

DATOS PACIENTE

FECHA: 9 abr. 2018 HORA: 15 : 43 ADMISIÓN: U 2018 65577 ENTIDAD: E.P.S. SANITAS

PACIENTE: CC 20276897 NOMBRES Y APELLIDOS: DORIS ELENA LOZANO VERGARA

EDAD: 79 AÑOS SEXO: FEMENINO GRUPO SANGUINEO: FACTOR RH:

MOTIVO CONSULTA

INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR: HERMANA

MOTIVO DE CONSULTA: "ESTA COMO DESORIENTADO"

ENFERMEDAD ACTUAL: PAICNETE ADULTO MAYRO CONCUADRO CLINO DE LARGA DATA COSNISTEN EN DISCOFRT GENERALIZADO SENSsION DE PERSECUCION, Y SENSASION FEBRIL SUBETIVA, ANTECEDENTE HTA CONTROLADA E HIPOTIRODISMO, EN INTERRAGATORIA DIRIGIDO SE EVIDENCI SINTOAS REPSIRTAORIAS BAJOS, SIGNOSTAS IRRITTIVOS URINARIOS BAJOS, DE MOENTO PACINETE LUCE ANSIOSA CON VERBORREA, SE INDICAN PARACLINO PARA DECSRATAR TRASTORNO MENTAL ORGANICO

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS

EVOLUCIONES

FECHA DE EVOLUCIÓN : 9 abr. 2018 HORA: 17 MINUTO: 14

DIAGNÓSTICO ACTUAL: DEPRESION Y ANSIEDAD CON SINTOMAS PSICOTICOS

SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE HACE 20 DIAS DE TRISTEZA ASOCIADO A HIPOREXIA , INSOMNIO, LABILIDAD EMOCIONAL, ANSIEDAD , DELIROIO DE PERSECUSION, MALESTAR GENERAL, ALUSINACIONES VISUALES MIALGIAS GENERALIZADAS , NO OTRO SINTOMAS ANTECENDTEES, PATOLOG PARALISIS INFANTIL ECV HTA HIPOTIROIDISMO TEMBLOR COLON IRRITABLE QX HISTERECTOMIA ALERG NIEGA

I. PARACLÍNICOS: SE REVIS A HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOIS SIN NEUTROFILIA SIN TROMBOCITOPENIA SIN ANEMIA PDEO SIN INFECCION

OBJETIVO: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL CON TA 120/70 FR 17 FC 76 SATO2 95%

CABEZA: MUCOSA ORAL HUMEDA ORF NORMAL CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PUPILAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ Y A LA ACOMODACION. OTOSCOPIA NORMAL SIN PRESENCIA DE SECRECIONES MEMBRANAS TIMPÁNICAS PERLADAS, MASTOIDES NORMAL. RINOSCOPIA NORMAL.

CUELLO: MOVIL. PALPACION DE LA TIRODIDES NORMAL, PULSOS CAROTIDEOS PRESENTES NORMALES, NO INGURGUTACION YUGULAR, NO MASAS.

TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA. PALPACION EN ARCOS COSTALES NO DOLOROSA.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA. NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL NO MASAS, NO MEGALIAS. RUIDOS INTESTINALES PRESENTES

COLUMNA: NORMAL, SIN LIMITACION FUNCIONAL, PUÑO PERCUSION BILATERAL NEGATIVA.

GENITALES: EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS.

EXTREMIDADES: ASPECTO NORMAL, EUTROFICAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES SIMETRICOS ++++/++++ , NO EDEMAS.

ESFERA MENTA PACIENTE ANSIOSA CON ALUSINACIONES VISUALES NI AUDITIVAS

NEUROLOGICO: CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN LAS TRES ESTFERAS PARES CRANEANOS SIN ALTERACION, MOTILIDAD, COORDINACION, SENSIBILIDAD CONSERVADOS, REFLEJOS ++/++++. NO SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA PINRAL

PLAN DE MANEJO: PACIENTE CON CUADRO DE DEPRESION Y ANSIEDAD ASOCIADO A INSOMNIO ASOCOIADO A ALUSINACIONES VISUALES NO AUDITIVAS SIN SIRS EN BUENE STADO GEENRAL SE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIAR RESULTADOS Y POSIBLES PATOLOGIAS SE SOLICITA VALORACION POR PSIQUIRIA

PROFESIONAL: FAISULY TATIANA GUERRA SANTOS

REGISTRO MÉDICO: 52529497

FECHA DE EVOLUCIÓN : 9 abr. 2018 HORA: 17 MINUTO: 25

DIAGNÓSTICO ACTUAL:

