

PACIENTE ALVARO IBÁÑEZ MUÑOZ HISTORIA No. 0346071 CAMA No. AGO 25/2.004
 CIRUJANO DR. JUAN PABLO UMAÑA AYUDANTES DR. PIÑEROS
 ANESTESIA GENERAL ANESTESIOLOGO DR. RINCÓN
 ENFERMERA QUIRURGICA _____ ENFERMEDAD CORONARIA CRITICA DE 3 VASOS
 DIAGNOSTICO PREOPERATORIO REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA CON ARTERIA
 DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO MAMARIA INTERNA IZQUIERDA A LA DESCENDENTE
 CIRUGIA ANTERIOR, ARTERIA MAMARIA DERECHA
RETROAÓRTICA AL RAMOS INTERMEDIO, PUENTE
 TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGIA DE SAFENA A LA OBTUSA MARGINAL Y PUENTE DE
SAFENA A LA DESCENDENTE POSTERIOR

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO: Bajo anestesia general, utilizando técnica aséptica, a través de incisiones interrumpidas se realiza una Safenectomía en miembro inferior izquierdo, se realiza cierre por planos con prolene 3.0 en tejido celular subcutáneo y sutura de piel con Monocryl 4.0 intradérmica. Simultáneamente se practica esternotomía mediana, se bajo la arteria mamaria interna izquierda, seguida de la arteria mamaria interna derecha esqueletizándolas, previa Heparinización, se dejan las mamas distalmente y se inyectaron con nitroglicerina para dilatarlas, una vez divididas y preparadas las mamas se abrió el pericardio y se suspendió, después de lo cual se procedió a colocar jareta con etibon 3.0 en la aorta ascendente para asegurar la canula aortica y jareta con etibon 2.0 a través de la auriculilla derecha para asegura la canula cavo atrial, se coloca jareta con prolene 4.0 en la aurícula derecha para asegurar el catéter de cardioplejia retrograda y en la aorta ascendente proximal pasar el catéter de cardioplejia anterograda, una vez confirmado el tiempo de coagulación activado menos de 480 segundos y se inicia la circulación extracorpórea, se realiza pinzamiento de aorta induciendo arresto hipercalemico mediante inyección de cardioplejia sanguínea en la raíz aortica, seguido de la cardioplejia fue redosificada cada 20 minutos después de cada puente a través del catéter de cardioplejia retrograda y los puente. Una vez parado el corazón se identifico la descendente posterior, la cual es un vaso de buen calibre, tamaño y calidad al cual se anastomoso un puente de safeno en forma termino lateral con un sutura continua de prolene 7.0, una vez completada una adecuada hemostasia a nivel de la línea sutura se midió el puente y se anastomoso a la aorta ascendente proximal después de realizar una continua...

Firma Dr.: _____

Código _____



Copias No. Para _____

Transcripción por _____

Día Mes Año

Hora Min.

PACIENTE ALVARO IBÁÑEZ MUÑOZ HISTORIA No. 0346071 CAMA No. AGO 26/2.004

CIRUJANO _____ AYUDANTES _____

ANESTESIA _____ ANESTESIOLOGO _____

ENFERMERA QUIRURGICA _____

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO _____

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO _____

CIRUGIA _____

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGIA _____

PROCEDIMIENTO

...continuación

Aortotomía circular de 4 mm, la anastomosis se realizo en forma termino lateral con una sutura continua de prolene 6.0. a continuación se identifico la obtusa marginal el cual era un vaso de buen calibre con enfermedad proximal la cual fue abierta en su tercio medio anastomosando el segundo puente de safena en forma terminal con una sutura continua de prolene 7.0, una vez completada la anastomosis y confirmada una adecuada hemostasia a través de la misma, se midió el puente y se anastomoso a la aorta ascendente proximal con una sutura continua de prolene 6.0, una vez completados estos dos puentes se procedió a pasar la mamaria interna derecha posición retroaórtica anastomosándola a un ramos intermedio de aproximadamente 2.5 mm de diámetro de excelente calidad, la anastomosis se realizado en forma termino lateral con una sutura continua de prolene 7.0. una vez completada la anastomosis de la arteria mamaria interna derecha al ramos intermedio se posiciona el corazón para disecar la arteria descendente anterior por un vaso de aproximadamente 2.5 mm de diámetro al cual se anastomoso la arteria mamaria interna izquierda en forma termino lateral con sutura continua de prolene 7.0, una vez completada una adecuada hemostasia a nivel de las líneas de sutura y buen flujo a través de las anastomosis, se coloco el paciente en posición de Trendelenburg, y con la succión de la raíz de la aorta se retira pinza, el corazón fue reperfundido hasta restablecer ritmo sinusal, se sale de circulación extracorpórea sin dificultad, se retira catéter de cardioplejia retrograda y se decanula el paciente, se administra Protamina para revertir efecto de heparina, una vez confirmada adecuada hemostasia, se insertan tubos continua...

Firma Dr.: _____

Código _____



Copias No. Para _____

Transcripción por _____

Día Mes Año

Hora Min.

PACIENTE ALVARO IBÁÑEZ MUÑOZ HISTORIA No. 0346071 CAMA No. AGO 25/2.004

CIRUJANO _____ AYUDANTES _____

ANESTESIA _____ ANESTESIOLOGO _____

ENFERMERA QUIRURGICA _____

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO _____

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO _____

CIRUGIA _____

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGIA _____

PROCEDIMIENTO

...continuación

de tórax bilaterales, tubo de drenaje mediastinal anterior y un marcapaso transitorio en la cara anterior del ventrículo derecho, una vez reconfirmada la hemostasia se reaproxima el esternón con acero 7.0 inoxidable y cerclajes parciales bilaterales, la incisión se cerro por planos con prolene 0 y Monocryl 3.0.

