

República de Colombia
Departamento para la Prosperidad Social
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Cecilia de la Fuente de Lleras
Dirección de Servicios y Atención



atencion@icbf.gov.co
Cindy Ortiz-

DERECHO DE PETICIÓN - INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN CON TRÁMITE
CENTRO DE CONTACTO

<< Volver

7684/5
3904888

DATOS DEL CIUDADANO			
Radicado: 1761094167	Fecha de Creación: 11/02/2018 08:58:00 p.m.		
Ciudadano: Lilia Suarez	Ubicación: Ninguno - NIVEL NACIONAL	Dirección:	Teléfono: 3114896796
Correo electrónico:			
Responsable del Registro: Elyeth Moreno Gonzalez	Canal: Telefónico Verbal	No. Observaciones: 0	Celular: 3004037290
¿En Condición de Desplazamiento? No	Grupo Étnico NO SE AUTORRECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	Observaciones de la Ubicación:	

DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

Se comunica la señora Lilia Suárez identificada con la C.C. 51818567 en calidad de progenitora de la señora Leidy Patricia Castañeda Suárez quien es víctima de violencia intrafamiliar por parte de su ex compañero sentimental el señor Anderson Ospina. La situación se evidencia desde hace cuatro años, ya que el señor Anderson encerraba a la señora Leidy y la golpeaba, generándole en varias ocasiones hematomas en el cuerpo, e indica que cuando la señora Leidy estaba en tiempo de dieta el señor Anderson no le brindó alimentos, además le prohibió tener contacto con sus familiares, por otro lado, el demandado ha generado amenazas hacia los familiares. La situación mencionada ha generado estrés en la afectada, el cual ha producido una pancreatitis crónica, problemas en el útero por malos cuidados post parto y problemas respiratorios por los cuales la señora Leidy no puede respirar de manera autónoma. La afectada se encuentra en la USI 17, en el hospital Universitario Nacional de Colombia, ubicado en la Calle 44 No. 59- 75, en la localidad de Teusaquillo, en la ciudad de Bogotá. Por lo anterior se solicita pronta intervención por parte del ICBF.

DATOS DE LA PETICIÓN	
Destinatario de la Petición:	Otras Instituciones
Remitido A::	Otras Instituciones
Modalidad del Derecho de Petición:	Interés Particular
Fecha de Vencimiento del Derecho de Petición (Formato de Fecha mm/dd/aaaa. Ejemplo: 09/22/2014):	03/02/2018
Centro Zonal/Regional :	SEDE NACIONAL/REGIONAL SEDE NACIONAL
Respuesta inicial al Ciudadano:	Se le informa a peticionaria que la entidad que brindará la respuesta será la Comisaría de Familia.
Oficina de Control:	Otras

ICBFAacDerechoPetición

Fecha de generación:

12/02/2018 01:58:40 p.m.

Página 1/2

	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL Oficina de Sistemas	PROYECTO 165: ACCESO A LA JUSTICIA FAMILIAR COMISARIAS DE FAMILIA REGISTRO UNICO DE GESTION - RUG		SISTEMA DE REGISTRO DE BENEFICIARIOS UNICA FUENTE DE INFORMACION DE LA SDIS	

N° comisaria de familia: 13

Sector: 1

RUG N°: 1311807684

IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD/QUEJA/DENUNCIA

Fecha de llegada: (Día / Mes / Año) 19/02/2018

Hora de llegada: (Hora/Minutos) 11:22 a.m.

Forma en que se presenta la solicitud/queja/denuncia:

OTRO MEDIO

La persona fue remitida por:

Proyecto SDIS/Modalidad/Col/Gerencia/Entidad externa

Descripción de la solicitud/Queja/Denuncia:

PASA AL DESPACHO DE LA SEÑORA COMISARIA, UN (1) OFICIO Y Y DOS (2) ANEXOS DE PARTE DEL CORREO CERTIFICADO (472) Y FIRMADO POR LA COORDINADORA DE CANALES DE CENTRO DE CONTACTO DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR LINA MARGARITA PÉREZ ARANGO, REMITIENDO CASO REPORTADO POR LA LEIDY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ. SE ORDENA DESDE EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL, REALIZAR ACCIONES NECESARIAS PARA CONTACTAR Y REQUERIR A LA SEÑORA LEIDY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ A SU ENTORNO FAMILIAR PARA REALIZAR LAS ORIENTACIONES SOBRE EL TRÁMITE DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, INICIANDO LAS ACCIONES HAYA A LUGAR RINDIENDO LOS INFORMES PERTINENTES, DANDO RESPUESTA A LA DEFENSORA DE FAMILIA.

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIANTE

Documento identidad N°: CF121527615 Fecha de nacimiento: (Día/mes/Año) 01/01/1968 50,1 Año

Nombre de la persona: LINA MARGARITA PEREZ ARANGO

Teléfono: 4377630

Sexo: MUJER

Dirección: AV CRA 68 N. 64 C 75 ICBF DIRECCION DE SERVIC Estrato: SIN ESTRATO

Barrio: SIN INFORMACION

Localidad: BARRIOS UNIDOS

Documento identidad N°: 51818567

Fecha de nacimiento: (Día/mes/Año) 01/03/1947

70,11 Año

Nombre de la persona: LILIA SUAREZ

Teléfono: 3004037290

Sexo: MUJER

Dirección: SIN INFORMACION

Estrato: SIN ESTRATO

Barrio: SIN INFORMACION

Localidad: TEUSAQUILLO

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE ES CITADA O DENUNCIADA

Documento identidad N°: CF131590255

Fecha de nacimiento: (Día/mes/Año) 01/01/1980

38,1 Año

Nombre de la persona: LEIDY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ

Teléfono: 3004037290

Sexo: MUJER

Dirección: SIN INFORMACION

Estrato: ESTRATO 3

Barrio: ACEVEDO TEJADA

Localidad: TEUSAQUILLO

Relación con la persona que la está denunciando:

NO APLICA

Firma del funcionario-a



c.c.

Firma del solicitante o consultante



lady castañeda <ladcast@gmail.com>

Feliz cumpleaños

1 mensaje

Anderson Ospina <andersonospina12@gmail.com>

Para: lady castañeda <ladcast@gmail.com>

7 de junio de 2018, 15:02

Desde hoy te deseo un feliz cumpleaños
Que Dios te bendiga siempre
4 meses aprendiendo de mis errores para no volverlos a cometer , sigo esperandote
Por favor comunicate por wasap
Tengo una vida distinta para q estemos juntos
Un beso



lady castañeda <ladcast@gmail.com>

Feliz cumpleaños

1 mensaje

Anderson Ospina <andersonospina12@gmail.com>
Para: lady castañeda <ladcast@gmail.com>

7 de junio de 2018, 15:02

Desde hoy te deseo un feliz cumpleaños
Que Dios te bendiga siempre
4 meses aprendiendo de mis errores para no volverlos a cometer , sigo esperandote
Por favor comunicate por wasap
Tengo una vida distinta para q estemos juntos
Un beso



lady castañeda <ladcast@gmail.com>

(sin asunto)

Anderson Ospina <andersonospina12@gmail.com>
Para: lady castañeda <ladcast@gmail.com>

7 de junio de 2018, 15:20

Estoy dispuesto a todo por ti

Por las niñas

Sinceramente lucharé si me das almenos la oportunidad de luchar por ti

Dame la oportunidad de luchar por ti , no te pido más

Estoy dispuesto a ser paciente



lady castañeda <ladcast@gmail.com>

(sin asunto)

1 mensaje

Anderson Ospina <andersonospina12@gmail.com>

Para: lady castañeda <ladcast@gmail.com>

Comunicate

18 de abril de 2018, 12:59

NOTICIA CRIMINAL POR DENUNCIA

COMISARIA TRECE DE FAMILIA - TEUSAQUILLO

Fecha: D/ 2 1 M/ 0 2 A/ 2 0 1 8

Departamento	CUNDINAMARCA
Municipio	BOGOTA D.C.

R.U.G.	13	1	18	7684
	No.Comisaría	sector	Año	Consecutive

I. TIPO DE NOTICIA

Marque con X, según corresponda:

DENUNCIA	X
DE OFICIO	

Nº NOTICIA CRIMINAL

1	1	0	0	1	6	5	0	0	1	3	1	2	0	1	8	0	1	9	5	8
Dpt o	M/pio	Entidad	No. comisaría- sector				Año				Consecutivo									

II. DELITO

Marque con X, según corresponda:

PRESUNTO ABUSO SEXUAL	
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR VICTIMA-S ADULTO	X
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR VICTIMA-S NIÑOS NIÑAS O ADOLESCENTES	

III. DATOS DEL IMPUTADO O INDICIADO

Nombre-s	ANDERSON
Apellidos	OSPINA RODRIGUEZ
Identificación	1119947945 DE BOGOTÁ
Edad	27 AÑOS
Dirección Residencia	CALLE 8 # 8-16
Barrio	MESETAS (META)
Localidad	MESETAS (META)
Teléfono	3214259596

EN LA COMISION DE LOS HECHOS SE UTILIZARON ARMAS

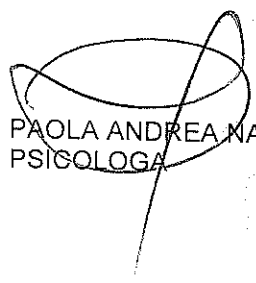
No ☒ SI ☐

Blanca ☐ Contundente ☐ No sabe ☐ Otra ☐ Cuál ☐

BEBIDAS TOXICAS No ☐ SI ☒

Relato de los hechos (describir circunstancias de tiempo, modo y lugar de los acontecimientos): "MI HIJA LADY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ QUIEN RESIDE EN LA DIRECCION CALLE 8 # 8 - 16 EN EL MUNICIPIO DE MESETAS META, QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA INTERNADA EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA EN BOGOTÁ, ME COMENTÓ, QUE CONVIVIENDO CON ANDERSON OSPINA RODRIGUEZ EN LA DIRECCION ANTES MENCIONADA, FRECUENTEMENTE LA MALTRATABA PSICOLOGICAMENTE Y FISICAMENTE, MI HIJA LADY ME HA COMENTADO, QUE ANDERSON LE DECIA, QUE LAS MUJERES NO SERVIAN PARA NADA, QUE ERAN BRUTAS, QUE ELLA NO LE SERVIA PARA NADA Y LE DECIA " TRABAJE SI QUIERE COMER, TIENE QUE PRODUCIR" CONSTANTEMENTE LA DECALIFICABA Y EN VARIAS OCASIONES, YO LE OBSERVE A MI HIJA LADY PATRICIA, QUE TENIA MORETONES EN LOS BRAZOS Y CARA, SITUACION QUE MI HIJA ME AFIRMÓ QUE SU ESPOSO ANDERSON LA HABIA GOLPEADO, INCLUSIVE MI HIJA LADY PATRICIA ME COMENTÓ QUE EN LA DIETA DEL EMBARAZO TAMBIEN LA HABIA AGREDIDO FISICAMENTE Y SEGÚN EL REPORTE DE FECHA 3 DE FEBRERO DE 2018 DEL MEDICO DEL HOSPITAL DE GRANADA (META), REFIERE QUE MI HIJA LADY PATRICIA, INGRESÓ EN UN ESTADO DE CRISIS POR ESTRÉS Y UNA AFECTACION PSICOLOGICA SEVERA, ADEMAS DE PRESENTAR UNA DEPRESION POSTPARTO." PREGUNTA: ¿TIENE ALGO POR CORREGIR, ADICIONAR O ACLARAR EN LA PRESENTE DILIGENCIA? RESPONDIO: NO TENGO NADA MÁS QUE AGREGAR, ESTOY DE ACUERDO CON LO ESCRITO EN ESTA DILIGENCIA."


LILIA SUAREZ GOMEZ
DENUNCIANTE
CC 51818567 B7a


PAOLA ANDREA NARANJO HERNANDEZ
PSICOLOGA

LABORACIÓN No 120 susa
miento a la norma
ente y/o p
sa con la lla
por el l
los servicios de Me
sa con la lla
CR RAPIDISIMO
S
ANUAL

/REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL META
COMISARIA DE FAMILIA
GUAMAL – META

En constante defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes de
Guamal Meta

comisariadefamilia@guamal-meta.gov.co

CFG- 2018 – 00578

Guamal Meta, Febrero 26 de 2018

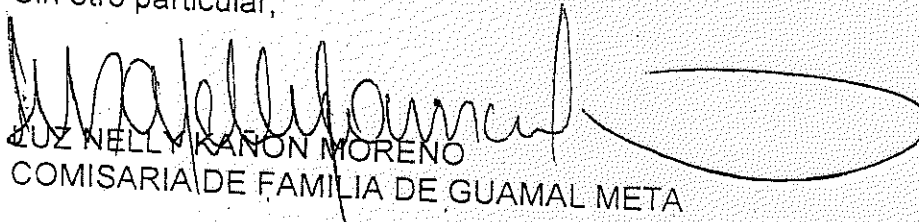
Señor
ANDERSON OSPINA RODRIGUEZ
Email : Andersonospina12@gmail.com
Telefono 3214259596 -3195326676
Calle 8 N° 8-16 Barrio El Cetro
Mesetas Meta

ASUNTO. ACTA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS A FAVOR DE SUS
MENORES HIJAS ARLET NAOKI Y AKEMI OSPINA CASTAÑEDA.

Respetado Señor Anderson:

Es de su conocimiento que el día 26 de febrero del año 2018, se adelantó diligencia y ACTA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS A FAVOR DE SUS MENORES HIJAS ARLET NAOKI Y AKEMI OSPINA CASTAÑEDA, con la señora LILIA SUAREZ, con C.C.N° 51.818.567 expedida en Bogotá, abuela materna de las mencionadas menores, la cual Usted se negó a firma, cuando la señora LILIA, rehusó pagar las cuotas de una camioneta que Ustedes mencionaron. Por lo anterior envió por correo certificado la mencionada ACTA en tres (03) folios útiles, para darle cumplimiento legal.

Sin otro particular,


LUZ NELLY CAÑÓN MORENO
COMISARIA DE FAMILIA DE GUAMAL META



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL META
COMISARIA DE FAMILIA
GUAMAL - META

En constante lucha, en defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes de Guamal Meta

comisariadefamilia@guamal-meta.gov.co

HISTORIA DE ATENCION No. 111- 42 01 – 2018-0001

Guamal Meta, Febrero veintitrés (23) de dos mil dieciocho (2018)
El día doce (12) de febrero del año dos mil dieciocho (2018), compareció ante la Comisaria de Familia de Guamal Meta, la señora LILIA SUAREZ, residente en la vereda pio doce, finca las gaviotas de Guamal meta, abonado telefónico 3114896706, a denunciar que su hija biológica señora LADY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ, contrajo matrimonio con el señor ANDERSON OSPINA, y procrearon dos hijas ARLET NAOKI Y AKEMI OSPINA CASTAÑEDA, de cuarenta días de nacida y 22 meses de nacidas respectivamente, y residen en MESETAS META, informa que ella tenía las dos niñas, aquí en guamal meta en la dirección referida, por cuanto su hija LADY PATRICIA, se encontraba en estado grave de salud, por pancreatitis, se encontraba hospitalizada en la USI, del hospital UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA, en la ciudad de Bogotá. A la vez se encontraba presente el señor ANDERSON, padre biológico de las niñas. Refirió la señora LILIA que su hija estaba viviendo con ella en la finca de mesetas, hace más o menos cuatro días, por cuando su esposo la había sacado de la casa, y que ella constantemente había sido víctima de violencia intrafamiliar de parte del señor ANDERSON. Que estando con 20 días de dieta, la había sacado, y había llegado a contar que el señor ANDERSON, ni para comer les daba a ella y a su nieta, que ella estaba haciendo proceso para divorciarse. Lo referido lo escucho el señor ANDERSON, a lo cual, en repetidas veces, el respondía que todo era mentira, que la señora LILIA SUAREZ era una mentirosa. También dijo la señora LILIA, que era urgente y necesario que ella acompañara su hija LADY PATRICIA, en los primeros días mientras ella se recuperaba, que las niñas iban a estar al cuidado de la bisabuela materna y de las tías maternas. Luego de escuchar estas dos personas, le referí a la señora LILIA SUAREZ, en principio de buena fe, crie lo narrado, y le dije, delante del padre biológico de las niñas, que ella debía tener las niñas mientras, se le haría una visita psicosocial a su residencia, por la profesional Dra. PAULA MORENO, lo cual se hizo, confirmado, con la valoración el buen estado en que vivían las menores, y así entrar a decidir hoy, sobre la custodia, por escrito. El padre se enfureció y no acepto lo que le referí a la señora LILIA SUAREZ, abuela materna de las menores, dijo que él tenía el derecho de tenerlas. Le insiste que como ella las tenía en mesetas, por cuanto él las había sacado de la casa, deberían continuar con la abuela materna. Le solicite a la señora, probar la violencia intrafamiliar con las respectivas demandas, las cuales llegaron, aquí a la COMISARIA, remitidas del I C B F de Bogotá, refieren haber ordenado protección policiva a favor de la señora LADY PATRICIA. Con la señora LILIA SUAREZ, solicité mediante oficio, ante el hospital UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA, la historia clínica de la LADY PATRICIA, la cual llego en 43 folios útiles, en la que consta su estado de salud grave, diagnostico pancreatitis aguda severa, y a la vez la evolución satisfactoria que ha presentado LADYT PATRICIA.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL META
COMISARIA DE FAMILIA
GUAMAL - META

En constante lucha, en defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes de Guamal Meta

comisariadefamilia@guamal-meta.gov.co

Oficiosamente llega al correo de la Comisaria, un reporte psicológico del hospital UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA, de la ciudad de Bogotá, en el cual se aprecia que la señora LADY PATRICIA, no podía hablar, por su mal estado de salud, pero que ya el día 16 de febrero del año 2018, que la asistió la psicóloga Dra. MARIANA DIAZ AMAYA, con registro profesional como psicóloga N° 130182, pudo hablar, quien en su valoración confirma lo denunciado por la madre biológica de LADY PATRICIA, refiere la psicóloga en su valoración que LADY PATRICIA, le refirió, que era víctima de maltrato psicológico, de parte de su compañero ANDERSON, que está en proceso de separación y que cuatro días antes de su hospitalización le dijo que se fuera de la casa. Que durante los cinco años de relación, siempre fue víctima de acoso psicológico y emocional de parte del señor ANDERSON OSPINA, padre de sus dos hijas. Para el día de hoy se realizara nueva visita domiciliaria.