SUBJETIVO: PACIENTE CON CUADRO DE DEPRESION Y ANSIEDAD ASOCIADO ASINTOMAS PSICOTICO EN EL MOMENTO NO DISPONIBILIDAD DE PSIQUIATRIA PARA VALORACION POR LO CUAL SE DECIDE DEJAR EN OBSREVACION PARA APLICACION DE MEDICAMENTOS Y SER VALORADA POR PSIQUIATRIA SE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIAR REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR SE COMETA CON MEDICO DE OBSERVACION

I. PARACLÍNICOS:

OBJETIVO:

PLAN DE MANEJO:

PROFESIONAL: FAISULY TATIANA GUERRA SANTOS

DATOS PACIENTE

FECHA: 9 abr. 2018 HORA: 15 : 43 ADMISIÓN: U 2018 65577 ENTIDAD: E.P.S. SANITAS

PACIENTE: CC 20276897 NOMBRES Y APELLIDOS: DORIS ELENA LOZANO VERGARA

EDAD: 79 AÑOS SEXO: FEMENINO GRUPO SANGUINEO: FACTOR RH:

EVOLUCIONES

REGISTRO MÉDICO: 52529497

FECHA DE EVOLUCIÓN : 10 abr. 2018 HORA: 11 MINUTO: 5

DIAGNÓSTICO ACTUAL: 1. DELIRIUM HIPERACTIVO?
2. TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO A ANTECEDENTE DE ACV?
3. EPISODIO PSICOTICO AGUDO

SUBJETIVO: EDAD 79 AÑOS
VIVE CON LA HERMANA
INFORMANTE LA PACIENTE Y LA HERMANA

"ESTA COMO DIFERENTE, NO COME, DICE COSAS RARAS"

I. PARACLÍNICOS:

OBJETIVO: SE TRATA DE PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD MENTAL QUIEN ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE UN MES DE EVOLUCION DE CAMBIOS DEL COMPORTAMIENTO, IDEAS DELIRANTES PERSECUTORIAS, "DEJO DE COMER PORQUE DICE QUE LE ESTAMOS ENVENENANDO LA COMIDA", INSOMNIO, AUMENTO DE LA ACTIVIDAD INTENCIONADA, AGRESIVIDAD CON LAS HERMANAS, NO SE TOMA EL MEDICAMENTO "DICE QUE NO SABE QUE ES LO QUE LE ESTAN DANDO Y NO LO QUIERE RECIBIR", FALSAS PERCEPCIONES "ME DICE QUE ME VE LOS OJOS MAS GRANDES, QUE ESA NO SOY YO", DESREALIZACIÓN, NUNCA ANTES HABÍA PRESENTADO SINTOMAS SIMILARES

A LA VALORACION CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, CON TENDENCIA A LA TAQUILALIA, COLABORA, PENSAMIENTO CON IDEAS DELIRANTES DE TIPO PARANOIDE, AFECTO ANSIOSO, HOSTIL, SENSOPERCEPCION EN EL MOMENTO DE LA VALORACION SIN ALTERACIONES. CON LEVE INQUIETUD MOTORA, INTROSPECCION Y PROSPECCION NULAS, JUICIO COMPROMETIDO

CON LO ANTERIOR SE CONSIDERA

1. LA PACIENTE TIENE ANTECEDENTE DE ACV CON ALGUNAS SECUELAS MOTORAS, FUE VALORADA HACE DOS MESES POR NEUROLOGÍA, DONDE SE EVIDENCIÓ TEMBLOR Y SE INICIÓ CARBIDOPA LEVODOPA, EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN LA PACIENTE COMPLETAMENTE NORMAL, SIN SIGNOS DEPRESIVOS NI TAMPOCO IDEAS DELIRANTES
2. LAS HERMANAS NO HAN NOTADO CAMBIOS DE LA MEMORIA NI DEL COMPORTAMIENTO, LA PACIENTE ES COMPLETAMENTE INDEPENDIENTE, LOS SINTOMAS SE INICIARON EXACTAMENTE HACE UN MES SIN NINGUN PRODROMOS NI CAMBIOS PREVIOS
3. DADO EL ANTECEDENTE DE ACV, LO AGUDO DE LOS SINTOMAS, Y LA RECIENTE INCORPORACIÓN DE CARBIDOPA LEVODOPA, SE DEBE REALIZAR COMO PRIMERA MEDIDA UNA NEUROIMAGEN Y ELECTROLITOS, PARA DESCARTAR UNA CAUSA ORGÁNICA
4. SE INICIA MANEJO DE DELIRIUM CON QUETIAPINA EN DOSIS BAJAS MIENTRAS SE DESCARTA CAUSA ORGANICA Y/O EFECTOS SECUNDARIOS DE LA INCORPORACION DE CARBIDOPA/LEVODOPA, EN CASO DE DESCARTAR CAUSAS ORGANICAS DEBE SER REMITIDA A USM PARA CONTINUAR MANEJO (LA PACIENTE EN LA CASA NO SE TOMA LOS MEDICAMENTOS Y HA ESTADO AGRESIVA CON LOS FAMILIARES)

