogénica y suele tener un desenlace fatal en el contexto clínico. La disparidad de las respuestas electrofisiológicas entre las zonas isquémica, no isquémica y limítrofe desencadena arritmias que se perpetúan o pueden degenerar aún más dependiendo del sustrato subyacente. El mecanismo depende del tiempo y, por lo general, es el resultado de un entorno entre el desencadenante y el sustrato. Las consecuencias eléctricas de la isquemia miocárdica están regidas por cambios en la actividad iónica.

Referencias (64)

- [Isquemia miocárdica silenciosa como factor predisponente de fibrilación ventricular](#) Soy J Cardiol (1988) MJ Janse y otros.
- Mecanismos electrofisiológicos de las arritmias ventriculares resultantes de la isquemia y el infarto de miocardio Rev física (1989) E. Carmelita
- [Hipoxia. 4. Hipoxia y función del canal iónico](#) 2011, Revista estadounidense de fisiología: fisiología celular



LA REPUBLICA DEL ECUADOR

Y EN SU NOMBRE Y POR AUTORIDAD DE LA LEY,

LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL,

HACE NOTORIO, que habiendo completado el señor

Alexis Enrique Diaz Hernandez

los cursos respectivos de MEDICINA Y CIRUGIA, según las disposiciones legales, se presentó a examen para recibir la investidura de DOCTOR, en dicha Facultad, y, en mérito de la APROBACION que obtuvo, se le confirió el referido GRADO, el día 3 de **Septiembre** de mil novecientos noventa y tres

POR TANTO, se le expide el presente **TITULO**, de conformidad con las prescripciones de la Ley, en Quito, Capital de la República, a 23 de **Septiembre** de 1993.

EL RECANO,

DR. ENRIQUE CHIRIBOLA V.
DECANO



FACULTAD DE
CIENCIAS
MEDICAS



ANOTADO
FOLIO No. 90 No. 2286
FECHA 23 Septiembre 1993

Dr. Angel C. Hinojosa J.
JEFE DE O. U. D. E.



MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA
REFERENDACION Y REGISTRO DE TITULOS

Expte. No. 2. H. U. D. E. E. No. 2. 1993

Fecha: 03 de Septiembre de 1993

Quito, 18 de Septiembre de 1993

JEFE REFERENDACION DE TITULOS

Licdo. Fabián Cevallos Escudalola

EL SECRETARIO GENERAL

EL SECRETARIO GENERAL

Dr. Jorge Baillón Coronado
Secretario General



SECRETARIA
GENERAL

RECTORADO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL

Quito, a 23 de Septiembre de 1993

REFERENDADO,

al folio No. 131

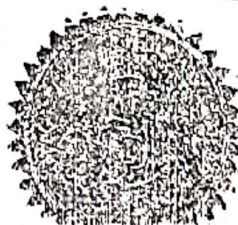
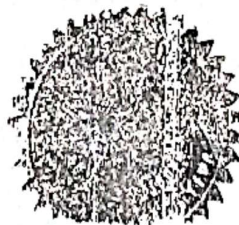
del Libro de Grados.

EL RECTOR,

Dr. Osvaldo Jurado Peralta
RECTOR



RECTORADO



[Firma manuscrita]



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional



La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Magíster en Salud Ocupacional

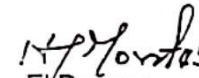
a

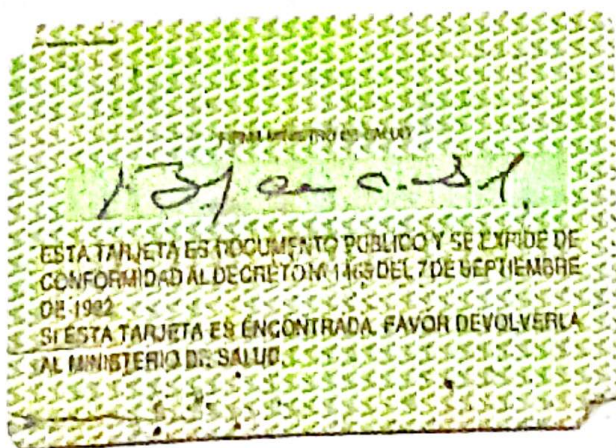
Alexis Enrique Díaz Hernández

Identificado con C.C. 14885368

En testimonio de ello le expide el presente Diploma y lo refrenda con sello de la
Institución. En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,
a los 16 días, del mes de Abril de 2011