Por lo expuesto, y con el fin de establecer los hechos que configuran la presunta amenaza o vulneración de derechos de las niñas mencionadas y con el propósito de restablecer dichos derechos y garantizarle el ejercicio efectivo de los mismos.

ORDENA:

Incorporar a la Historia de Atención radicada con el No. No. 111- 42 01 - 2018-0001:

- 1.- La diligencia de verificación de derechos y el respectivo concepto de estado de cumplimiento de los mismos, adelantada por la Dra. PAULA MORENO.
- 2.- Incorporar las demandas por violencia intrafamiliar enviadas al correo de la Comisaria de Familia de Guamal Meta, procedentes del I C B F de Bogotá y de la Comisaria Trece de Familia de Teusaquillo, Bogotá.
- 3.- Incorporar la historia médica de la señor LADY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ.
- 4.- Incorporar la valoración psicológica de la Dra. MARIANA DIAZ AMAYA, con registro profesional como psicóloga N° 130182.
- 5.- Incorporar el Registro civil de nacimiento de las niñas, y los carne de vacunas, desarrollo y crecimiento, las cédulas en fotocopia de los señores ANDERSON OSPINA RODRIGUEZ y LILIA SUAREZ.
- 6.- Incorporar la demanda por maltrato físico contra su hija AKEMI OSPINA CASTAÑEDA y la señora LADY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ, remitido del ICBF de Bogotá.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL META
COMISARIA DE FAMILIA
GUAMAL - META

En constante lucha, en defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes de Guamal Meta

comisariadefamilia@guamal-meta.gov.co

6-1 Incorporar los mensajes de whatsapp, presentados por la señora LILIA SUAREZ.

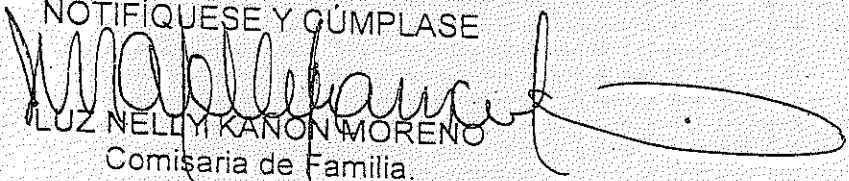
7.- Adoptar como medida provisional de restablecimiento de los derechos de las niñas, el retiro inmediato del entorno en donde vive el padre biológico, de las niñas señor ANDERSON OSPINA RODRIGUEZ, con C.C.N°1.119.947.945, mientras prueba lo contrario a lo dicho en las demandas incorporadas, con las sentencias de la correspondiente fiscalía local y con la constancia certificada del curso ante la Defensoría del Pueblo, o por fallo en contrario de un Juez de Familia, y dejar la custodia provisional bajo responsabilidad de la señora LILIA SUAREZ, con C.C.N°51.818.567, abuela materna, esto conforme el Decreto **EL DECRETO 4799 DE 2011, ARTICULO 3º, NUMERAL 3º,...."Impedir el otorgamiento de custodias a favor de los agresores."**

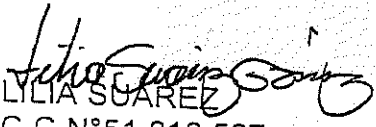
8.- Amonestar con asistencia obligatoria a curso pedagógico, al señor ANDERSON OSPINA RODRIGUEZ, con C.C.N° 1.119.947.945, conforme la Ley 1098 de 2006, Código de Infancia y Adolescencia, Artículo 53 numeral 1, artículo 54, con la obligación de asistir a un curso pedagógico sobre derechos de la niñez a cargo de la Defensoría del Pueblo, ubicada en la Carrera 40 A N° 33- 17 barrio Barzal Villavicencio Meta.

9.- Correr traslado a las personas interesadas o implicadas para que se pronuncien y aporten pruebas que deseen hacer valer.

10.- Comunicar al Ministerio Público de la apertura del proceso administrativo de restablecimiento de derechos en favor de las niñas ARLET NAOKI Y AKEMI OSPINA CASTAÑEDA.

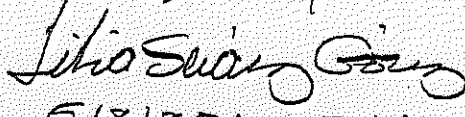
NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE


LUZ NELLY KANÓN MORENO
Comisaria de Familia.


LILIA SUAREZ
C.C.N°51.818.567

ANDERSON OSPINA RODRIGUEZ
C.C.N° 1.119.947.945

*El señor Anderson Ospina R.
se nego a firmar, testigos:*


51818567 Bta

COMISARÍA TRECE DE FAMILIA
TEUSAQUILLO BOGOTÁ
"El primer acceso a la justicia familiar"
Carrera 17 N° 39 A 38
Teléfono: 3384623/24



Bogotá D.C. Miércoles 21 de febrero de 2018

Señor:

Comandante Estación de Policía / C.A.I. Autoridades de policía.
Bogotá D.C.

Referencia: M.P. N°1596 de 2018

Por medio de la presente comunico que la Comisaría Trece de Familia, con fundamento en los artículos 5° y 20 de la Ley 294 de 1996, modificada por la ley 575 de 2000 y 1457 de 2008; Decreto 4799 de 2011, mediante Providencia de Miércoles 21 de febrero de 2018, decreto medida de protección provisional en favor de **LADY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ** en la que se ordenó:

Imponer Medida de Protección provisional consistente en:

PRIMERO: Ordenar medidas de protección provisional a favor de **LADY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ**, consistentes en:

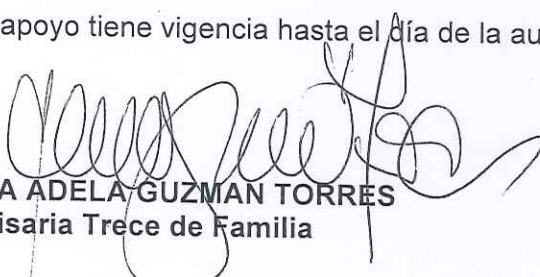
a-) AMONESTAR a: **ANDRESON OSPINA RODRIGUEZ**, para que se abstenga de ejecutar cualquier acto de violencia, en contra de **LADY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ**, so pena de incurrir en las sanciones previstas en el artículo 4° de la ley 575 de 2000.

b-) Decretar como medida de protección provisional en beneficio de **LADY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ**, y en contra de **ANDRESON OSPINA RODRIGUEZ**, LA ORDEN A LAS AUTORIDADES DE POLICÍA, con el fin de que estas garanticen la integridad y protección de los derechos de **LADY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ**, y evitar la ocurrencia actos de violencia intrafamiliar por parte **ANDRESON OSPINA RODRIGUEZ**.

De conformidad a lo anterior solicito a las autoridades de policía prestar protección y apoyo especial a: **LADY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ**, con el fin de garantizar cumplimiento a lo ordenado por este despacho en la medida de protección referida y evitar el acontecimiento de futuros hechos de violencia.

La dirección de **LADY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ** es CALLE 8 # 8 - 16
MUNICIPIO DE MESETAS META

Este apoyo tiene vigencia hasta el día de la audiencia.


SIXTA ADELA GUZMAN TORRES
Comisaria Trece de Familia



**CORPORACION SALUD UN
HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL**

NIT. 900578105 - 0
BOGOTA D.C. - BOGOTA D.C.

Pag: 1 de 43
Fecha: 13/02/18

RESUMEN DE HISTORIA

NOMBRE: LADY PATRICIA CASTAÑEDA SUAREZ

EDAD: 33 AÑOS **SEXO:** F **FECHA DE NACIMIENTO:** 08/06/1984

TIPO DE DOC: CC **N° DOC:** 52998156

FECHA DE INGRESO: 08/02/2018 12:06:4

FECHA DE EGRESO: / / 00:00:00

SERVICIO INGRESO: HOSPITALIZACION

SERVICIO EGRESO: HOSPITALIZACION

PABELLON EVOLUCIÓN: 2 UCI

INGRESO DEL PACIENTE

FECHA: 08/02/2018 **HORA:** 12:06:

SERVICIO: HOSPITALIZACION

CAUSA EXTERNA: ENFERMERDAD GENERAL

MOTIVO DE CONSULTA

RESPUESTA INTEROCNUSLTA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con diagnostico de pancreatitis necro - hemorragica, con colección abdominal, en manejo en uci con soporte ventilatorio. En colangiorensonancia de 09/02/2018 se observa colelitiasis, sin dilatacion de la via biliar, colección hiperintensa en T2, y T1 compatible con liquido de alto contenido de proteínas Vs hematoma, se observan septos delgados en su interior. Valorada por Cirugia genera quienes indican en el momento no se encuentra indicado puncion percutanea por el riesgo de contaminacion de la colección actualmente aséptica. Se sugirió continuar manejo medico en cuidado intensivo y considerar drenaje según curso clínico.

MEDICO: OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO

RM: 91106137

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 08/02/2018 **HORA:** 15:32:09

Se abre folio para formulación de Rx de tórax portátil post intubación.

MEDICO: JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ

RM: 79267639

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO ✓

NOTA MEDICA

FECHA: 08/02/2018 **HORA:** 16:32:32

NOTA DE PROCEDIMIENTO

Se valora paciente con hallazgos electrocardiograficos en el monitor de salvas de taquicardia ventricular no sostenida, sin inestabilidad hemodinamica; sin embargo con persistencia de las mismas, se decide administracion de 80 mg de lidocaina y ante sospecha de cateter central de insercion periferica en posicion inadecuada se solicita extraccion de 15cm. Adicionalmente cursa con dificultad respiratoria desde el ingreso la cual persiste y signos de inminencia de falla respiratoria. Se decide intubacion orotraqueal. Se realiza induccion con fentanyl bolo inicial de 200 mcg y posteriormente 100mcg adicionales, además 5 mg de midazolam y 7 mg de vecuronio. Se realiza laringoscopia y bajo vision directa se pasa tubo orotraqueal #8, se fija y se deja paciente bajo ventilacion mecanica invasiva en modo asistido controlado. Se solicita Rx de torax control.

MEDICO: JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ

RM: 79267639

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO



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

Pag: 2 de 43
Fecha: 13/02/18

NOTA MEDICA

FECHA: 08/02/2018 HORA: 17:53:19

Ingreso Unidad de Cuidado Intensivo

Fecha de ingreso UCI 08/02/17

Fecha de ingreso HUN 08/02/17

Lady Patricia Castañeda

CC 52998156

Edad 33 años

Natural Bogota

Procedente Mesetas - Meta

Abogada

Hogar

Motivo de consulta

Dolor abdominal

Enfermedad actual

Cuadro clínico el cual inicia el día 05/02/17 consistente en inicio de dolor tipo punzada en región epigástrica de intensidad 10/10 e irradiado hacia región lumbar bilateral, asociado a aproximadamente 5 episodios de emesis de contenido claro inicialmente y posteriormente color verdoso motivo por el cual consulta a servicio de urgencias, se valora inicialmente en servicio de salud de sitio de residencia donde se realiza diagnóstico de pancreatitis aguda por lo cual es remitida a sitio de mayor complejidad de atención, en clínica de meta se considera pancreatitis aguda severa con posible necesidad de manejo por radiología intervencionista por lo cual es remitida a nuestra institución.

Resumen de hospitalización Clínica del Meta:

Ingresó el día 05/02/18 con diagnóstico de pancreatitis aguda severa, se inició manejo se documentó origen biliar por colecistitis y coledocitis sin dilatación de la vía biliar, recibió cubrimiento antibiótico con meropenem y además se documenta derrame pleural izquierdo para lo cual se realizó toracentesis diagnóstica obteniendo 220 cc de líquido cetrino oscuro se dejó catéter 8.5 French multipropósito conectado con jeringa de presión negativa, es remitida para manejo en servicio de mayor complejidad

Revisión por sistemas

No síntomas urinarios, disnea leve desde ingreso a servicio de urgencias, no se ha iniciado vía oral

Antecedentes

Patológicos Niega

Quirúrgicos Niega

Alérgicos Niega

Exposicionales Niega

Traumáticos Niega

Ginecológicos G2P2V2 Posparto mediato 10/01/17

Examen físico

Signos vitales TA 138/98 FR 35 T 36.5 Sat 91 % FIO2 28 %

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular hacia las bases pulmonares,

catéter de drenaje de líquido pleural en línea axilar posterior con 6 espacio intercostal izquierdo abdomen distendido con dolor a la palpación principalmente hacia hipocondrio derecho, murphy no valorable por defensa

7.0.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS



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

Pag: 3 de 43
Fecha: 13/02/18

RESUMEN DE HISTORIA

voluntaria no se descarta irritación peritoneal, extremidades eutróficas sin edemas, neurológico alerta orientada en las tres esferas fuerza muscular simétrica 5/5, reflejos osteomusculares +++/++++ simétricos no signos meníngeos

Paraclínicos sitio de remisión

07/02/17

Procalcitonina 0.31

WBC 10200 N 9000 L 900 Hb 9.8 Hcto 27.3 Pq 137000 PCR 370

Creat 0.7 BUN 18.3

PT 174 INR 1.36 PTT 33.1

LT 44 AST 56 BT 1.23 BD 0.89 BI 0.34 FA 38

LDH 3755 Amilasa 580 Glucosa 118

Líquido pleural: Turbio, claro pH 9.0 densidad 1.000 Proteínas 2.82 Albumina 1.32 Glucosa 117.7 LDH 6408 Leucocitos 340 PMN 86 % M 14 %, No se observan microorganismos

Ecografía abdominal

Hígado: Tamaño forma contorno y patrón ecográfico ultrasonográfico normales

Vesícula biliar Se demuestra la presencia de no menos de cuatro cálculos con producción de sombra acústica el mayor de los cuales mide 15 mm de diámetro, Parde de 2.2 mm de espesor

Conducto biliar común de 4 mm a nivel de la porta hepatis

Páncreas: Aumento de tamaño de la altura de la cabeza por encima del máximo normal de 30 mm. Se observa líquido perip pancreático el aspecto en general es compatible con pancreatitis. El cuerpo y la cola no se visualizan completamente por interposición de gas sobre el área

Presenta líquido libre en la cavidad abdominal en un volumen de 329 cc en la pelvis, 399 cc en el flanco derecho 114 cc en el flanco izquierdo 59 cc en la región subhepática y 15cc en la región peripancreática para un total de 916 cc

Impresión diagnóstica

Pancreatitis

Colelitiasis

Líquido libre en cavidad

Colección líquida subdiafragmática

Gases arteriales

pH 7.51 PCO2 31.5 PO2 58.3 HCO3 24.6 BE 1.8 SatO2 91% PAFI 208 Lac 1.01

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad quien cursa con pancreatitis severa de origen biliar con persistencia de respuesta inflamatoria sistémica por más de 48 horas y en este momento taquipnea persistencia del dolor abdominal, se considera requiere asegurar la vía aérea por riesgo de falla respiratoria, de momento sin necesidad de continuar carbapenémico se espera evolución de proceso inflamatorio pancreático para determinar conductas adicionales, se solicita valoración por cirugía general. En cuanto a derrame pleural se considera por ahora exudado secundario a pancreatitis requiere continuar manejo expectante se ordena retiro de cateter en cavidad pleural. Tiene alto riesgo de mortalidad por severidad de pancreatitis

Impresión diagnóstica

Pancreatitis aguda severa de origen biliar APACHE 14 BISAP 2 Marshall 2 Ranson 6

Colelitiasis con colecistitis

Falla respiratoria hipoxémica

Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS



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

Pag: 4 de 43
Fecha: 13/02/18

RESUMEN DE HISTORIA

Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica

Soportes

Ventilación mecánica invasiva
Líquidos endovenosos
Analgesia

Plan

Manejo en cuidado intensivo
Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral
Ventilación mecánica invasiva
Fentanil infusión titulable
Dexmedetomidina infusión titulable
Lactato ringer bolo de 10 cc por kg continuar a 1 cc/kg/hora
Omeprazol 40 mg iv cada día
Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas
Paracéntricos de ingreso a unidad de cuidado intensivo
Valoración por cirugía general
Radiografía de tórax control
SS hemocultivos, cultivos de secreción orotraqueal urocultivo

MEDICO : JAIRO ANTONIO PEREZ CELY

RM: 79683208

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 09/02/2018 HORA: 00:46:04

Unidad de cuidado intensivo

Turno noche 08/02/2018

Fecha de ingreso UCI 08/02/17

Fecha de ingreso HUN 08/02/17

Lady Patricia Castañeda

CC 52998156

33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) Balthazar C?
- 1.1. Colelitiasis con colecistitis?
- 1.2. Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa

TJ.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria

Soportes
Ventilación mecánica invasiva
Líquidos endovenosos
Sedoanalgesia

Accesos
Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano
Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018

Exámenes
Pendiente Hemocultivo, Urocultivo institucional del 08/02/2018

Examen físico
Signos vitales TA 111/81 FR 16 T 37.3 Sat 93 % FIO2 30 %
Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocrómicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardíacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular hacia las bases pulmonares, catéter de drenaje de líquido pleural en línea axilar posterior con 6 espacio intercostal izquierdo, drenaje escaso
Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas
Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada

Parclínicos 08/02/2018
Albumina 2.3
BT 0.52 BD 0.24 AST 234 ALT 137 FA 101
Sodio 144 Potasio 3.47 Cloro 106 Calcio c 8.9 Magnesio 1.62
Creatinina 0.44
WBC 13.3 PMN 83% HCTO 27 HB 9.4 PLT 135.000
PT 16 PTT 26 INR 1.1

Rx de tórax: Catéter central de acceso periférico en vena cava sup, tubo orotraqueal a 3 cm de la carina, no se ve neumotórax

Análisis
Paciente de 33 años curando con pancreatitis severa de origen biliar, maneja inicialmente extrahospitalario, actualmente con soporte ventilatorio invasivo por mala mecánica ventilatoria a su ingreso, sin requerir inicio de soporte vasopresor en quien se considera lo siguiente:

*En cuanto a causa de pancreatitis se documentó la presencia de colelitiasis y que en contexto mismo de la patología asociada a alteración del perfil hepático constituye riesgo intermedio para coledocolitiasis por lo que se solicita colangiografía

*Dada las diferencias entre ecografías extrahospitalarias para definir la presencia de colecistitis y dado que signos clínicos no se pueden definir por presencia de sedoanalgesia, se valorará proceso inflamatorio a nivel de vesícula con ecografía

*Mantener ventilación mecánica invasiva en modo CPAP y solicitar gases arteriales de control para mañana

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS



**CORPORACION SALUD UN
HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL**

NIT. 900578105 - 0
BOGOTA D.C. - BOGOTA D.C.