PLAN DE MANEJO: 1. NEUROIMAGEN, DESCARTAR CAUSA ORGANICA
2. QUETIAPINA TAB X 25 MG 0-0-0-1
3. EN CASO DE AGITACIÓN PSICOMOTORA DAR QUETIAPINA ADICIONAL 25 MG (DOSIS UNICA)

PROFESIONAL: ANDREA DEL PILAR ROA PEÑA

REGISTRO MÉDICO: 53121747

FECHA DE EVOLUCIÓN : 10 abr. 2018 HORA: 11 MINUTO: 30

DIAGNÓSTICO ACTUAL: PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD CON DX
1.DEMENCIA VS DELIRIUM?

SUBJETIVO: PACIENTE EN COMPAÑÍA DE LA HERMANA, REFIERE SENTIRSE BIEN, ASINTOMATICA, NIEGA IDEAS DE MUERTE, DIURESIS POSITIVA, DEPOSICION NEGATIVA.

I. PARACLÍNICOS: 09/04/2018: CUADRO HEMÁTICO: HTO 47.3 HB: 15.7 LEUCOCITOS: 6230 N: 58.8% L: 33.5% PLAQUETAS: 299000
PARCIAL DE ORINA: AMARILLO -TURBIO - PH 5 - LEUCOCITOS 500 - NITRITOS NEGATIVOS - PROTEÍNAS NEGATIVO - HB 10 -
SEDIMENTO CEULAS ++ - HEMATÍES 0-2 XC - LEUCOCITOS 6-8 XC - BACTERIAS ESCASAS - MOCO ++.

OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA
SIGNOS VITALES: TA: 154/94 MMHG FC: 90 LXM FR: 19 RXM T°: 36.3 C SATO2: 93%
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA. CUELLO SIMÉTRICO, MÓVIL. SIN ADENOPATÍAS.
CARDIOPULMONAR: TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE., RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: NO DISTENDIDO, BLANDO, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS, ADECUADO LLENADO CAPILAR.
NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADA, SIN SIGNOS FOCALIZACIÓN APARENTE.

DATOS PACIENTE

FECHA: 9 abr. 2018 HORA: 15 : 43 ADMISIÓN: U 2018 65577 ENTIDAD: E.P.S. SANITAS

PACIENTE: CC 20276897 NOMBRES Y APELLIDOS: DORIS ELENA LOZANO VERGARA

EDAD: 79 AÑOS SEXO: FEMENINO GRUPO SANGUINEO: FACTOR RH:

EVOLUCIONES

PLAN DE MANEJO: PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD CON IDX DEMENCIA VS DELIRIUM, DE UN MES DE EVOLUCION, EN EL MOMENTO ESTABLE CLÍNICAMENTE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN IDEAS DE MUERTE, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESION, VALORADA POR PSIQUIATRIA QUIENES CONSIDERAN REMISIÓN A URGENCIAS DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA TOMA DE TAC VS RMN CEREBRAL PARA DESCARTAR CAUSA ORGANICA, INICIAN QUETIAPINA POR LO DEMAS SE CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO, VIGILANCIA CLÍNICA, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

PROFESIONAL: LINA MARIA SALAZAR CASTAÑO

REGISTRO MÉDICO: 32140273

FECHA DE EVOLUCIÓN : 10 abr. 2018 HORA: 11 MINUTO: 36

DIAGNÓSTICO ACTUAL:

SUBJETIVO:

I. PARACLÍNICOS:

OBJETIVO: *** NOTA ACLARATORIA***
ERROR EN LOGIN, EVOLUCION ANTERIOR REALIZADA POR DR RONALD MARTIN.

PLAN DE MANEJO:

PROFESIONAL: RONALD MAURICIO MARTIN CUESTA

REGISTRO MÉDICO: 1032429165

FECHA DE EVOLUCIÓN : 10 abr. 2018 HORA: 15 MINUTO: 36

DIAGNÓSTICO ACTUAL: PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD CON DX
1.DEMENCIA VS DELIRIUM?

SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, MAS TRANQUILA SIN EMBARGO DICE QUE NO QUIERE SER REMITIDA, NO FIEBRE, NO EMESIS, NO NAUSEA, NO OTRA SINTOMATOLOGIA.

I. PARACLÍNICOS: NO NUEVOS PARA REPORTAR

OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA
SIGNOS VITALES: TA: 150/90 MMHG FC: 75 LXM FR: 18 RXM T°: 36.3 C SATO2: 93%
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA. CUELLO SIMÉTRICO, MÓVIL. SIN ADENOPATÍAS.
CÁRDIOPULMONAR: TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE., RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: NO DISTENDIDO, BLANDO, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS, ADECUADO LLENADO CAPILAR.
NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADA, SIN SIGNOS FOCALIZACIÓN APARENTE.