No complicaciones, se traslada la paciente a la unidad de cuidado intensivo para manejo postoperatorio.


Firma Dr.: DR. JUAN PABLO UMAÑA
Código 79159344

 **FUNDACION
CARDIO-INFANTIL**
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
30 años
DESCRIPCION QUIRURGICA

Copias No. Para Mireya
Fecha de dictado: septiembre 10/04 (5.4)
Fecha de transcripción: septiembre 10/04 (4206)

Transcripción por _____

Día Mes Año

Hora Min.

Día	Mes	Año

Paciente ALVARO IBÁÑEZ MUÑOZ Historia No. 0346071
Médico DR. JUAN PABLO UMAÑA
Fecha Ingreso AGOSTO 24 DE 2.004 Fecha Egreso AGOSTO 31 DE 2.004
Dx. Admisión ENFERMEDAD CORONARIA DE TRES VASOS
Dx. Egreso POSTOPERATORIO DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

- | | |
|---|---|
| 1. MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN | 5. INSTRUCCIONES AL PACIENTE: Medicación, Indicaciones. |
| 2. HALLAZGOS: Ex. Físico, Lab., Otros | Tratamiento futuro, Citas, Otros. |
| 3. TRATAMIENTO: Médico, Quirúrgico, Evolución, Interconsulta, Otros | 6. DIAGNOSTICO DE EGRESO |
| 4. CONDICION DEL PACIENTE AL EGRESO | 7. DESTINO DEL PACIENTE |

Se trata de un paciente de 54 años de edad, procedente de Estados Unidos con cuadro de 15 años de evolución de dolor precordial de esfuerzo el cual ha venido incrementando en los últimos meses, el paciente tuvo una angioplastia con Stent en el 2.001 a la coronaria derecha y se mantuvo asintomático hasta hace aproximadamente 2 meses cuando presentó nuevamente angina por lo cual consulto un cardiólogo quien solicitó un cateterismo. El cateterismo fue realizado en la Fundación Cardio Infantil el día del ingreso mostrando una descendente anterior 80%, primera diagonal 95%, obtusa marginal 90% y una lesión intra Stent de la coronaria derecha del 60%.

ANTECEDENTES: Extabaquismo, hipertensión y dislipidemia manejado con Atenolol, Nitrito de Isosorbide y Lovastatina.

El día 25 de agosto/2.004 el paciente fue llevado a cirugía realizándose una revascularización miocárdica de 4 vasos utilizando la arteria mamaria interna izquierda a la descendente anterior, arteria mamaria interna derecha al ramos intermedio y puente de safena a la obtusa marginal y descendente posterior.

El paciente evoluciona satisfactoriamente el postoperatorio, es trasladado a la unidad de cuidado intensivo en donde aproximadamente 8 horas más tarde presentó sangrado que requirió reintervención encontrándose que se había un clip en el puente de safena a la obtusa marginal, el sangrado fue controlado sin dificultad y el paciente continua evolucionando satisfactoriamente en la unidad de cuidado intensivo siendo trasladado al piso el día 27 de agosto/2.004.

En el piso el paciente fue manejado de acuerdo con el protocolo con Dipirona y acetaminofen para el dolor, aspirina 100 mg vía oral cada día, Metoprolol 25 mg vía oral cada 12 horas, Lovastatina 20 mg vía oral cada día, furosemida y Gluconato de potasio.

El día 29 de agosto/2.004 se asocio Enalapril 5 mg vía oral cada 12 horas con lo cual el paciente continua evolucionando satisfactoriamente con disminución marcada del edema periférico y buena tolerancia al ejercicio, es de anotar que el paciente debido a posicionamiento sobre la mesa de cirugía presentó edema de la región hipotelar izquierda con parestesias de pulgar, índice y dedo medio.

Continua...

Firma Dr.: _____
Código _____



Copias No. Para _____

Transcripción por _____

Día	Mes	Año

Día	Mes	Año

Paciente ALVARO IBÁÑEZ MUÑOZ Historia No. 0346071
Médico _____
Fecha Ingreso _____ Fecha Egreso _____
Dx. Admisión _____
Dx. Egreso _____

- | | |
|---|---|
| 1. MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN | 5. INSTRUCCIONES AL PACIENTE: Medicación, Indicaciones, Tratamiento futuro, Citas, Otros. |
| 2. HALLAZGOS: Ex. Físico, Lab., Otros | 6. DIAGNOSTICO DE EGRESO |
| 3. TRATAMIENTO: Médico, Quirúrgico, Evolución, Interconsulta, Otros | 7. DESTINO DEL PACIENTE |
| 4. CONDICION DEL PACIENTE AL EGRESO | |

...continuación

El paciente fue visto por Ortopedia, quienes ordena radiografía la cual no mostró lesión ósea, se colocó una férula con lo cual mejoró progresivamente encontrándose buen rango de movimiento y leves parestesias en los dedos en el momento de la salida.
El día 31 de agosto/2.004 el paciente se encontraba en excelentes condiciones generales por lo cual se decidió dar de alta para control por consulta externa.

DR.  **JUAN PABLO UMAÑA**
Firma Dr.: _____
Código 79159344

 **FUNDACION
CARDIO-INFANTIL**
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
30 años
RESUMEN MEDICO DE EGRESO

Copias No.
Fecha de dictado: Septiembre 08/04 (3.9)
Transcripción por _____
Fecha de transcripción: septiembre 2004 (4203)

Día Mes Año