Pag: 6 de 43
Fecha: 13/02/18

RESUMEN DE HISTORIA

*Es usuaria de un catéter de drenaje en hemitórax derecho, por derrame pleural que puede estar relacionado por contexto inflamatorio de pancreatitis en asociación con reanimación hídrica, actualmente drenaje escaso, se considera su retiro

*En presencia de factores de riesgo dado por la misma pancreatitis y por un balance hídrico positivo asociado a la presencia de oliguria se solicita medición de PIA para descartar presencia de hipertensión intraabdominal

*Por ahora sin indicación de reinicio de cubrimiento antimicrobiano, leucocitosis puede estar asociada a proceso inflamatorio a nivel del páncreas, si bien no se descarta aún otras causas, se guiará conducta conforme a reportes de paraclínicos y evolución clínica. Se inicia tromboprofilaxis.

*Cuenta con dos tomografías de abdomen extrahospitalarias recientes sin reporte oficial, nombradas en el resumen de historia de remisión para reportar pancreatitis con presencia de necrosis y balthazar C vs D por lo que se revisarán imágenes con radiología de la institución para caracterizar hallazgos. No se considera pertinente nueva toma de TAC por el momento

*En cuanto a vía de alimentación, se considera paciente candidata a nutrición enteral por sonda, en espera de valoración por grupo de nutrición

*Por hipocalcemia leve que persiste en paraclínicos de hoy, se continúa reposición y se ajustará conforme a resultado de control

Se solicita valoración y seguimiento por cirugía general

Plan

Unidad de cuidado intensivo

Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral

Ventilación mecánica invasiva

Fentanil infusión titulable

Dexmedetomidina infusión titulable

Lactato ringer 1 cc/kg/hora

Enoxaparina 40 mg sc cada día **nuevo**

Clofuro de potasio 4 meq/hr ** cambio **

Omeprazol 40 mg iv cada día

Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas

valoración por cirugía general

Pendientes hemocultivos, urocultivo

SS colangiografía

SS paraclínicos de control

SS medición de PIA

SS retiro de catéter de drenaje en tórax

quantificación LA LE

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 80085694

NOTA MEDICA

FECHA: 09/02/2018 HORA: 12:06:15

Unidad de cuidado intensivo

Fecha de ingreso UCI 08/02/17

Fecha de ingreso HUN 08/02/17

Prioridad 1 Estancia Intensiva

7J.D *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS



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

Pag: 7 de 43
Fecha: 13/02/18

RESUMEN DE HISTORIA

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1. Colelitiasis con colecistitis?
- 1.2. Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP
Sedoanalgesia (Fentanil 150 mcg/min, Dexmedetomidina 0.8 mcg/kg/min)
Líquidos endovenosos

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018

Aislamientos

Pendiente Hemocultivo, Urocultivo institucional del 08/02/2018

S//

Refiere flujo vaginal, adecuado control del dolor no náuseas

Examen físico

Signos vitales TA 110/90/96 FC 84 FR 16 T 36.9 Sat 93 % FIO2 30 %
Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos ritmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular hacia las bases pulmonares, catéter de drenaje de líquido pleural en línea axilar posterior con 6 espacio intercostal izquierdo, drenaje escaso
Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas
Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paracélicos 08/02/2018

Albúmina 2.3
BT 0.52 BD 0.24 AST 234 ALT 137 FA 101
Sodio 144 Potasio 3.47 Cloro 106 Calcio c 8.9 Magnesio 1.62 Creatinina 0.44
WBC 13.3 PMN 83% HCTO 27 HB 9.4 PLT 135.000

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS



CORPORACION SALUD UN
HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL

NIT. 900578105 - 0

BOGOTA D.C. - BOGOTA D.C.

Pag: 8 de 43
Fecha: 13/02/18

RESUMEN DE HISTORIA

PT 16 PTT 26 INR 1.1

09/02/17

BUN 16.9 Creat 0.55 BT 0.57 BD 0.31 BI 0.26 K 4.45 Cl 109.1 Na 144

Rx de tórax: Catéter central de acceso periférico en vena cava sup, tubo orotraqueal a 3 cm de la carina, no hemo ni neumotórax

Gases arteriales

pH: 7.43 PCO2: 36 PO2: 61.1 HCO3: 23.6 Be: -0.5 Saturación: 89.7% PAFI: 203.6 Lactato: 0.82

Balance de líquidos

Administrados 3092 Eliminados 935 Gasto urinario 0.39 cc/kg/hora Balance + 2157

ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL

Se explora cavidad abdominal con transductor convexo encontrando los siguientes hallazgos:
Colección peripancreática heterogénea con ecos y septos internos que mide 64 x 23 x 23 mm volumen aproximado 33 cm³, la cual desplaza la pared posterior del antro gástrico. Se identifica otra colección peritoneal a nivel del epi y mesogástrico de similares características con dimensiones de 119 x 69 x 84 mm volumen 358 cm³. El páncreas disminuido de ecogenidad y aumentado de tamaño.

Hígado de tamaño contornos y ecoestructura usual. Estructuras vasculares intrahepáticas observan flujos Doppler.

Vesícula con engrosamiento de sus paredes alcanzan 8 mm, presencia de múltiples cálculos en su interior. Abundante líquido libre peritoneal.

Riñones con aumento de la ecogenidad espesas de la corteza con tamaño y contornos preservados.

Opinión:

Signos de pancreatitis, colección peripancreática y peritoneal heterogéneas.

Colelitiasis con signos de colecistitis.

Signos de nefropatía aguda.

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad cursa con pancreatitis severa de origen biliar, cursa con deterioro respiratorio por hipoxemia y necesidad de ventilación mecánica, de momento con parámetros ventilatorios bajos sin embargo persistencia de trastorno moderado de la oxigenación en gases arteriales se decide continuar terapia respiratoria por atelectasias y manejo médico establecido para intentar pronto destete de soporte respiratorio posible trastorno de la oxigenación secundario a restricción por aumento de la presión intraabdominal, desde el punto de vista hemodinámico sin necesidad de soporte vasopresor, sin embargo llama la atención bajos volúmenes urinarios asociado a leve hipertensión abdominal, por ahora se administra carga de líquidos por evidencia de orina concentrada; por riesgo intermedio de coledocolitiasis requiere realización de colangiografía para determinar beneficio de intervenciones adicionales. Requiere continuar manejo en unidad de cuidado intensivo, control estricto de líquidos administrados y soporte respiratorio, se iniciara nutrición enteral temprano y se realizará seguimiento clínico de posibles complicaciones infecciosas tardías teniendo en cuenta la importante gravedad de su pancreatitis
En este momento con RASS de 0 adecuada interacción con el medio, se deja analgesia con hidromorfona y sedación con dexmedetomidina, manejo con terapia respiratoria, valoración por ginecología por síntomas genitales se explica conducta a paciente

Plan

Unidad de cuidado intensivo

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral
Ventilación mecánica invasiva
Suspender fentanil
Dexmedetomidina infusión titulable
Lactato ringer 1 cc/kg/hora Bolo ahora de 800 cc
Enoxaparina 40 mg sc cada día
Omeprazol 40 mg iv cada día
Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas
Pendiente valoración por cirugía general
Pendientes hemocultivos, urocultivo
Pendiente colangiografía
Valoración por ginecológica por puerperio y síntomas genitales

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 91106137

ORDEN MEDICA

FECHA: 09/02/2018 HORA: 13:50:36
SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

Paciente de 33 años con diagnósticos:

1. Pancreatitis aguda severa de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1. Colelitiasis con colecistitis?
1.2 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Parto mediato 10/01/17

Paciente femenina de 33 años de edad cursa con pancreatitis severa de origen biliar, cursa con deterioro respiratorio por hipoxemia y necesidad de ventilación mecánica, e imposibilidad a la vía oral, lo que representa alto riesgo metabólico y nutricional, por lo cual por orden médica se decide inicio de soporte nutricional enteral, para garantizar de este modo aporte de calorías y nutrientes contribuir a mejor respuesta metabólica y a recuperación nutricional. Glucometría: 77 mg/dL.

Se inicia soporte nutricional enteral con aminoácidos esenciales en fórmula de transición monomérica-oligomérica completa y balanceada sin lactosa isotónica para pacientes con trastornos de la absorción y absorción de nutrientes x 1500 cc, con los siguientes aportes:

Volumen total: 540 ml - 18 horas
Velocidad de infusión: 20 cc/h, se incrementa según tolerancia a 40 cc/h.
Calorías totales: 648
Calorías / kg de peso: 9
Proteínas: 0.4 g / kg - 29.9 g / día - 18.5% VCT
Grasas: 0.3 g / kg - 21.2 g / día - 29 % VCT
Carbohidratos: 1.1 g / kg - 80.8 g / día - 53.3 % VCT

Se solicitan laboratorios de control proteínas totales, albumina, colesterol total, triglicéridos.
De acuerdo a evolución y tolerancia se irán incrementando los aportes hasta cubrir los requerimientos nutricionales y metabólicos del paciente.

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : ROSA LUCIA RODRIGUEZ DIAZ
ESPECIALIDAD: NUTRICION

RM: 41758437

NOTA MEDICA

FECHA: 09/02/2018 HORA: 14:28:25
INTERCONSULTA GINECOLOGIA
DRA EDITH ANGEL
RESIDENTES CRISTHIAN SANCHEZ R3--SANTIAGO GARCIA R1

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
Edad 33 años
Natural Bogota
Procedente Mesetas - Meta
Abogada
Hogar

Motivo de consulta
IC ginecologia

Enfermedad actual:

Cuadro clínico el cual inicia el día 03/02/17 consistente en inicio de dolor tipo punzada en región epigástrica de intensidad 10/10 e irradiado hacia región lumbar bilateral, asociado a aproximadamente 5 episodios de emesis de contenido claro inicialmente y posteriormente color verdoso motivo por el cual consulta a servicio de urgencias, se valora inicialmente en servicio de salud de sitio de residencia donde se realiza diagnóstico de pancreatitis aguda por lo cual es remitida a sitio de mayor complejidad de atención, en clínica de meta se considera pancreatitis aguda severa con posible necesidad de manejo por radiología intervencionista por lo cual es remitida a nuestra institución. Paciente IC por servicio de cuidado intensivo quien pide valoración por que la paciente se encuentra en puerperio tardío y en el momento presento leucorrea con escaso prurito, niega otros síntomas.

Antecedentes

Patológicos Niega
Quirúrgicos Niega
Alérgicos Niega
Exposicionales Niega

Ginecológicos: G2P2V2 postparto 10/01/2018--Ciclos previos regulares--no planifica--lactando.

Examen físico:

Estable hemodinámicamente, alerta, conciente, orientada, con ventilación mecánica invasiva sin sedación en el momento.
abdomen distendido, peristaltismo presente, dolor palpación hemiabdomen superior y fosas ilíacas, no signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias
genitorinario: genitales externos normales. vagina normotérmica normoelástica sin lesiones. sutura de episiorrafia sana. cuello posterior duro bordes regulares. útero avf de 10 cm. anexos no palpables con

RESUMEN DE HISTORIA

molestia pero no dolor. sale guante limpio, escaso sangrado no fetido. no dolor a la movilización del cervix.
extremidades edema grado I, pulsos presentes, llenado capilar menor de dos segundos
neurologico sin deficit aparente

Exámenes:

Paraclínicos sitio de remisión

07/02/17

Procalcitonina 0.31

WBC 10200 N 9000 L 900 Hb 9.8 Hct 27.3 Pq 137000 PCR 370

Creat 0.7 BUN 18.3

PT 174 INR 1.36 PTT 33.1

ALT 44 AST 56 BT 1.23 BD 0.89 BI 0.34 FA 38

LDH 3755 Amilasa 580 Glucosa 118

Líquido pleural: Turbio, claro pH 9.0 densidad 1.000 Proteínas 2.82

Albumina 1.32 Glucosa 117.7 LDH 6408

Leucocitos 340 PMN 86 % M 14 %, No se observan microorganismos

Ecografía abdominal

Hígado : Tamaño forma contorno y patrón ecográfico ultrasonográfico normales

Vesícula biliar Se demuestra la presencia de no menos de cuatro cálculos con producción de sombra acústica el mayor de

los cuales mide 15 mm de diámetro, Parde de 2.2 mm de espesor

Conducto biliar común de 4 mm a nivel de la porta hepatis

Páncreas: Aumento de tamaño de la altura de la cabeza por encima del máximo normal de 30 mm. Se observa líquido peri

pancreático el aspecto en general es compatible con pancreatitis. El cuerpo y la cola no se visualizan completamente por

interposición de gas sobre el área

Presenta líquido libre en la cavidad abdominal en un volumen de 329 cc en la pelvis, 399 cc en el flanco derecho 114 cc

en el flanco izquierdo 59 cc en la región subhepática y 15cc en la región peripancreática para un total de 916 cc

Impresión diagnóstica

Pancreatitis

Colelitiasis

Líquido libre en cavidad

Colección líquida subdiafragmática

Gases arteriales

pH 7.51 PCO2 31.5 PO2 58.3 HCO3 24.6 BE 1.8 SatO2 91% PAFI 208 Lac1.01

Paraclínicos 08/02/2018

Albumina 2.3

BT 0.52 BD 0.24 AST 234 ALT 137 FA 101

Sodio 144 Potasio 3.47 Cloro 106 Calcio c 8.9 Magnesio 1.62 Creatinina 0.44

WBC 13.3 PMN 83% HCTO 27 HB 9.4 PLT 135.000

PT 16 PTT 26 INR 1.1

09/02/17

BUN 16.9 Creat 0.55 BT 0.57 BD 0.31 BI 0.26 K 4.45 Cl 109.1 Na 144

Rx de tórax: Catéter central de acceso periférico en vena cava sup, tubo orotraqueal a 3 cm de la carina, no hemo ni

neumotórax

Gases arteriales

pH: 7.43 PCO2: 36 PO2: 61.1 HCO3: 23.6 Be: -0.5 Saturación: 89.7%

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

PAFI: 203.6 Lactato: 0.82

Balance de líquidos

Administrados 3092 Eliminados 935 Gasto urinario 0.39 cc/kg/hora

Balance + 2157

ecografia Transvaginal 03/02/2018: utero avl de 53x72x52 endometrio 5 mm ovarios se visualiza quiste hemorragico izquierdo de 43x30 mm, escasa cantidad de liquido libre en fondo de saco posterior de características hemáticas.

Analisis:

Paciente 33 años, antecedentes anotados, quien se encuentra hospitalizada en cuidados intensivos por pancreatitis severa con falla respiratoria hipoxémica, hasta el momento con evolución favorable, ic a ginecología por que la paciente se encuentra en puerperio tardío (10/01/2018) y en el la noche anterior presento leucorrea y prurito genital escaso, se revisa paciente en la cual no se encuentra signos de infección o complicación ginecológica, por el momento se cierra interconsulta, se recomienda extracción de leche materna, además vigilancia de algún otro signo ginecológico, por el momento se cierra interconsulta, se le explica a la paciente y médico tratante.

Plan:

cierre interconsulta por ginecología

MEDICO : EDITH ANGEL MULLER

RM: 51646612

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 09/02/2018 HORA: 14:48:

SE RESPONDE INTERCONSULTA

MIRAR FOLIO PARA NOTA COMPLETA

Analisis:

Paciente 33 años, antecedentes anotados, quien se encuentra hospitalizada en cuidados intensivos por pancreatitis severa con falla respiratoria hipoxémica, hasta el momento con evolución favorable, ic a ginecología por que la paciente se encuentra en puerperio tardío (10/01/2018) y en el la noche anterior presento leucorrea y prurito genital escaso, se revisa paciente en la cual no se encuentra signos de infección o complicación ginecológica, por el momento se cierra interconsulta, se recomienda extracción de leche materna, además vigilancia de algún otro signo ginecológico, por el momento se cierra interconsulta, se le explica a la paciente y médico tratante.