El Rector


El Decano



RESOLUCIÓN No. 4145.010.21.1.914.000632
(05 de agosto de 2022)

"POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO"

Qué el peticionario ha presentado debidamente la documentación necesaria para la renovación de la Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, en los siguientes campos de acción como MEDICO Y CIRUJANO, MAGISTER EN SALUD OCUPACIONAL: Medicina en seguridad y salud en el trabajo Investigación en medicina en seguridad y salud en el trabajo, Investigación del Accidente de Trabajo según formación académica, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que, en virtud de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo Primero: Renovar la Licencia de Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo al señor ALEXIS ENRIQUE DIAZ HERNANDEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 14.885.368 expedida en Buga valle del cauca, con título y con domicilio en la Ciudad de Santiago de Cali, como MEDICO Y CIRUJANO, MAGISTER EN SALUD OCUPACIONAL en los campos de acción de: Medicina en seguridad y salud en el trabajo Investigación en medicina en seguridad y salud en el trabajo, Investigación del Accidente de Trabajo según formación académica, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Artículo Segundo: La presente resolución estará vigente por el término de Diez (10) años, contados a partir de la fecha de la presente Resolución.

Artículo Tercero: Contra la presente Resolución proceden los recursos de reposición y de apelación en los términos establecidos en la Ley 1437 del 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Santiago de Cali, a los cinco (05) días del mes de septiembre de dos mil veintidós (2022).


MIYERLANDI TORRES AGREDOVA
Secretaria Distrital de Salud Pública de Santiago de Cali

Proyectó: María del Pilar Collazos Prado - Auxiliar área salud
Elaboró: Paola Guzmán Ramírez - Contratista SyAL
Revisó: Lucy Del Carmen Luna Miranda - Grupo de Salud Pública con enfoque diferencial
Revisó: Doris Stella Tejeda Puentes - Subsecretario de Despacho

**LA SUSCRITA GERENTE
DE FORMACION CONTINUA
DE LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
NIT: 860.007.759-3**

CERTIFICA

Que ALEXIS ENRIQUE DÍAZ HERNÁNDEZ, identificado con C.C. 14885368, participo en el DIPLOMADO VIRTUAL ACTUALIZACIÓN EN CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL, realizado entre el 8 de abril y el 3 de septiembre de dos mil dieciséis (2016), con una intensidad de noventa y dos (92) horas académicas.

Se expide en Bogotá, D.C., a solicitud del interesado a los cinco (5) días del mes de diciembre de dos mil dieciséis (2016).

Cordialmente,



CAROL VANEGAS SALINAS
Gerente
Formación Continua

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Calle 14 No. 6-25 - Teléfono (571) 297 0200 - Telefax (571) 281 8583
Bogotá D.C., Colombia - www.urosario.edu.co



**Universidad del
Rosario**

PROGRAMA DE
ACREDITACION
EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

CALI - COLOMBIA
JULIO 8, 15, 29 Y
AGOSTO 12 DE 2000



H.U.V.
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VALLE

ACTUALIZACIONES
SALAMANDRA
ENTRENAMIENTO A EMERGENCIAS


Universidad
del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Medicina

RED de URGENCIAS
CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS
CALI Y VALLE

Hacen constar que

ALEXIS DIAZ HERNANDEZ

Acreditó

76 Horas

de Entrenamiento en Atención de
Urgencias y Emergencias

DIEGO RIVERA A.
Jefe Urgencias HUV

LAUREANO QUINTERO
Coordinador Programa

JAIME A. ROA
Director Escuela Medicina
Facultad Salud U. del Valle

CARLOS A. HERNANDEZ
Sub-Secretario Técnico
Secretaría Dptal. de Salud



Salamandra®
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias

CERTIFICA QUE

Alexis Diaz Hernandez

Identificado con cédula de ciudadanía No. 14885368

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobación del curso,

Soporte Vital Avanzado

el cual avala competencias en los componentes de:

SOPORTE VITAL AVANZADO EN COLAPSO CARDIO-RESPIRATORIO, URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS E INTERVENCION EN TRAUMA.

con una intensidad de 48 horas.

Para constancia se firma en Cali, a los treinta (30) días del mes de Marzo de 2014, con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

LAUREANO QUINTERO, MD.
Director Científico

Constancia registrada
Con el No C-SVA18220141008