Plan:

cierre interconsulta por ginecología

Solicitado por : EDITH ANGEL MULLER

RM: 51646612

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Realizado por : EDITH ANGEL MULLER

RM: 51646612

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

NOTA MEDICA

FECHA: 09/02/2018 HORA: 15:19:03

7J.0 "HOSVITAL"

Usuario:LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Unidad de cuidado intensivo tarde

Fecha de ingreso UCI 08/02/17
Fecha de ingreso HUN 08/02/17
Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1. Colelitiasis con colecistitis?
- 1.2 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP
Sedoanalgesia (Dexmedetomidina 0.8 mcg/kg/min)
Líquidos endovenosos

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018

Aislamientos

Pendiente Hemocultivo, Urocultivo institucional del 08/02/2018

Examen físico

Signos vitales TA 126/81/94 FC 88 FR 16 T 36.9 Sat 93 % FIO2 30 %
Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular hacia las bases pulmonares, catéter de drenaje de líquido pleural en línea axilar posterior con 6 espacio intercostal izquierdo, drenaje escaso
Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas
Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclínicos 08/02/2018
Albumina 2.3

RESUMEN DE HISTORIA

BT 0.52 BD 0.24 AST 234 ALT 137 FA 101

Sodio 144 Potasio 3.47 Cloro 106 Calcio c 8.9 Magnesio 1.62 Creatinina 0.44

WBC 13.3 PMN 83% HCTO 27 HB 9.4 PLT 135.000

PT 16 PTT 26 INR 1.1

09/02/17

BUN 16.9 Creat 0.55 BT 0.57 BD 0.31 BI 0.26 K 4.45 Cl 109.1 Na 144

Rx de tórax: Catéter central de acceso periférico en vena cava sup, tubo orotraqueal a 3 cm de la carina, no hemo ni neumotórax

Gases arteriales

pH: 7.43 PCO2: 36 PO2: 61.1 HCO3: 23.6 Be: -0.5 Saturación: 89.7% PAFI: 203.6 Lactato: 0.82

Balance de líquidos

Administrados 1317 Eliminados 270 Gasto urinario 0.6 cc/kg/hora Balance + 270

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad cursa con pancreatitis severa de origen biliar, con requerimiento de soporte respiratorio por hipoxemia secundaria a compromiso restrictivo pulmonar en el contexto de líquido libre en cavidad abdominal, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, en plan de realización de colangiografía e inicio de soporte nutricional, por ahora se mantiene manejo médico se espera evolución clínica y mejoría de trastorno de la oxigenación para determinar mejor tiempo de retiro de ventilación mecánica, requiere continuar manejo en unidad de cuidado intensivo, con reporte de colangiografía se determinarán conductas médicas adicionales

Plan

Unidad de cuidado intensivo

Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral

Ventilación mecánica invasiva

Dexmedetomidina infusión titulable

Lactato ringer 1 cc/kg/hora Bolo ahora de 800 cc

Enoxaparina 40 mg sc cada día

Omeprazol 40 mg iv cada día

Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas

Pendiente valoración por cirugía general

Pendientes hemocultivos, urocultivo

Pendiente colangiografía

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO

RM: 91106137

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 09/02/2018 HORA: 23:19:22

Unidad de cuidado intensivo

Turno noche

Fecha de ingreso UCI 08/02/17

Fecha de ingreso HUN 08/02/17

Prioridad 1 Estancia intensiva

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLOR, INA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1. Colelitiasis con colecistitis
- 1.2 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parametros FIO2 0.3 PEEP 8 PS 12 VOI 473 FR 29
Sedoanalgesia (Dexmedetomidina 0.8 mcg/kg/min)
Líquidos endovenosos

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018

Aislamientos

Pendiente Hemocultivo, Urocultivo institucional del 08/02/2018

Registro de taquicardia, picos febriles durante la tarde

S// Se comunica mediante escritura, refiere adecuado control del dolor, dice sentir hambre. Niega disnea. no vomito. Diuresis sin síntomas. No refiere otros síntomas.

Examen físico Aceptable estado general

Signos vitales TA 128/89/103 FC 98 FR 24 T 37.9 Sat 96 % FIO2 30 %

Balance de líquidos tarde

Administrados 1861 Eliminados 530 Gasto urinario 0.6 cc/kg/hora

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatias, Ruidos cardiacos ritmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminucion del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas

Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paradclnicos 08/02/2018 No hay nuevos por reportar

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Análisis

Femenina de 33 años que cursa con pancreatitis aguda severa necrótica de origen biliar, con disfunción orgánica asociada dada por falla respiratoria y compromiso hematológico por trombocitopenia leve. De momento estable sin requerimiento de soporte vasopresor, con soporte respiratorio modo espontáneo. Presenta signos de respuesta inflamatoria sistémica, consideramos que se beneficia de estudio de colección para evaluar proceso infeccioso por lo que se solicita valoración por radiología intervencionista.

Se disminuye aporte de líquidos IV y se aumenta nutrición enteral.

Requiere continuar manejo en unidad de cuidado intensivo, con reporte de colangiografía se determinarán conductas médicas adicionales

Plan

Unidad de cuidado intensivo

Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral

Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP

Dexmedetomidina infusión titulable

Nutrición enteral aumentar rata

Lactato ringer 30 cc por hora

Enoxaparina 40 mg sc cada día

Omeprazol 40 mg iv cada día

Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas

Pendientes hemocultivos, urocultivo

Pendiente reporte de colangiografía

Paradójicos de control mañana ya solicitados

MEDICO : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79267639

NOTA MEDICA

FECHA: 09/02/2018 HORA: 23:37:33

Se aclara que la nota anterior y los cambios realizados fueron ordenados por el Dr Andres Ruiz

MEDICO : HECTOR ANDRES RUIZ AVILA
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

RM: 253141

NOTA MEDICA

FECHA: 10/02/2018 HORA: 11:34:50

Unidad de cuidado intensivo - Turno día

Fecha de ingreso UCI: 08/02/17

Fecha de ingreso HUN: 08/02/17

Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda

CC 52998156

33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1. Colelitiasis con colecistitis

RESUMEN DE HISTORIA

- 1.2 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica con ventilación mecánica
Oliguria

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP FIO2 35% PEEP 8 PS 10
Sedoanalgesia Dexmedetomidina 1 mcg/kg/h
Líquidos endovenosos lactato ringer 30cc/hora - Potasio 6 mEq/hora
Nutrición enteral 40cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico

Sonda vesical

Antimicrobiano
Meropenem extrahospital FI 05/02/2018 FF 08/02/2018

Aislamientos

Pendiente Hemocultivo, Urocultivo institucional del 08/02/2018

S// Paciente refiere presentar dolor en región epigástrica, con sensación de calor en región frontal

O/ Paciente en aceptable estado general con signos de:

TA: 133/85 mmHg, FC: 81/min, FR: 29/min, T: 36.6 SaO2: 97%, FIO2: 30%

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías

Tórax expansible, ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos

Abdomen distendido, timpánico, con dolor a la palpación en epigastrio, no irritación peritoneal

Extremidades eutróficas sin edemas, pulsos distales presentes

Neurológico: alerta, orientada en las tres esferas, sin focalización

Balance líquidos 24 horas: LA: 2723 LE: 1060 GU: 0.61cc/kg/h

Glucometrías: 67 - 76 - 114 mg/dl

Reporte de colangiografía

Vesícula biliar adecuadamente distendida con engrosamiento de sus paredes alcanzando espesor de 4mm con señal intermedia en T2, su interior se encuentra completamente ocupado por imágenes facetas hiperintensas en T2 con diámetros de 54 mm.

En colangiografía se identifica adecuada configuración y calibre de la vía biliar intrahepática. Colédoco de calibre y curso normal con diámetro de 4 mm sin defectos endoluminales ni compresión extrínseca.

Conducto pancreático principal de calibre normal, adecuada unión biliopancreática.

Gran colección hiperintensa en T2 con halo hiperintenso en T1 en la transcavidad de los epiplones y con

7J.0 "HOSVITAL"

Usuario: LBOTELLO, INA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

extensión por el hialo de Winslow ocupando la cavidad peritoneal del cuadrante superior derecho del abdomen, sin diámetros aproximados de 224 x 103 x 177 mm (volumen de 2135 cc).

Hiperintensidad en el cuerpo del páncreas en secuencias T2.

Hígado, bazo y suprarrenales sin lesiones.

Riñones de tamaño normal con aumento de la señal en secuencias T2 y pobre definición corticomedular.

No hay adenopatías retroperitoneales

Conclusión:

Colelitiasis con signos de colecistitis crónica. No hay coledocolitiasis ni dilatación de la biliar.

Edema del cuerpo del páncreas en relación con pancreatitis, se acompaña de colección con contenido alto en proteínas o hemorrágico (hematoma vs colección necrótica aguda-necrohemorrágica) en la transcavidad de los epiplones con extensión hacia el peritoneo en el cuadrante superior derecho del abdomen.

Enfermedad parenquimatosa renal aguda.

Resultados de paraclínicos:

Col total: 122, Triglicéridos: 200, proteínas totales 4.5, Albumina: 2

Análisis

Paciente en la cuarta década de la vida con cuadro de pancreatitis aguda severa necrótica de origen biliar, con disfunción orgánica asociada dada por falla respiratoria y compromiso hematológico por trombocitopenia leve. En el momento estable hemodinámicamente, afebril, sin SIRS, con soporte ventilatorio, con buena tolerancia en modo espontáneo, se reportó colección en la transcavidad de los epiplones por lo cual esta pendiente valoración por radiología intervencionista para determinar conducta, se habla vía telefónica con Dr Neira informando sobre cuadro clínico de paciente. Paciente con múltiples estudios reciente imagenológicos con contraste por lo cual por el momento se difiere TAC de abdomen contrastado sugerido por radiología y se solicita tac abdominales a familiar para valoración, dado caso de necesidad de nuevo estudio se realizará nefroprotección, se continúa manejo médico y vigilancia en unidad dado requerimiento de soporte.

Plan

Unidad de cuidado intensivo

Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral

Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP

Dexmedetomidina infusión titulable

Nutrición enteral aumentar rata

Lactato ringer 30 cc por hora

Enoxaparina 40 mg sc cada día

Omeprazol 40 mg iv cada día

Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas

Pendientes hemocultivos, urocultivo

Pendiente valoración por radiología intervencionista

control signos vitales

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE

RM: 129597

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 10/02/2018 HORA: 12:47:59

CIRUGIA GENERAL

MC.EA. En compañía de la hermana quien refiere desde el 05 de Febrero inició con dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio asociado a múltiples episodios eméticos de contenido alimentario. Se valora inicialmente en

7J.0 "HOSVITAL"

Usuario:LBOTELLOREINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

servicio de salud de sitio de residencia donde se realiza diagnóstico de pancreatitis aguda por lo cual es remitida a sitio de mayor complejidad de atención, en clínica de meta se considera pancreatitis aguda severa con posible necesidad de manejo por radiología intervencionista por lo cual es remitida a nuestra institución.

Resumen de hospitalización Clínica del Meta:

Ingresa el día 05/02/18 con diagnóstico de pancreatitis aguda severa, se inició manejo se documento origen biliar por colecistitis y colelitiasis sin dilatación de la vía biliar, recibió cubrimiento antibiótico con meropenem y además se documenta derrame pleural izquierdo para lo cual se realizó toracentesis diagnóstica obteniendo 220 cc de líquido cetrino oscuro se dejó catéter 8.5 French multipropósito conectado con jeringa de presión negativa, es remitida para manejo en servicio de mayor complejidad

Revision por sistemas

No síntomas urinarios, disnea leve desde ingreso a servicio de urgencias, no se ha iniciado vía oral

Antecedentes

Patológicos Niega
Quirúrgicos Niega
Alérgicos Niega
Exposicionales Niega
Traumáticos Niega

Ginecológicos G2P2V2 Posparto mediato 10/01/17

Examen físico

Signos vitales TA 138/98 FR 35 T 36.5 Sat 91 % FIO2 28 %

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no msas no adenopatías, ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular hacia las bases pulmonares, abdomen distendido con dolor ala palpación generalizado de predominio en cuadrantes superiores, no hay signos de irritación peritoneal extremidades eutróficas sin edemas, neurológico alerta orientada en las tres esferas fuerza muscular simétrica 5/5, reflejos osteomusculares ++/++++ simétricos no signos meningeos

Paradclínicos sitio de remisión

07/02/17

Procalcitonina 0.31

WBC 10200 N 9000 L 900 Hb 9.8 Hcto 27.3 Pq 137000 PCR 370

Creat 0.7 BUN 18.3

PT 174 INR 1.36 PTT 33.1

ALT 44 AST 56 BT 1.23 BD 0.89 BI 0.34 FA 38

LDH 3755 Amilasa 580 Glucosa 118

Líquido pleural: Turbio, claro pH 9.0 densidad 1.000 Proteínas 2.82 Albumina 1.32 Glucosa 117.7 LDH 6408

Leucocitos 340 PMN 86 % M 14 %, No se observan microorganismos

Ecografía abdominal

Higado : Tamaño forma contorno y patron ecografico ultrasonografico normales

Vesicula biliar Se demuestra la presencia de no menos de cuatro cálculos con produccion de sombra acústica el mayor de

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

los cuales mide 15 mm de diámetro, Parde de 2.2 mm de espesor
Conducto biliar común de 4 mm a nivel de la porta hepatis
Páncreas: Aumento de tamaño de la altura de la cabeza por encima del máximo normal de 30 mm. Se observa líquido peripancreático el aspecto en general es compatible con pancreatitis. El cuerpo y la cola no se visualizan completamente por interposición de gas sobre el área
Presenta líquido libre en la cavidad abdominal en un volumen de 329 cc en la pelvis, 399 cc en el flanco derecho 114 cc en el flanco izquierdo 59 cc en la región subhepática y 15cc en la región peripancreática para un total de 916 cc

RESULTADO

CASTA Ntilde;EDA SUAREZ LADY PATRICIA

CC 52998156

RESULTADO

LADY CASTA Ntilde;EDA 52998156 CC

ECOGRAFÍA ABDOMEN TOTAL INSTITUCIONAL 09/02

Se explora cavidad abdominal con transductor convexo encontrando los siguientes hallazgos:
Colección peripancreática heterogénea con ecos y septos internos que mide 64 x 23 x 23 mm volumen aproximado 33 cm sup3; la cual desplaza la pared posterior del antro gástrico. Se identifica otra colección peritoneal a nivel del epi y mesogástrico de similares características con dimensiones de 119 x 69 x 84 mm volumen 358 cm sup3;.
El páncreas disminuido de ecogenicidad y aumentado de tamaño.
Hígado de tamaño contornos y ecoestructura usual. Estructuras vasculares intrahepáticas observan flujos Doppler.

Vesícula con engrosamiento de sus paredes alcanzan 8 mm, presencia de múltiples cálculos en su interior.
Abundante líquido libre peritoneal.
Riñones con aumento de la ecogenicidad expensas de la corteza con tamaño y contornos preservados.

Opinión:

Signos de pancreatitis, colección peripancreática y peritoneal heterogéneas.
Coledocitis con signos de colecistitis.
Signos de nefropatía aguda.
Abundante ascitis.

Colangiografía Institucional 08/02/17

Equipo de 1,5 trastos se realizan secuencias ortogonales T2, axial T2 con supresión grasa y T2 balanceada, axial T1 dentro y fuera de fase, difusión con mapa de ADC, colangiografía radial.
Vesícula biliar adecuadamente distendida con engrosamiento de sus paredes alcanzando espesor de 4mm con señal intermedia en T2, su interior se encuentra completamente ocupado por imágenes facetas hiperintensas en T2 con diámetros de 54 mm.
En colangiografía se identifica adecuada configuración y calibre de la vía biliar intrahepática. Colédoco de calibre y curso normal con diámetro de 4 mm sin defectos endoluminales ni compresión extrínseca.
Conducto pancreático principal de calibre normal, adecuada unión biliopancreática.
Gran colección hiperintensa en T2 con halo hiperintenso en T1 en la transcavidad de los epiplones y con extensión por el hiato de Winslow ocupando la cavidad peritoneal del cuadrante superior derecho del abdomen,

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario:LBOTELLO RINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

sin diámetros aproximados de 224 x 103 x 177 mm (volumen de 2135 cc).
Hiperintensidad en el cuerpo del páncreas en secuencias T2.

Hígado, bazo y suprarrenales sin lesiones.

Riñones de tamaño normal con aumento de la señal en secuencias T2 y pobre definición corticomedular.

No hay adenopatías retroperitoneales.

Estructuras vasculares del retroperitoneo de calibre y curso normal.

Abundante líquido libre en cavidad.

Edema de la pared abdominal. Cuerpos vertebrales conservan altura normal con signos de reconversión de la médula ósea.

Escaso derrame pleural laminar. Atelectasias basales.

Conclusión:

Colelitiasis con signos de colecistitis crónica. No hay coledocolitiasis ni dilatación de la biliar.

Edema del cuerpo del páncreas en relación con pancreatitis, se acompaña de colección con contenido alto en proteínas o hemorrágico (hematoma vs colección necrótica aguda-necrohemorrágica) en la transcavidad de los epíplones con extensión hacia el peritoneo en el cuadrante superior derecho del abdomen.

Enfermedad parenquimatosa renal aguda.

Resto de hallazgos ver descripción.

Paciente con pancreatitis aguda severa APACHE 14. Marshall 2 de origen biliar. Con colección peripancreática asociada, de gran tamaño, con indicación de drenaje percutáneo de ser posible, pendiente concepto de radiología intervencionista. Asociado cursa con colelitiasis y colecistitis, en el momento sin indicación de intervención quirúrgica de emergencia, una vez resuelva pancreatitis se determinará tiempo de realización de colecistectomía continuamos atentos a valoración de radiología intervencionista.

MEDICO : RAUL ENRIQUE TORRES CUESTA
ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL

RM: 11201869

NOTA MEDICA

FECHA: 10/02/2018 HORA: 13:26:54
CIRUGIA GENERAL. NOTA ADICIONAL

Paciente con diagnóstico de Pancreatitis severa, complicada con colección peripancreática, hemograma con leve leucocitosis, sin otros signos de respuesta inflamatoria sistémica, se considera colección aséptica en el momento sin indicación de punción o drenaje, se espera según evolución clínica nuevas conductas en el momento continua manejo por medicina crítica.

MEDICO : RAUL ENRIQUE TORRES CUESTA
ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL

RM: 11201869

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 10/02/2018 HORA: 14:01:

RESPUESTA INTERCONSULTA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Paciente con diagnóstico de pancreatitis necro – hemorrágica, con colección abdominal, en manejo en UCI con soporte ventilatorio. En colangiografía de 09/02/2018 se observa colelitiasis, sin dilatación de la vía biliar, colección hiperintensa en T2, y T1 compatible con líquido de alto contenido de proteínas Vs hematoma, se observan septos delgados en su interior. Valorada por Cirugía genera quienes indican en el momento no se encuentra indicado punción percutánea por el riesgo de contaminación de la colección actualmente aséptica.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Se sugirió continuar manejo médico en cuidado intensivo y considerar drenaje según curso clínico.

Solicitado por : RAUL ENRIQUE TORRES CUESTA
ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL

RM: 11201869

Realizado por : FABIAN ENRIQUE NEIRA ESCOBAR
ESPECIALIDAD: HEMODINAMIA

RM: 79295068

NOTA MEDICA

FECHA: 10/02/2018 HORA: 15:23:08
SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

Paciente de 33 años con diagnósticos:

1. Pancreatitis aguda severa de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1. Colelitiasis con colecistitis?
- 1.2 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Paciente femenina de 33 años de edad cursa con pancreatitis severa de origen biliar, cursa con deterioro respiratorio por hipoxemia y necesidad de ventilación mecánica, e imposibilidad a la vía oral, lo que representa alto riesgo metabólico y nutricional, por lo cual por orden médica se decide inicio de soporte nutricional enteral, para garantizar de este modo aporte de calorías y nutrientes contribuir a mejor respuesta metabólica y a recuperación nutricional. Glucometría: 114 mg/dL

Reporte de laboratorio

Proteína total 4.5 gr/dl (baja), albumina 2.0 gr/dl (déficit severo), colesterol total 122.2 mg/dl (N), triglicéridos 200.8 mg/dl (N).

Enfermería refiere tolerancia a la nutrición enteral. Se incrementan aportes nutricionales.

Soporte nutricional enteral con aminoácidos esenciales en fórmula de transición polimérica-oligomérica completa y balanceada sin lactosa isotónica para pacientes con trastornos de la digestión y absorción de nutrientes x 1500 cc, con los siguientes aportes:

Volumen total: 900 ml - 18 horas

Velocidad de infusión: 40 cc/h, se incrementa según tolerancia a 60 cc/h.

Calorías totales: 1080

Calorías / kg de peso: 15

Proteínas: 0.7 g / kg - 49.9 g / día - 18.5% VCT

Grasas: 0.5 g / kg - 35.3 g / día - 29 % VCT

Carbohidratos: 1.9 g / kg - 134.8 g / día - 53.3 % VCT

De acuerdo a evolución y tolerancia se irán incrementando los aportes hasta cubrir los requerimientos nutricionales y metabólicos del paciente.

MEDICO : ROSA LUCIA RODRIGUEZ DIAZ
ESPECIALIDAD: NUTRICION

RM: 41758437

NOTA MEDICA

FECHA: 10/02/2018 HORA: 16:39:55

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario:LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Unidad de cuidado intensivo - Turno tarde

Fecha de ingreso UCI: 08/02/17
Fecha de ingreso HUN: 08/02/17
Prioridad 1 Estancia Intensivo
Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1. Colelitiasis con colecistitis
- 1.2 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica con ventilación mecánica
Oliguria

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP FIO2 28% PEEP 8 PS 8
Sedoanalgesia Dexmedetomidina 1 mcg/kg/h
Líquidos endovenosos lactato ringer 30cc/hora - Potasio 6 mEq/hora
Nutrición enteral 40cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical
Antimicrobiano
Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018

Aislamientos

Pendiente Hemocultivo, Urocultivo institucional del 08/02/2018

S// Paciente refiere presentar dolor en región epigástrica, con sensación de calor en región frontal

O/ Paciente en aceptable estado general con signos de:

TA: 114/81 mmHg, FC: 88/min, FR: 28/min, T: 37.8 SaO2: 96%, FIO2: 28%

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías

Tórax expansible, ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos

Abdomen distendido, timpánico, con dolor a la palpación en epigastrio, no irritación peritoneal

Extremidades eutróficas sin edemas, pulsos distales presentes

Neurológico: alerta, orientada en las tres esferas, sin focalización

Análisis

RESUMEN DE HISTORIA

Paciente en la cuarta década de la vida con cuadro de pancreatitis aguda severa necrótica de origen biliar, con disfunción orgánica asociada dada por falla respiratoria y compromiso hematológico por trombocitopenia leve. En el momento estable hemodinámicamente, con soporte ventilatorio con disminución de parámetros tolerados adecuadamente, alzas térmicas desde la tarde, valorada por cirugía general quienes consideran colección aseptica por lo cual no es candidata a punción o drenaje y radiología intervencionista quienes están de acuerdo con manejo conservador sin necesidad de punción por riesgo de infección, por el momento se continúa manejo establecido con vigilancia en unidad.

Plan

Unidad de cuidado intensivo
Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP
Dexmedetomidina infusión titulable
Nutrición enteral
Lactato ringer 30 cc por hora
Enoxaparina 40 mg sc cada día
Omeprazol 40 mg iv cada día
Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas con dosis de rescate de 0.2mg interdosis
Pendientes hemocultivos, urocultivo
control signos vitales

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 129597

NOTA MEDICA

FECHA: 10/02/2018 HORA: 20:56:24

Unidad de cuidado intensivo
Turno noche

Fecha de ingreso UCI 08/02/17
Fecha de ingreso HUN 08/02/17
Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
- 1.1 Colección pancreática temprana de contenido hemático
2. Colelitiasis con colecistitis
- 2.1 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
3. Falla respiratoria hipoxémica
4. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
5. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Colección pancreática posiblemente contenido hemático
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria

RESUMEN DE HISTORIA

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parametros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12 Sedoanalgesia (Dexmedetomidina 1 mcg/kg/min)
Nutricion enteral 40cc/hora
Potasio 3 meq/hora
Lactato de ringer 30cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018

Aislamientos

Pendiente Hemocultivo, Urocultivo Institucional del 08/02/2018

Registro de taquicardia, picos febriles durante la tarde

Subjetivo: Paciente refiere discreta mejoría en la modulación del dolor, persiste con picos febriles, tolera nutrición enteral.

Objetivo: Paciente con signos vitales TA 123/82/91 FC 89 FR 24 T 37.2 Sat 96 % FIO2 30 %
Balance de líquidos 12 horas: Administrados 901 Eliminados 385 Gasto urinario 0.4 cc/kg/hora
Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos ritmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos
Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas
Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclínicos: No hay nuevos por reportar

Análisis

Paciente femenina de 33 años con diagnosticos anotados, quien cursa con coleccion pancreatica asociada, de posible contenido hemático, valorado por cirugía general y radiología intervencionista quienes consideran que por el momento no hay indicación en estudio de la coleccion y que respuesta inflamatoria sistémica posiblemente está asociado a proceso inflamatorio pancreático. Por el momento paciente con mejoría en la modulación del dolor, acoplada a ventilación mecánica no invasiva, sin deterioro hemodinámico, se decide optimizar manejo hidrico endovenoso dada disminucion de los volúmenes urinarios en las ultimas horas, posible lesión renal aguda secundario a hipovolemia por perdidas insensibles (fiebre) y tercer espacio, se solicitan paraclínicos de control para el día mañana, por ahora continúa demás manejo igual, sin inicio de tratamiento antibiotico. Se indica estancia en UCI para manejo.

Plan

Unidad de cuidado intensivo
Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral
Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP
Dexmedetomidina infusión titulable

RESUMEN DE HISTORIA

Nutrición enteral aumentar rata
Enjuagues con clorhexidina
Lactato ringer bolo de 20cc/kg y continuar a 1cc/kg por hora
Enoxaparina 40 mg sc cada día
Omeprazol 40 mg iv cada día
Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas con rescata de 0.2mg
Pendientes hemocultivos, urocultivo
Se solicitan paraclínicos control para mañana

MEDICO : OSCAR MAURICIO MORENO OJEDA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79690914

NOTA MEDICA

FECHA: 11/02/2018 HORA: 10:53:28

Unidad de cuidado intensivo
Turno Día

Fecha de ingreso UCI 08/02/17
Fecha de ingreso HUN 08/02/17
Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1. Colelitiasis con colecistitis
- 1.2 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12 Sedoanalgesia (Dexmedetomidina 1 mcg/kg/min)
Nutrición enteral 40cc/hora
Potasio 3 meq/hora
Lactato de ringer 30cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

RESUMEN DE HISTORIA

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018

Aislamientos

Pendiente Hemocultivo, Urocultivo institucional del 08/02/2018

S// Paciente refiere dolor intermitente se asocia con disnea

Examen físico Aceptable estado general

Signos vitales TA 114/70/84 FC 96 FR 21 T 37.2 Sat 96 % FIO2 30 %

Balance de líquidos 24 horas: Administrados 3443 Eliminados 885 Gasto urinario 0.51 cc/kg/hora

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardíacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas

Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paradínicos:

BUN 11.9 Creat 0.42 BT 0.47 BD 0.22 BI 0.25 Na 141 Cl 106.6

WBC 19330 N 85 % L 6.6 % Hb 8.9 Hct 25.8 Pq 223000

Ecocardiograma

1. FUNCIONES SISTOLICAS Y DIASTOLICAS BIVENTRICULARES NORMALES.

2. HIPERTENSION PULMONAR.

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad cursando con pancreatitis severa de origen biliar de momento con persistencia de respuesta inflamatoria sistémica dada por febrículas y leucocitosis en ascenso por ahora no se considera etiología infecciosa, se decide continuar seguimiento clínico y con PCR para evaluar evolución clínica de proceso inflamatorio pancreático. Por otro lado cursa con falla respiratoria hipoxémica por restricción pulmonar y atelectasias pulmonares se decide inicio de disminución de soporte respiratorio y se solicita radiografía de tórax de control para evaluar necesidad de continuar ventilación mecánica.

Persiste con volúmenes urinarios limítrofes sin embargo sin cambios significativos en la creatinina por lo cual se continuará seguimiento clínico

Debe continuar manejo en unidad de cuidado intensivo vigilancia clínica estricta de líquidos administrados y eliminados, se ajusta analgesia para facilitar proceso de retiro de soporte respiratorio

Plan

Unidad de cuidado intensivo

Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral

Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP

Dexmedetomidina infusión titulable

Nutrición enteral aumentar rata

Enjuagues con clorhexidina

Lactato ringer bolo de 20cc/kg y continuar a 1cc/kg por hora

Enoxaparina 40 mg sc cada día

Omeprazol 40 mg iv cada día

Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas con rescata de 0.2mg

Pendientes hemocultivos, urocultivo

Se solicita radiografía de tórax control

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 129597

NOTA MEDICA

FECHA: 11/02/2018 HORA: 14:58:12
SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

Paciente de 33 años con diagnósticos:

1. Pancreatitis aguda severa de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1.Colelitiasis con colecistitis?
- 1.2 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Paciente femenina de 33 años de edad cursa con pancreatitis severa de origen biliar, cursa con deterioro respiratorio por hipoxemia y necesidad de ventilación mecánica, e imposibilidad a la vía oral, lo que representa alto riesgo metabólico y nutricional, por lo cual por orden médica se decide inicio de soporte nutricional enteral, para garantizar de este modo aporte de calorías y nutrientes contribuir a mejor respuesta metabólica y a recuperación nutricional. Glucometría: 118 mg/dL

Según reporte de enfermería, paciente tolerando nutrición enteral. Se incrementan aportes nutricionales. Soporte nutricional enteral con aminoácidos esenciales en fórmula de transición polimérica-oligomérica completa y balanceada sin lactosa isotónica para pacientes con trastornos de la digestión y absorción de nutrientes x 1500 cc, con los siguientes aportes:

Volumen total: 1260 ml – 18 horas

Velocidad de infusión: 70 cc/h.

Calorías totales: 1512

Calorías / kg de peso: 21

Proteínas: 1.0 g / kg – 69.9 g / día – 18.5% VCT

Grasas: 0.7 g / kg – 49.4 g / día – 29 % VCT

Carbohidratos: 2.6 g / kg – 188.7 g / día – 53.3 % VCT

De acuerdo a evolución y tolerancia se irán incrementando los aportes hasta cubrir los requerimientos nutricionales y metabólicos del paciente.

MEDICO : ROSA LUCIA RODRIGUEZ DIAZ
ESPECIALIDAD: NUTRICION

RM: 41758437

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 11/02/2018 HORA: 15:21:

VER HC.

Solicitado por : ROSA LUCIA RODRIGUEZ DIAZ
ESPECIALIDAD: NUTRICION

RM: 41758437

Realizado por : GUIHOVANY ALBERTO GARCIA CASILIMAS
ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL

RM: 80730595

RESUMEN DE HISTORIA

NOTA MEDICA

FECHA: 11/02/2018 HORA: 15:36:33

Unidad de cuidado intensivo

Turno Tarde

Fecha de ingreso UCI 08/02/17

Fecha de ingreso HUN 08/02/17

Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda

CC 52998156

33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1. Colelitiasis con colecistitis
- 1.2. Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12 Sedoanalgesia (Dexmedetomidina 1 mcg/kg/min)
Nutrición enteral 40cc/hora
Potasio 3 meq/hora
Lactato de ringer 30cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018

Aislamientos

Pendiente Hemocultivo, Urocultivo institucional del 08/02/2018

S// Paciente refiere dolor intermitente se asocia con disnea

Examen físico Aceptable estado general

Signos vitales TA 112/71/81 FC 95 FR 21 T 37.2 Sat 96 % FIO2 30 %

Balance de líquidos 24 horas: Administrados 906 Eliminados 250 Gasto urinario 0.51 cc/kg/hora Glucometria 124

RESUMEN DE HISTORIA

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos
Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas
Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclínicos:

BUN 11.9 Creat 0.42 BT 0.47 BD 0.22 BI 0.25 Na 141 Cl 106.6
WBC 19330 N 85 % L 6.6 % Hb 8.9 Hcto 25.8 Pq 223000

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad cursando con pancreatitis severa de origen biliar sin nuevo picos febriles durante el día en plan de manejo con terapia respiratoria para intentar retiro de ventilación mecánica, se tomó radiografía de tórax que evidencia importante componente restrictivo con mejoría de zonas de atelectasia de momento continúa manejo médico sin cambios vigilancia clínica, manejo en unidad de cuidado intermedio

Plan

Unidad de cuidado intensivo
Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral
Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP
Dexmedetomidina infusion tituable
Nutrición enteral aumentar rata
Enjuagues con clorhexidina
Lactato ringier bolo de 20cc/kg y continuar a 1cc/kg por hora
Enoxaparina 40 mg sc cada día
Omeprazol 40 mg iv cada día
Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas con rescata de 0.2mg
Pendientes hemocultivos, urocultivo

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE

RM: 129597

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 11/02/2018 HORA: 16:54:46

Cirugía general.

Especialista: Dr Guihovany García

Residentes: F Alarcón.

Paciente de 33 años con los siguientes diagnósticos.

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1. Colelitiasis con colecistitis
- 1.2 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

S//Refiere dolor abdominal persistente.

RESUMEN DE HISTORIA

Examen físico Aceptable estado general

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12

Signos vitales TA 110/70/84 FC 96 FR 21 T 37.2 Sat 96 % FIO2 30 %

Balance de líquidos 24 horas: Administrados 3443 Eliminados 885 Gasto urinario 0.51 cc/kg/hora

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas

Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclínicos:

BUN 11.9 Creat 0.42 BT 0.47 BD 0.22 BI 0.25 Na 141 Cl 106.6

WBC 19330 N 85 % L 6.6 % Hb 8.9 Hcto 25.8 Pq 223000

Ecocardiograma:

1. FUNCIONES SISTOLICAS Y DIASTOLICAS BIVENTRICULARES NORMALES.
2. HIPERTENSION PULMONAR.

Paciente con pancreatitis aguda severa con coleccion peripancreática asociada, persiste con falla orgánica y desde ayer fiebre leucocitosis, considerado cuadro inflamatorio secundario a pancreatitis. En el momento se beneficia de manejo conservador, no drenaje de coleccion peripancreatica y contraindicación de colecistectomía en estado clínico actual. Debe continuar soporte por servicio de medicina crítica. Atentos a evolución

MEDICO : GUIHOVANY ALBERTO GARCIA CASILIMAS

RM: 80730595

ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL

NOTA MEDICA

FECHA: 11/02/2018 HORA: 22:14:35

Unidad de cuidado intensivo

Turno Noche

Fecha de ingreso UCI 08/02/17

Fecha de ingreso HUN 08/02/17

Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda

CC 52998156

33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1. Colelitiasis con colecistitis
- 1.2 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa

Falla respiratoria hipoxémica

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLOBINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Oliguria

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12 Sedoanalgesia (Dexmedetomidina 1 mcg/kg/min)
Nutrición enteral 40cc/hora
Potasio 3 meq/hora
Lactato de ringer 30cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018

Aislamientos

Pendiente Hemocultivo, Urocultivo institucional del 08/02/2018

S// Paciente refiere dolor intermitente se asocia con disnea

Examen físico Aceptable estado general

Signos vitales TA 106/72/84 FC 109 FR 23 T 37.2 Sat 96 % FIO2 30 %
Balance de líquidos 24 horas: Administrados 1812 Eliminados 450 Gasto urinario 0.50 cc/kg/hora Glucometría 91

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas ni adenopatías, Ruidos cardíacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos
Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas
Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclinicos:

BUN 11.9 Creat 0.42 BT 0.47 BD 0.22 BI 0.25 Na 141 Cl 106.6
WBC 19330 N 85 % L 6.6 % Hb 8.9 Hct 25.8 Pq 223000

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad cursando con pancreatitis severa de origen biliar sin nuevo picos febriles persiste con volúmenes urinarios limitados sin signos de hipoperfusión sistémica, al intentar disminuir parámetros de soporte respiratorio presenta polipnea y bajos volúmenes corrientes, ante mala mecánica respiratoria no se intenta extubación de momento, se decide objetivar posible hipertensión intraabdominal por lo cual se administra sedación a la paciente para medición de PIA y determinar así necesidad de intervenciones adicionales por ahora continúa manejo sin cambios vigilancia clínica en unidad de cuidado intensivo se solicitan paraclinicos de control incluido PCR para seguimiento clínico

Plan

Unidad de cuidado intensivo
Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral
Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP
Dexmedetomidina infusión titulable
Nutrición enteral a

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLO INA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Enjuagues con clorhexidina
Lactato ringer a 1cc/kg por hora
Enoxaparina 40 mg sc cada día
Omeprazol 40 mg iv cada día
Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas con rescata de 0.2mg
Pendientes hemocultivos, urocultivo
Paraclínicos de control

Fentanil 200 mcg ahora para medición de presión intraabdominal

MEDICO : OSCAR MAURICIO MORENO OJEDA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79690914

NOTA MEDICA

FECHA: 12/02/2018 HORA: 10:57:36

Unidad de cuidado intensivo

Turno Día

Fecha de ingreso UCI 08/02/17

Fecha de ingreso HUN 08/02/17

Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda

CC 52998156

33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
 - 1.1. Colelitiasis con colecistitis
 - 1.2. Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria
Hipertensión intraabdominal

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12 Sedoanalgesia (Dexmedetomidina 1 mcg/kg/min)
Nutrición enteral 40cc/hora
Potasio 3 meq/hora
Lactato de ringer 30cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico

RESUMEN DE HISTORIA

Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018

Meropenem FI 12/02/18

Aislamientos

08/02/2018 Urocultivo negativo, Hemocultivos en proceso

S// Persisten con dolor abdominal

Examen físico Aceptable estado general

Signos vitales TA 99/57/78 FC 104 FR 28 T 37.2 Sat 96 % FIO2 30 %

Balace de líquidos 24 horas: Administrados 3240 Eliminados 980 Gasto urinario 0.50 cc/kg/hora Balance acumulado + 6378 Glucometria 123

Presión intraabdominal 25 cm H2O - 18 mmHg

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatias, Ruidos cardiacos ritmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminucion del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas

Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclinicos:

BUN 11.7 Na 141 K 4.51 Cl 105.6 Creat 0.41

WBC 20.000 N 85 % L 6.3 % Hb 8.4 Hcto 24.3 Pq 222000

Gases arteriales

PH 7.43 PCO2 35.8 PO2 65.1 CHO3 23.5 BE -0.3 SATO2 93.2% PAFI 232.6 LACT 1.4

Colangiografía

Equipo de 1,5 trastos se realizan secuencias ortogonales T2, axial T2 con supresión grasa y T2 balanceada, axial T1 dentro y fuera de fase, difusión con mapa de ADC, colangiografía radial.

Vesícula biliar adecuadamente distendida con engrosamiento de sus paredes alcanzando espesor de 4mm con señal intermedia en T2, su interior se encuentra completamente ocupado por imágenes facetas hiperintensas en T2 con diámetros de 54 mm.

En colangiografía se identifica adecuada configuración y calibre de la vía biliar intrahepática. Colédoco de calibre y curso normal con diámetro de 4 mm sin defectos endoluminales ni compresión extrínseca.

Conducto pancreático principal de calibre normal, adecuada unión biliopancreática.

Gran colección hiperintensa en T2 con halo hiperintenso en T1 en la transcavidad de los epiplones y con extensión por el hiato de Winslow ocupando la cavidad peritoneal del cuadrante superior derecho del abdomen, sin diámetros aproximados de 224 x 103 x 177 mm (volumen de 2135 cc).

Hiperintensidad en el cuerpo del páncreas en secuencias T2.

Hígado, bazo y suprarrenales sin lesiones.

Riñones de tamaño normal con aumento de la señal en secuencias T2 y pobre definición corticomedular.

No hay adenopatías retroperitoneales.

Estructuras vasculares del retroperitoneo de calibre y curso normal.

Abundante líquido libre en cavidad.

Edema de la pared abdominal. Cuerpos vertebrales conservan altura normal con signos de reconversión de la médula ósea.

Escaso derrame pleural laminares. Atelectasias basales.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLO RINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Conclusión:

Colelitiasis con signos de colecistitis crónica. No hay coledocolitiasis ni dilatación de la biliar.
Edema del cuerpo del páncreas en relación con pancreatitis, se acompaña de colección con contenido alto en proteínas o hemorrágico (hematoma vs colección necrótica aguda-necrohemorrágica) en la transcavidad de los epilones con extensión hacia el peritoneo en el cuadrante superior derecho del abdomen.
Enfermedad parenquimatosa renal aguda.
Resto de hallazgos ver descripción.

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad hospitalizada en unidad de cuidado intensivo por presentar cuadro clínico compatible con pancreatitis aguda severa de origen biliar quien cursa con evolución clínica tórpida dado por persistencia de respuesta inflamatoria sistémica, adicionalmente con hipertensión intraabdominal que posiblemente condiciona bajos volúmenes urinarios y mala mecánica respiratoria lo cual no ha permitido retiro de ventilador, teniendo en cuenta lo anterior se considera que la paciente requiere inicio de tratamiento antibiótico dado que se encuentra en la segunda semana de inicio de los síntomas y que no es posible descartar en este momento compromiso infeccioso en colecciones pancreáticas conocidas, se decide además toma de tomografía de abdomen contrastada para caracterización de colección y así determinar mejor abordaje diagnóstico/terapéutico para poder intentar liberar presión intraabdominal.
Por ahora se continúa manejo en unidad de cuidado intensivo vigilancia clínica y manejo médico establecido

Plan

Unidad de cuidado intensivo
Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP
Dexmedetomidina infusión titulable
Lactato ringer a 1cc/kg por hora
Nutrición enteral --- suspendida hasta realización de tomografía abdominal ---
Enjuagues con clorhexidina
Meropenem 2 gr iv cada 8 horas (FI 12/02/18)
Enoxaparina 40 mg sc cada día --- suspendida hasta tomografía posible intervención---
Omeprazol 40 mg iv cada día
Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas con rescata de 0.2mg
Nefroprotección con solución bicarbonatada
SS hemocultivos
SS Tomografía de abdomen contrastado

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 80085694

NOTA MEDICA

FECHA: 12/02/2018 HORA: 11:40:18

Cirugía General.

Especialista: Dr Cómbita

Residentes: F Alarcón.

Paciente de 33 años con los siguientes diagnósticos.

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1. Colelitiasis con colecistitis
- 1.2. Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica

RESUMEN DE HISTORIA

3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

S//Persistencia del dolor abdominal

Examen físico Aceptable estado general

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12

Signos vitales TA 108/78 FC 100 FR 20 T 37.2 Sat 96 % FIO2 30 %

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatias, Ruidos cardíacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos.

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas

Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paciente con pancreatitis aguda severa con colección peripancreática asociada, persiste con falla orgánica y respuesta inflamatoria sistémica, requiere caracterizarse lesión peripancreática para definir indicación y posibilidad de drenaje, se espera resultado de tomografía solicitada por cuidado intensivo para nuevas conductas.

MEDICO : HUGO ALBERTO COMBITA ROJAS
ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL

RM: 11743

NOTA MEDICA

FECHA: 12/02/2018 HORA: 17:02:00

Infectología

Lady Castañeda de 33 años hospitalizada en la cama 17 de cuidado de la unidad de intensivo ingresa por dolor abdominal documentando sea una pancreatitis aguda de origen biliar en el momento con los problemas identificados una colección peripancreática documentada después de la segunda semana de inicio de los síntomas en colangiografía asociado a signos de respuesta inflamatoria sistémica pendiente definir vía de drenaje de la colección consideramos ante hallazgos de respuesta inflamatoria sistémica probable colección abscedada iniciar manejo antibiótico con meropenem 2 gramos IV cada 8 horas, continuamos atentos a evolución

MEDICO : CARLOS SAAVEDRA TRUJILLO
ESPECIALIDAD: INFECTOLOGIA

RM: 91251053

NOTA MEDICA

FECHA: 12/02/2018 HORA: 17:10:03

Unidad de cuidado intensivo

Turno Tarde

Fecha de ingreso UCI 08/02/17

Fecha de ingreso HUN 08/02/17

Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

RESUMEN DE HISTORIA

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
 - 1.1. Colelitiasis con colecistitis
 - 1.2. Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria
Hipertensión intraabdominal

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12 Sedoanalgesia (Dexmedetomidina 1 mcg/kg/min)
Nutrición enteral 40cc/hora
Potasio 3 meq/hora
Lactato de ringer 30cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospital FI 05/02/2018 FF 08/02/2018
Meropenem FI 12/02/18

Aislamientos

08/02/2018 Urocultivo negativo, Hemocultivos en proceso

S// Persisten con dolor abdominal

Examen físico Aceptable estado general

Signos vitales TA 149/90/109 FC 120 FR 28 T 37.2 Sat 96 % FIO2 30 %
Balance de líquidos 6 horas: Administrados 666 Eliminados 326 Gasto urinario 0.7 cc/kg/hora Glucometría 102

Presión intraabdominal 25 cm H2O - 18 mmHg

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos ritmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclínicos:

BUN 11.7 Na 141 K 4.51 Cl 105.6 Creat 0.41
WBC 20.000 N 85 % L 6.3 % Hb 8.4 Hcto 24.3 Pq 222000

Gases arteriales

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLO, INA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

PH 7.43 PCO2 35.8 PO2 65.1 CHO3 23.5 BE -0.3 SATO2 93.2% PAFI 232.6 LACT 1.4

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad hospitalizada en unidad de cuidado intensivo por presentar cuadro clínico compatible con pancreatitis aguda severa de origen biliar quien cursa con evolución clínica tórpida dado por persistencia de respuesta inflamatoria sistémica, se decidió inicio de manejo antibiótico y toma de nueva tomografía la cual muestra importante colección pancreática conocida y además líquido libre en cavidad abdominal, se considera entonces pertinente realización de paracentesis y de posible drenaje de colección para intentar mejorar síndrome de compartimento abdominal y además estudio de posible colección infectada, por ahora requiere continuar manejo en cuidado intensivo vigilancia clínica manejo médico

Plan

Unidad de cuidado intensivo

Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral

Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP

Dexmedetomidina infusión titulable

Lactato ringier a 1cc/kg por hora

Nutrición enteral --- suspendida hasta realización de tomografía abdominal ---

Enjuagues con clorhexidina

Meropenem 2 gr iv cada 8 horas (FI 12/02/18)

Enoxaparina 40 mg sc cada día --- suspendida hasta tomografía posible intervención---

Omeprazol 40 mg iv cada día

Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas con rescata de 0.2mg

Evaluación por radiología intervencionista para paracentesis e intervención de colección pancreática

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS

RM: 80085694

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 12/02/2018 HORA: 18:46:04

SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

Paciente de 33 años con diagnósticos:

1. Pancreatitis aguda severa de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) 1.1.Colelitiasis con colecistitis?

1.2 Riesgo intermedio de coledocolitiasis

2. Falla respiratoria hipoxémica

3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis

4. Posparto mediato 10/01/17

Paciente femenina de 33 años de edad cursa con pancreatitis severa de origen biliar, cursa con deterioro respiratorio por hipoxemia y necesidad de ventilación mecánica, e imposibilidad a la vía oral, lo que representa alto riesgo metabólico y nutricional, por lo cual por orden medica se decide inicio de soporte nutricional enteral, para garantizar de este modo aporte de calorías y nutrientes contribuir a mejor respuesta metabólica y a recuperación nutricional. Glucometría: 123 mg/dL.

Paciente tolerando nutrición enteral. Continúa iguales aportes nutricionales.

Soporte nutricional enteral con aminoácidos esenciales en formula de transición polimérica-oligomérica completa y balanceada sin lactosa isotónica para pacientes con trastornos de la digestión y absorción de nutrientes x 1500 cc, con los siguientes aportes:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLO, INA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Volumen total: 1260 ml - 18 horas
Velocidad de infusión: 70 cc/h.
Calorías totales: 1512
Calorías / kg de peso: 21
Proteínas: 1.0 g / kg - 69.9 g / día - 18.5% VCT
Grasas: 0.7 g / kg - 49.4 g / día - 29 % VCT
Carbohidratos: 2.6 g / kg - 188.7 g / día - 53.3 % VCT

De acuerdo a evolución y tolerancia se irán incrementando los aportes hasta cubrir los requerimientos nutricionales y metabólicos del paciente.

MEDICO : ROSA LUCIA RODRIGUEZ DIAZ
ESPECIALIDAD: NUTRICION

RM: 41758437

NOTA MEDICA

FECHA: 12/02/2018 HORA: 23:06:53

Unidad de cuidado intensivo

Turno Noche

Fecha de ingreso UCI 08/02/17

Fecha de ingreso HUN 08/02/17

Prioridad 1 Estancia Intensiva

Lady Patricia Castañeda

CC 52998156

33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
 - 1.1 Colección pancreática abscedada
 - 1.2 Colelitiasis con colecistitis
 - 1.3 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria
Hipertensión intraabdominal

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12 Sedoanalgesia (Dexmedetomidina 1 mcg/kg/min)
Nutrición enteral 70cc/hora
Lactato de ringer 70cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano
Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018
Meropenem FI 12/02/18

Aislamientos
08/02/2018 Urocultivo negativo, Hemocultivos en proceso

S// Paciente refiere dolor abdominal, sin agitación, persistencia de picos febriles en registros de enfermería, paciente refiere dificultad para conciliación del sueño.

Examen físico: Paciente con signos vitales TA 107/65/73 FC 116 FR 24 T 38 Sat 90 % FiO2 28 %
Balance de líquidos 12 horas: Administrados 2322 Eliminados 840 Gasto urinario 0.9 cc/kg/hora Glucometria 102

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatias, Ruidos cardiacos ritmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminucion del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos
Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas
Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Análisis

Lady es una paciente de 33 años con diagnosticos anotados, pancreatitis severa con coleccion temprana, sospecha de absceso dada persistencia de respuesta inflamatoria sistémica, por lo que se inicio manejo antibiotico con meropenem, pendiente realización de drenaje por radiologica intervencionista, en el momento estable hemodinamica, en metas macrohemodinamicas, sin anemizacion, sin soporte vasopresor, persiste con soporte ventilatorio. Se decide por ahora continuar manejo en UCI para soporte ventilatorio, se inicia trazodona dada dificultad en la conciliacion del sueño.

Plan

Unidad de cuidado intensivo
Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral
Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP
Dexmedetomidina infusion titulable
Lactato ringer a 1cc/kg por hora
Nutrición enteral 70cc/hora
Meropenem 2 gr iv cada 8 horas (FI 12/02/18)
Enoxaparina 40 mg sc cada día --- suspendida hasta tomografía posible intervención---
Omeprazol 40 mg iv cada día
Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas con rescata de 0.2mg
Trazodona 25mg vo cada día
Enjuagues con clorhexidina
Evaluación por radiología intervencionista para paracentesis e intervención de coleccion pancreática

MEDICO : HECTOR ANDRES RUIZ AVILA
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

RM: 253141

NOTA MEDICA

FECHA: 13/02/2018 HORA: 11:00:31

7.1.0 *HOSVITAL*

Usuario:LBOTELLORINA MAYERLY BOTELLO ROJAS

RESUMEN DE HISTORIA

Unidad de cuidado intensivo
Turno Dia

Fecha de ingreso UCI 08/02/17
Fecha de ingreso HUN 08/02/17
Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
- 1.1 Colección pancreática abscedada
- 1.2 Colelitiasis con colecistitis
- 1.3 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria
Hipertensión intraabdominal

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12 Sedoanalgesia (Dexmedetomidina 1 mcg/kg/min)
Nutrición enteral 70cc/hora
Lactato de ringer 70cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospital FI 05/02/2018 FF 08/02/2018
Meropenem FI 12/02/18

Aislamientos

08/02/2018 Urocultivo negativo, Hemocultivos en proceso

S// Paciente refiere dolor abdominal, sin agitación, persistencia de picos febriles en registros de enfermería.

Examen físico: Paciente con signos vitales TA 122/81/86 FC 89 FR 26 T 36.9 Sat 90 % FIO2 28 %
Balance de líquidos 12 horas: Administrados 4278 Eliminados 4190 Gasto urinario 2.4cc/kg/hora Glucometria 146

RESUMEN DE HISTORIA

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas

Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclínicos

BUN 8.7 Creat 0.35 BT 0.30 BD 0.17 BI 0.13 Na 139 K 4.74 Cl 103.6

WBC 19520 N 17020 Hb 8.7 Hcto 25.5 Pq 272000 PT 19.4 PTT 26 INR 1.47

pH: 7.47 PCO2: 33.7 PO2: 69.9 HCO3: 24.5 Be: 0.9 Saturación: 94% PAFI: 249.6 Lactato: 1.89

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad quien cursa con pancreatitis aguda severa de origen biliar con importante componente restrictivo pulmonar por ascitis y por colección pancreática conocida, el día de ayer se realizó paracentesis con drenaje de 2500 cc de líquido ascítico con mejoría clínica dada por menor compromiso de la mecánica respiratoria y aumento de los volúmenes urinarios, desde el punto de vista infeccioso en este momento con manejo con carbapenemico ante sospecha de complicación infecciosa asociada a su pancreatitis por ahora se continúa manejo establecido y teniendo en cuenta mejoría presentada con paracentesis por ahora se difiere intervención de colección peripancreática, se intentara el día de hoy extubación programada teniendo en cuenta mejoría clínica en las últimas horas, debe continuar manejo en unidad de cuidado intensivo, se disminuye dosis de opioide y se continúa vigilancia clínica

Plan

Unidad de cuidado intensivo

Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral

Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP

Dexmedetomidina infusion titulable --- suspender para extubación ---

Lactato ringer a 1cc/kg por hora

Nutrición enteral 70cc/hora

Meropenem 2 gr iv cada 8 horas (FI 12/02/18)

Enoxaparina 40 mg sc cada día

Omeprazol 20 mg vo cada día

Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas

Trazodona 50 mg vo cada día

Enjuagues con clorhexidina

Intentar retiro de soporte respiratorio

Manejo en cuidado intensivo

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO

RM: 91106137

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 13/02/2018 HORA: 12:08:

RESPUESTA INTERCONSULTA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA. VER FOLIO 245 EN HISTORIA CLINICA

RESUMEN DE HISTORIA

Solicitado por : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO

RM: 91106137

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

Realizado por : FABIAN ENRIQUE NEIRA ESCOBAR

RM: 79295068

ESPECIALIDAD: HEMODINAMIA

CIERRE DE EPICRISIS - EGRESO DE PACIENTE

FECHA: / / HORA: :

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

CONDICION DE SALIDA:

DIAS DE INCAPACIDAD: 0

RESUMEN DE HISTORIA

Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
 - 1.1 Colección pancreática abscedada
 - 1.2 Colelitiasis con colecistitis
 - 1.3 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria
Hipertensión intraabdominal

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12
Nutrición enteral 70cc/hora
Lactato de ringer 70cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018
Meropenem FI 12/02/18

Aislamientos

08/02/2018 Urocultivo negativo, Hemocultivos en proceso

S// Paciente refiere dolor abdominal, sin agitación, persistencia de picos febriles en registros de enfermería.

Examen físico: Paciente con signos vitales TA 122/81/86 FC 89 FR 26 T 36.9 Sat 90 % FIO2 28 %
Balance de líquidos 12 horas: Administrados 4278 Eliminados 4190 Gasto urinario 2.4cc/kg/hora Glucometría 146

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas
Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclínicos

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: JLOPEZG JUAN NICOLAS LOPEZ GUZMAN

RESUMEN DE HISTORIA

BUN 8.7 Creat 0.35 BT 0.30 BD 0.17 BI 0.13 Na 139 K 4.74 Cl 103.6
WBC 19520 N 17020 Hb 8.7 Hcto 25.5 Pq 272000 PT 19.4 PTT 26 INR 1.47

pH: 7.47 PCO2: 33.7 PO2: 69.9 HCO3: 24.5 Be: 0.9 Saturación: 94% PAFI: 249.6 Lactato: 1.89

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad quien cursa con pancreatitis aguda severa de origen biliar con importante componente restrictivo pulmonar por ascitis y por colección pancreática conocida, con mejoría clínica sin embargo con recurrencia de picos febriles taquicardia, taquipnea, por ahora se decide diferir proceso de extubación por ahora se decide manejo sintomático de fiebre para determinar posibilidad de extubación, se continúa manejo medico establecido vigilancia clínica en cuidado intensivo

Plan

Unidad de cuidado intensivo
Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral
Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP
Dexmedetomidina infusion titulable --- suspender para extubación ---
Lactato ringer a 1cc/kg por hora
Nutrición enteral 70cc/hora
Meropenem 2 gr iv cada 8 horas (FI 12/02/18)
Enoxaparina 40 mg sc cada día
Omeprazol 20 mg vo cada día
Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas
Trazodona 50 mg vo cada día
Dipirona 2.5 gr iv ahora dosis única
Enjuagues con clorhexidina
Intentar retiro de soporte respiratorio
Manejo en cuidado intensivo

MEDICO : JAIRO ANTONIO PEREZ CELY
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79683208

NOTA MEDICA

FECHA: 13/02/2018 HORA: 18:25:21

Infectologia seguimiento

Lady Castañeda paciente femenina 33 años quien consulto por dolor abdominal, documentandose pancreatitis aguda de origen biliar, presentando complicación local dada por absceso peripancreático, además de signos de respuesta inflamatoria sistémica para lo cual se inicio el día de ayer manejo antibiotico con meropenem, a lo cual se estuvo de acuerdo, hoy con tomografía de abdomen que evidencia abundante cantidad de líquido libre en cavidad abdominal, realizan paracentesis evacuatoria (2500 cc) posterior a lo cual ha presentado mejoría de sus parametros ventilatorios, en plan de extubación, última febrícula anoche, por ahora difieren drenaje de colección peripancreática ante evidencia de mejoría consideramos continua manejo antibiotico con meropenem seguimos atentos a cambios en la evolución

MEDICO : JUAN PABLO OSORIO LOMBANA
ESPECIALIDAD: INFECTOLOGIA

RM: 1032370371

NOTA MEDICA

FECHA: 13/02/2018 HORA: 23:50:48

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: JLOPEZG JUAN NICOLAS LOPEZ GUZMAN

RESUMEN DE HISTORIA

Unidad de cuidado intensivo
Turno Noche 13.02.18

Fecha de ingreso UCI 08/02/17
Fecha de ingreso HUN 08/02/17
Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
- 1.1 Colección pancreática abscedada
- 1.2 Colelitiasis con colecistitis
- 1.3 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria
Hipertensión intraabdominal

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12
Nutrición enteral 70cc/hora
Lactato de ringer 70cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospital FI 05/02/2018 FF 08/02/2018
Meropenem FI 12/02/18

Aislamientos

08/02/2018 Urocultivo negativo, Hemocultivos en proceso

S// Paciente refiere dolor abdominal leve, sin agitación.

Examen físico: Paciente con signos vitales TA 137/ 76/ 89 FC 123 FR 28 T 37,2 Sat 90 % FIO2 28 %.
Picos febriles sostenidos por 3 horas.

Balance de líquidos 12 horas: Administrados 1168 Eliminados 3540 BH - 2442 Gasto urinario 1,0 cc/kg/hora
Glucometria 103, 89 mg/dl

RESUMEN DE HISTORIA

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no msas no adenopatías, Ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos
Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas
Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad quien cursa con pancreatitis aguda severa de origen biliar con importante componente restrictivo pulmonar por ascitis y por colección pancreática conocida, con mejoría clínica luego de paracentesis diagnóstica y terapéutica, sin embargo, con recurrencia de picos febriles, taquicardia, taquipnea por lo cual se inició cubrimiento antibiótico. En plan de extubar el día de hoy pero se decidió diferir la conducta dada la respuesta inflamatoria presentada.
Sin signos de hipoperfusión ni compromiso orgánico. Continuamos vigilancia clínica.

Plan

Unidad de cuidado intensivo
Valoración por nutrición para inicio de nutrición enteral
Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP
Dexmedetomidina infusion titulable --- suspender para extubación ---
Lactato ringer a 1cc/kg por hora
Nutrición enteral 70cc/hora
Meropenem 2 gr iv cada 8 horas (FI 12/02/18)
Enoxaparina 40 mg sc cada día
Omeprazol 20 mg vo cada día
Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas
Trazodona 50 mg vo cada día
Dipirona 2.5 gr iv ahora dosis unica
Enjuagues con clorhexidina
Intentar retiro de soporte respiratorio
Manejo en cuidado intensivo

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 129597

NOTA MEDICA

FECHA: 14/02/2018 HORA: 11:14:12

Evolución Cirugía General.

Especialista: Dr Junca

Residente: F Alarcón.

Paciente de 33 años con los siguientes diagnósticos.

Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) con coleccion peripancreática.
Colelitiasis con colecistitis aguda
Posparto mediato 10/01/17

S//Dolor abdominal persistente, picos febriles persistentes

RESUMEN DE HISTORIA

Examen físico Aceptable estado general

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12

Signos vitales TA 108/78 FC 100 FR 20 T 37.2 Sat 96 % FIO2 30 %

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardíacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos.

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas

Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclínicos:

14.02 SODIO 141 POTASIO 4.3 CLORO 102. 13.02 BUN 8.7 BILIRRUBINA T 0.3 DIRECTA 0.1 CREATININA 0.3 LEUCOS 19520 NEUTROS 87% LINFOS 5300 HB 8.7 TP 19.4 TPT 26 INR 1.4

Gases arteriales con alcalosis respiratoria, con trastorno moderado de la oxigenación.

Paciente con pancreatitis aguda severa con colección peripancreática asociada, persiste respuesta inflamatoria sistémica, sin embargo en el momento estabilidad hemodinámica, sin soporte vasoactivo. Se revisan imágenes de tomografía en conjunto con el servicio de radiología intervencionista, con quienes se discute caso y se concluye que por riesgo beneficio examinando el estado clínico actual de la paciente, respuesta inflamatoria estacionaria en los últimos días, sin mayor alteración en los gases arteriales, continuar manejo expectante y no realizar intervenciones a colección peripancreática, continúa vigilancia clínica estricta, atentos a evolución clínica.

MEDICO : EDGAR GERMAN JUNCA BURGOS
ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL

RM: 79388062

NOTA MEDICA

FECHA: 14/02/2018 HORA: 12:21:47

Unidad de cuidado intensivo

Turno Dia

Fecha de ingreso UCI 08/02/17

Fecha de ingreso HUN 08/02/17

Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda

CC 52998156

33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)

1.1 Colección pancreática abscedada

1.2. Colelitiasis con colecistitis

1.3 Riesgo intermedio de coledocolitiasis

2. Falla respiratoria hipoxémica

3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis

4. Posparto mediato 10/01/17

RESUMEN DE HISTORIA

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria
Hipertensión intraabdominal

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12
Nutrición enteral 70cc/hora
Lactato de ringer 70cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospital FI 05/02/2018 FF 08/02/2018
Meropenem FI 12/02/18

Aislamientos

08/02/2018 Urocultivo negativo, Hemocultivos en proceso

S// Paciente refiere dolor abdominal, sin agitación, persistencia de picos febriles en registros de enfermería.

Examen físico: Paciente con signos vitales TA 132/84/105 FC 119 FR 26 T 37,2 Sat 90 % FIO2 28 %.

Balance de líquidos 24 horas: Administrados 2158 Eliminados 1900 BH +258 Gasto urinario 1,0 cc/kg/hora
Glucometría 109 mg/dl

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas
Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclínicos

TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN CON CONTRASTE.

Datos clínicos: pancreatitis.

Técnica: el equipo de defecto de 80 canales se realiza adquisición volumétrica del abdomen con registro en fase portal, reconstrucciones multiplanares con ventana de tejidos blandos.

Hígado:

Abundante cantidad de líquido homogéneo en cavidad abdominal comprometiendo recesos pélvicos, goteras parietocólicas y líquido interasas en el epigastrio y mesogastrio. Existe líquido heterogéneo con zonas densas sugestivas de focos de sangrado/coágulos en la transcavidad de los epiplones adyacente a la cola del páncreas. El páncreas presenta realce heterogéneo con el medio de contraste con aumento del tamaño de predominio hacia la cola, con pequeña zona hipodensa que no realza sugestivo de foco de necrosis.

Hígado de forma, tamaño y contornos normales sin lesiones focales o difusas.

Vesícula biliar pobremente distendida, de pared delgada con líquido perivesicular. Vía biliar no dilatada.

Bazo, páncreas, riñones y glándulas suprarrenales de aspecto normal sin lesiones focales.

TJ.0 *HOSVITAL*

Usuario: JLOPEZG JUAN NICOLAS LOPEZ GUZMAN

RESUMEN DE HISTORIA

Vejiga colapsada con balón de sonda en su interior.

Útero de aspecto normal. No hay masas anexiales.

Cámara gástrica distendida, de paredes delgadas sin lesiones. Resto del tracto gastrointestinal colapsado lo que limita su adecuada valoración.

Estructuras vasculares del retroperitoneo en curso y calibre normal. No hay adenomegalias.

Estructuras óseas sin lesiones.

Líquido laminar de aspecto libre en cavidad pleural izquierda con atelectasias bibasales.

CONCLUSIÓN:

- HALLAZGOS QUE PUEDEN CORRESPONDER A PANCREATITIS NECROZANTE HACIA LA COLA DEL PÁNCREAS CON COMPROMISO MENOR DEL 30%.
- ABUNDANTE LÍQUIDO EN CAVIDAD ABDOMINAL EN LOS 4 CUADRANTES.
- EN LA TRANSCAVIDAD DE LOS EPIPLONES COLECCIÓN CON DENSIDAD HETEROGÉNEA QUE SUGIERE SANGRADO.
- ESCASO LÍQUIDO PLEURAL IZQUIERDO. ATELECTASIAS BIBASALES.

Paraclínicos

BT 0.44 BD 0.24 BI 0.20 AST 43.5 ALT 62.8 Mg 1.8 PCR 356
WBC 17820 N 85 % HB 7.5 Hcto 21.8 Pq 325000

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad cursa con diagnósticos conocidos evolución clínica tórpida por recurrencia de respuesta inflamatoria sistémica, además con dolor abdominal e intolerancia a nutrición enteral, se considera por el momento inicio de nutrición parenteral para lograr demandas metabólicas ya que por ahora no es posible administrar vía enteral, se continúa manejo médico establecido, manejo antibiótico y vigilancia clínica en unidad de cuidado intensivo, los paraclicínicos de control demuestran disminución de leucocitosis sin embargo con aumento de la PCR, se esperara evolución clínica, debe continuar manejo en unidad de cuidado intensivo, por ahora no es posible liberación de ventilación mecánica por importante compromiso inflamatorio persistente. Ha presentado episodios de taquicardia ventricular no sostenida con calcio en gases arteriales de 1.16 se considera inicio de calcio endovenoso y seguimiento clínico

Plan

Unidad de cuidado intensivo

Nutrición parenteral

Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP

Lactato ringer a 1cc/kg por hora (Incluyendo nutrición parenteral)

Nutrición enteral 70cc/hora

Meropenem 2 gr iv cada 8 horas (FI 12/02/18)

Enoxaparina 40 mg sc cada día

Omeprazol 20 mg vo cada día

Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas

Trazodona 50 mg vo cada día

Gluconato de calcio 1 amp iv cada 8 horas

Enjuagues con clorhexidina

Manejo en cuidado intensivo

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO

RM: 91106137

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 14/02/2018 HORA: 12:44:11

SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: JLOPEZG JUAN NICOLAS LOPEZ GUZMAN

RESUMEN DE HISTORIA

Paciente de 33 años con diagnósticos:

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
 - 1.1 Colección pancreática abscedada
 - 1.2. Colelitiasis con colecistitis
 - 1.3 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Paciente femenina de 33 años de edad, en ventilación mecánica, e imposibilidad a la vía oral, cursa con diagnósticos conocidos evolución clínica tórpida por recurrencia de respuesta inflamatoria sistémica, además con dolor abdominal e intolerancia a nutrición enteral, se considera por el momento inicio de nutrición parenteral para suministro de calorías y nutrientes. Glucometría: 109 mg/dL

Según reporte de enfermería paciente presenta episodio de emesis, se suspende nutrición enteral. Se inicia soporte nutricional parenteral total, con los siguientes aportes:

CALORIAS TOTALES: 1508 (86 % VCT)

CALORIAS/KG: 21

AMINOACIDOS (g/Kg/día): 1.4

DEXTROSA (mg/Kg/min): 1.5

LIPIDOS (g/Kg/día): 0.85

Relación Cal no proteicas/g N2: 69

Calcio mEq/ día: 15

Magnesio mEq/ día: 18

Fosforo mMol/día: 30

Vitaminas Vial: 5 ml

Elementos traza: 5 ml

MEZCLA DE SOPORTE PARENTERAL:

Aminoácidos al 10%: 1008 ml

DAD 50%: 311 ml

Lípidos 20%: 288 ml

Gluconato de Ca: 33.3 ml

Sulfato de Mg: 11.1 ml

Glicerofosfato de Sodio: 30 ml

Vitaminas Vial: 5 ml

Elementos traza: 5 ml

VOLUMEN TOTAL/ 24 horas: 1691 ml

VELOCIDAD DE INFUSION: 70 ml/hora.

De acuerdo a evolución se realizaran ajustes en el manejo nutricional.

MEDICO : MARTHA LILIANA MIRA ALVARADO

RM: 945

ESPECIALIDAD: NUTRICION

NOTA MEDICA

FECHA: 14/02/2018 HORA: 13:03:43

Infectología seguimiento Lady Castañeda 33 años hospitalizada en la cama 17 de cuidado intensivo con pancreatitis severa de origen biliar colección peripancreática en tomografía del 12 de febrero ascitis en gran

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: JLOPEZG JUAN NICOLAS LOPEZ GUZMAN

RESUMEN DE HISTORIA

cantidad drenada por parte de radiología intervencionista pendiente cultivo de líquido peritoneal actualmente en manejo antibiótico con meropenem 2 gramos de cada 8 modulación parcial de respuesta inflamatoria por ahora igual manejo esperamos reporte definitivo de cultivo

MEDICO : CARLOS SAAVEDRA TRUJILLO
ESPECIALIDAD: INFECTOLOGIA

RM: 91251053

NOTA MEDICA

FECHA: 14/02/2018 HORA: 14:43:07

Unidad de cuidado intensivo

Turno tarde

Fecha de ingreso UCI 08/02/17

Fecha de ingreso HUN 08/02/17

Prioridad 1 Estancia Intensivo

Paciente de 33 años con diagnósticos:

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
 - 1.1 Colección pancreática abscedada
 - 1.2 Colelitiasis con colecistitis
 - 1.3 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa

Falla respiratoria mixta

Oliguria - Hipertensión intraabdominal - restricción para la ventilación?

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 12

Nutrición enteral 70cc/hora

S// Paciente refiere dolor abdominal, y le incomoda la falta de sueño. niega disnea.

Examen físico: Paciente con signos vitales TA 136/85 (93) FC 115 FR 28 T 37.62 Sat 97 % FIO2 28 %.

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos ritmicos no se

auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con

estertores finos

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas

Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

neuro no focalizada, RASS 0, obedece ordenes sencillas, se comunica escribiendo y en forma no verbal

* Sin distermias en la mañana

* Glucometria 86

* LA 480cc LE 950cc balance -470cc, gasto urinario 2.1cc/kg/h

Paraclínicos

BT 0.44 BD 0.24 BI 0.20 AST 43.5 ALT 62.8 Mg 1.8 PCR 356

WBC 17820 N 85 % HB 7.5 Hcto 21.8 Pq 325000

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: JLOPEZG JUAN NICOLAS LOPEZ GUZMAN

RESUMEN DE HISTORIA

Análisis

Paciente quien cursa con pancreatitis aguda biliar severa con complicaciones locales relacionadas. El principal problema actual es el requerimiento de soporte ventilatorio el cual se encuentra en relacion con la gran distension abdominal y efecto de aumento de elastancia toracica. ademas, con respuesta inflamatoria dada por picos febriles por lo que se inició manejo antibiotico en forma empirica, y por el momento se difiere el drenaje de la gran coleccion evidenciada en la ultima tomografia dado el riesgo inherente al procedimiento. luego de la paracentesis se evidenció mejoría del gasto urinario, pero preocupa nuevamente aumento progresivo del diametro abdominal, por lo que se realizara seguimiento estrecho a la presion intraabdominal pues tiene riesgo elevado de desarrollar hipertension intraabdominal y sindrome compartimental. Está pendiente inicio de nutricion parenteral. se solicita interconsulta a terapia ocupacional. se disminuye liquidos de base.

Plan

Unidad de cuidado intensivo
Nutricion parenteral
Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP
Lactato ringer a 0.5cc/kg por hora (Incluyendo nutrición parenteral)
Nutrición enteral 70cc/hora
Meropeném 2 gr iv cada 8 horas (FI 12/02/18)
Enoxaparina 40 mg sc cada día
Omeprazol 20 mg vo cada dia
Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas
Trazodona 50 mg vo cada dia
Gluconato de calcio 1 amp iv cada 8 horas
Enjuagues con clorhexidina
Manejo en cuidado intensivo

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 80085694

NOTA MEDICA

FECHA: 14/02/2018 HORA: 22:15:35

Unidad de cuidado intensivo
Turno Noche
Dr Mora intensivista
Residente Peña

Fecha de ingreso UCI 08/02/17
Fecha de ingreso HUN 08/02/17
Prioridad 1 Estancia intensivo

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
- 1.1 Colección pancreática abscedada
- 1.2. Colelitiasis con colecistitis

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: JLOPEZG JUAN NICOLAS LOPEZ GUZMAN

RESUMEN DE HISTORIA

- 1.3 Hipertensión intraabdominal
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica
Oliguria
Hipertensión intraabdominal

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 14 VT 475
Nutrición enteral 70cc/hora
Lactato de ringer 70cc/hora

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018
Meropenem FI 12/02/18

Aislamientos

08/02/2018 Urocultivo negativo, Hemocultivos en proceso

S// Paciente refiere persistencia de dolor abdominal que modula con analgesia, ha persistido febril, sin agitación. No se registran otras novedades

Examen físico: Paciente con signos vitales TA 148/84/105 FC 110 FR 23 T 37,9 Sat 97 % FIO2 28 %.

Balance de líquidos: Administrados 900 Eliminados 1330 Gasto urinario 1.5 cc/kg/hora

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas
Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclínicos : No hay nuevos por reportar

Análisis

Mujer de 33 años de edad cursa con diagnósticos anotados, evolución clínica estática con recurrencia de respuesta inflamatoria sistémica. No ha requerido soporte vasopresor, adecuado gasto urinario, aun con requerimiento de VMI. Continúa manejo antibiotico de momento no se considera necesario intervención de coleccion documentada mediante estudio imagiologico.
Sigue igual manejo, control de paraclínicos mañana.

Plan

7.J.0 *HOSVITAL*

Usuario: JLOPEZG JUAN NICOLAS LOPEZ GUZMAN

RESUMEN DE HISTORIA

Unidad de cuidado intensivo
Nutrición parenteral
Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP
Lactato ringer a 1cc/kg por hora (Incluyendo nutrición parenteral)
Nutrición enteral 70cc/hora
Meropenem 2 gr iv cada 8 horas (FI 12/02/18)
Enoxaparina 40 mg sc cada día
Omeprazol 20 mg vo cada día
Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas
Trazodona 50 mg vo cada día
Gluconato de calcio 1 amp iv cada 8 horas
Enjuagues con clorhexidina
Manejo en cuidado intensivo
Paraclínicos mañana

MEDICO : JAVIER ANDRES MORA ARTEAGA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 80039257

NOTA MEDICA

FECHA: 15/02/2018 HORA: 11:34:56

Unidad de cuidado intensivo
Turno Dia

Fecha de ingreso UCI 08/02/17
Fecha de ingreso HUN 08/02/17
Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
 - 1.1 Colección pancreática -- Hematoma
 - 1.2 Necrosis 30 % cola del páncreas
 - 1.3. Colelitiasis con colecistitis
 - 1.4 Hipertensión intraabdominal
2. Falla respiratoria hipoxémica por restricción pulmonar
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica por restricción pulmonar
Hipertensión intraabdominal

Soportes

Ventilación mecánica invasiva BiLEVEL parámetros FIO2 28 PIns: 8 PS: 14 VT 475
Nutrición enteral 70cc/hora
Lactato de ringer 70cc/hora

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: JLOPEZG JUAN NICOLAS LOPEZ GUZMAN



RESUMEN DE HISTORIA

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018
Meropenem FI 12/02/18

Aislamientos

08/02/2018 Urocultivo negativo, Hemocultivos en proceso

S// Paciente refiere persistencia de dolor abdominal picos febriles durante la mañana

Examen físico: Paciente con signos vitales TA 128/74/83 FC 90 FR 20 T 37,9 Sat 97 % FiO2 28 %.
Glucometría 80

Balance de líquidos: Administrados 1795 Eliminados 2150 Gasto urinario 1.2 cc/kg/hora Balance acumulado total +9008

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos
Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas
Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclínicos

BUN 11.0 Creat 0.39 BT 0.32 BD 0.17 BI 0.15 Na 139 K 3.78 Cl 101.0 Ca 8.0 Mg 1.86
WBC 14720 N 12340 Hb 7.0 Hcto 20.7 Pq 361000

Gases Arteriales

PH 7.472, PCO2 32,9MMHG, PO2 67,6MMHG, HCO3 23,5mmol/L, BE -0.0, SATO2 93%, PAFI 241, FIO2 0.28, lactato 0.83mmol/L

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad cursa con pancreatitis aguda severa de origen biliar con evolución hacia la mejoría mejoría de taquicardia tolerando disminución de soporte respiratorio con leucocitosis en descenso, se considera intentar extubación dado la mejoría desde el punto de vista respiratorio
Desde el punto de vista infeccioso mejoría de la respuesta inflamatoria sistémica sin embargo persiste con fiebre, hasta el momento cultivos en sangre y líquido peritoneal negativos, se continúa manejo antibiótico y se estará expectante a evolución clínica.
Por ahora con soporte nutricional parenteral dado intolerancia a nutrición enteral, se vigilará evolución para definir reinicio de nutrición enteral
Requiere continuar manejo en unidad de cuidado intensivo de acuerdo a evolución se determinarán conductas adicionales

Plan

Unidad de cuidado intensivo
Nutrición parenteral
Ventilación mecánica invasiva modo SPN CPAP --- Intentar extubación ---

RESUMEN DE HISTORIA

Lactato ringer a 1cc/kg por hora (Incluyendo nutrición parenteral)

Nutrición enteral 70cc/hora

Meropenem 2 gr iv cada 8 horas (FI 12/02/18)

Enoxaparina 40 mg sc cada día

Omeprazol 20 mg vo cada día

Hidromorfona 0.4 mg iv cada 4 horas

Trazodona 50 mg vo cada día

Gluconato de calcio 1 amp iv cada 8 horas

Enjuagues con clorhexidina

Manejo en cuidado intensivo

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO

RM: 91106137

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 15/02/2018 HORA: 13:03:09

EVOLUCIÓN DEL SERVICIO: CIRUGÍA GENERAL

CIRUJANO DR R TORRES

Residente: A JIMENEZ

Paciente de 33 años con los siguientes diagnósticos.

Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018) con coleccion peripancreática.

Colelitiasis con colecistitis aguda

Posparto mediato 10/01/17

S//Dolor abdominal persistente, picos febriles persistentes

O//

TA 148/84/105 FC 96 FR 22 T 37,5 Sat 97 % FIO2 28 %. (3 PICOS FEBRILES EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS)

Balance de líquidos: Administrados 900 Eliminados 1330 Gasto urinario 1.5 cc/kg/hora

Soportes

Ventilación mecánica invasiva SPN CPAP parámetros FIO2 30 PEEP: 8 PS: 14 VT 475

Nutrición enteral 70cc/hora

Lactato de ringer 70cc/hora

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018

Meropenem FI 12/02/18

Aislamientos

08/02/2018 Urocultivo negativo, Hemocultivos en proceso

EF: Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardíacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos.

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas

Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

RESUMEN DE HISTORIA

Paraclínicos:

14.02 SODIO 141 POTASIO 4.3 CLORO 102. 13.02 BUN 8.7 BILIRRUBINA T 0.3 DIRECTA 0.1 CREATININA 0.3 LEUCOS 19520 NEUTROS 87% LINFOS 5300 HB 8.7 TP 19.4 TPT 26 INR 1.4

Gases arteriales con alcalosis respiratoria, con trastorno moderado de la oxigenación.

A// Paciente con pancreatitis aguda severa con coleccion peripancreática asociada, persiste respuesta inflamatoria sistémica con parcial modulación, sin requerimiento de soporte vasopresor, soporte ventilatorio en disminución, en el momento, sin indicación de manejo quirúrgico de urgencias, continuar manejo conservador y no realizar intervenciones a colección peripancreática, continúa vigilancia clinica estricta, atentos a evolución clinica.

MEDICO : RAUL ENRIQUE TORRES CUESTA
ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL

RM: 11201869

NOTA MEDICA

FECHA: 15/02/2018 HORA: 13:41:22
SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL

Paciente de 33 años con diagnósticos:

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
 - 1.1 Colección pancreática abscedada
 - 1.2 Colelitiasis con colecistitis
 - 1.3 Riesgo intermedio de coledocolitiasis
2. Falla respiratoria hipoxémica
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Paciente femenina de 33 años de edad, en ventilación mecánica, e imposibilidad a la vía oral, cursa con diagnósticos conocidos evolución clínica tórpida por recurrencia de respuesta inflamatoria sistémica, además con dolor abdominal e intolerancia a nutrición enteral, se considera por el momento inicio de nutrición parenteral para suministro de calorías y nutrientes. Glucometría: 80 mg/dL

Se encuentra paciente extubada. Continúa sin vía oral y en manejo con soporte nutricional parenteral. Soporte nutricional parenteral total, se incrementa aporte de carbohidratos, queda con los siguientes aportes:

CALORIAS TOTALES: 1614 (92 % VCT)
CALORIAS/KG: 22
AMINOACIDOS (g/Kg/día): 1.4
DEXTROSA (mg/Kg/min): 1.8
LIPIDOS (g/Kg/día): 0.8
Relación Cal no proteicas/g N2: 75
Calcio mEq/ día: 15
Magnesio mEq/ día: 18
Fosforo mMol/día: 30
Vitaminas Vial: 5 ml
Elementos traza: 5 ml

MEZCLA DE SOPORTE PARENTERAL:
Aminoácidos al 10%: 1008 ml



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

Pag: 59 de 119
Fecha: 05/03/18

RESUMEN DE HISTORIA

DAD 50%: 373 ml
Lípidos 20%: 288 ml
Gluconato de Ca: 33.3 ml
Sulfato de Mg: 11.1 ml
Glicerofosfato de Sodio: 30 ml
Vitaminas Vial: 5 ml
Elementos traza: 5 ml
VOLUMEN TOTAL/ 24 horas: 1754 ml
VELOCIDAD DE INFUSION: 73 ml/hora.

De acuerdo a evolución se realizaran ajustes en el manejo nutricional.

DR Carlos Zapata ND Rosa Lucía Rodríguez.
Equipo Soporte Nutricional.

MEDICO : ROSA LUCIA RODRIGUEZ DIAZ
ESPECIALIDAD: NUTRICION

RM: 41758437

NOTA MEDICA

FECHA: 15/02/2018 HORA: 16:47:33
Unidad de cuidado intensivo
Turno Tarde

Fecha de ingreso UCI 08/02/17
Fecha de ingreso HUN 08/02/17
Prioridad 1 Estancia Intensivo

Lady Patricia Castañeda
CC 52998156
33 años

Diagnósticos

1. Pancreatitis aguda severa necrosada de origen biliar APACHE 14 Marshall 2 (08/02/2018)
- 1.1 Colección pancreática -- Hematoma
- 1.2 Necrosis 30 % cola del páncreas
- 1.3. Coelitis con colecistitis
- 1.4 Hipertensión intraabdominal
2. Falla respiratoria hipoxémica por restricción pulmonar en resolución
3. Derrame pleural bilateral asociado a pancreatitis
4. Posparto mediato 10/01/17

Problemas

Pancreatitis aguda severa
Falla respiratoria hipoxémica por restricción pulmonar
Hipertensión intraabdominal

Soportes

Nutrición enteral 70cc/hora
Lactato de ringer 70cc/hora

RESUMEN DE HISTORIA

Accesos

Tubo orotraqueal FI 08/02/2018
Catéter central de acceso periférico
Sonda vesical

Antimicrobiano

Meropenem extrahospitalario FI 05/02/2018 FF 08/02/2018
Meropenem FI 12/02/18

Aislamientos

08/02/2018 Urocultivo negativo, Hemocultivos en proceso

S// Tolera adecuadamente extubación, adecuado control del dolor

Examen físico: Paciente con signos vitales TA 125/75/94 FC 92 FR 27 T 37,7 Sat 97 % FiO2 28 %.
Glucometría 80

Balance de líquidos: Administrados 450 Eliminados 650 Gasto urinario 1.5 cc/kg/hora

Mucosa oral semihúmeda, conjuntivas normocromicas, cuello no masas no adenopatías, Ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos ruidos respiratorios con disminución del murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores finos

Abdomen distendido, timpánico, no dolor a la palpación, no se palpan masas

Extremidades eutróficas sin edemas, fuerza y sensibilidad conservada RASS 0

Paraclínicos

BUN 11.0 Creat 0.39 BT 0.32 BD 0.17 BI 0.15 Na 139 K 3.78 Cl 101.0 Ca 8.0 Mg 1.86
WBC 14720 N 12340 Hb 7.0 Hcto 20.7 Pq 361000

Gases Arteriales

PH 7.472, PCO2 32.9MMHG, PO2 67.6MMHG, HCO3 23.5mmol/L, BE -0.0, SATO2 93%, PAFI 241, FIO2 0.28, lactato 0.83mmol/L

Análisis

Paciente femenina de 33 años de edad cursa con pancreatitis aguda severa de origen biliar con evolución hacia la mejoría mejoría tolero de forma adecuada extubación, de momento sin dificultad respiratoria

No tiene requerimiento de soporte vasopresor el día de hoy sin nuevos picos febriles en manejo antibiótico de amplio espectro de momento, hasta el momento con cultivos negativos

Soporte nutricional parenteral dado poca tolerancia de nutrición enteral previamente, por ahora requiere única vía (acceso central de inserción periférica) para administración de nutrición enteral, y vías periféricas para administración de medicamentos, se decide inicio de vía oral con dieta líquida clara para evaluar tolerancia, se ajusta analgesia

Cursa con anemia de momento sin requerimiento transfusional se realizara seguimiento estricto, a pesar que persiste taquicardia se considera descartar otras causas como dolor y persistencia de respuesta inflamatoria sistémica

Requiere continuar manejo en unidad de cuidado intensivo por extubación reciente, continúa manejo médico, por ahora sin necesidad de intervención de hematoma y colección peripancreática conocida

Plan

Unidad de cuidado intensivo
Nutrición parenteral

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: JLOPEZG JUAN NICOLAS LOPEZ GUZMAN