PLAN DE MANEJO: PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE DEMENCIA VS DELIRIUM, EN EL MOMENTO ESTABLE CLINICA Y HEMODINÁMICAMENTE, AFEBRIL, YA VALORADA POR PSIQUIATRIA QUIENES CONSIDERAN REALIZACION DE NEUROIMAGEN PARA DESCARTAR CAUSA ORGANICA, PENDIENTE REMISION, SE CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

PROFESIONAL: RAFAEL EDUARDO SANTOS

REGISTRO MÉDICO: 1019021152

FECHA DE EVOLUCIÓN : 11 abr. 2018 HORA: 4 MINUTO: 58

DIAGNÓSTICO ACTUAL:

SUBJETIVO:

I. PARACLÍNICOS:

OBJETIVO:

PLAN DE MANEJO: LPACIENTE CON CLINICXA DE DESORIENTACION CRONICA, LABORATYORIOS NORMALES, SE DA DOSIS POR HIPERACTIVIDAD DE BENZDIAZEPINA

PENDIENTE REMISION A URHGENCIAS DE MAYOR COMPLEIFAF

PROFESIONAL: DIEGO DEIVIS PEREZ PACHON

REGISTRO MÉDICO: 80072044

FECHA DE EVOLUCIÓN : 11 abr. 2018 HORA: 12 MINUTO: 25

DATOS PACIENTE

FECHA: 9 abr. 2018 HORA: 15 : 43 ADMISIÓN: U 2018 65577 ENTIDAD: E.P.S. SANITAS

PACIENTE: CC 20276897 NOMBRES Y APELLIDOS: DORIS ELENA LOZANO VERGARA

EDAD: 79 AÑOS SEXO: FEMENINO GRUPO SANGUINEO: FACTOR RH:

EVOLUCIONES

DIAGNÓSTICO ACTUAL: PACIENTE DE 79 AÑOS CON IDX:
1. DELIRIUM HIPERACTIVO?
2. TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO A ANTECEDENTE DE ACV?
3. EPISODIO PSICÓTICO AGUDO

SUBJETIVO: PACIENTE EN COMPAÑÍA DEL HERMANO, QUIEN INFORMA MAL PATRON DEL SUEÑO, CON CRISIS DE ANSIEDAD Y DESORIENTACION EN ESPACIO Y TIEMPO, SOBRE LAS 3 AM QUE REQUIRIÓ DOSIS DE BENZODIAZEPINA. TOLERANDO VÍA ORAL, DIURESIS POSITIVA.

I. PARACLÍNICOS: 10/04/2018: CLORO 103.8 POTASIO: 3.74 SODIO: 141 CREATININA: 0.56 BUN: 16 GLICEMIA: 94.6

OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, SOMNOLIENTA, AFEBRIL, HIDRATADA
SIGNOS VITALES: TA 107/71 MMHG FC: 85 LXM FR: 19 RXM T°: 36.8 C SATO2: 91%
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS,, MUCOSA ORAL HÚMEDA. CUELLO SIMÉTRICO, MÓVIL.
CARDIOPULMONAR: TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, NO DISTENDIDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS, ADECUADO LLENADO CAPILAR.
NEUROLÓGICO: SOMNOLIENTA, DESORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO.

PLAN DE MANEJO: PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD CON SOSPECHA DE DELIRIUM HIPERACTIVO VS TRASTORNO MENTAL SECUNDARIO A ACV, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE CLÍNICAMENTE, ALERTA, DESORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN NUEVAS CRISIS DE ANSIEDAD, SIN NUEVOS EPISODIOS DE DESORIENTACION, A LA ESPERA DE REMISIÓN PARA TOMA DE NEUROIMAGEN PARA DESCARTAR CAUSA ORGANICA POR EPISODIO AGUDO, SE INICIA REMISIÓN A SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA ESTUDIOS ADICIONALES, POR LO DEMÁS SE CONTINUA VIGILANCIA CLÍNICA, ACOMPAÑANTE PERMANENTE, SE EXPLICA A FAMILIAR Y PACIENTE, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

PROFESIONAL: RONALD MAURICIO MARTIN CUESTA

REGISTRO MÉDICO: 1032429165

FECHA DE EVOLUCIÓN : 11 abr. 2018 **HORA:** 16 **MINUTO:** 9

DIAGNÓSTICO ACTUAL: PACIENTE DE 79 AÑOS CON IDX:
1. DELIRIUM HIPERACTIVO?
2. TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO A ANTECEDENTE DE ACV?
3. EPISODIO PSICÓTICO AGUDO

SUBJETIVO: PACIENTE EN COMPAÑÍA DE HERMANA QUIEN REFIERE VERLA MAS TRANQUILA, NO AGRESIVIDAD, NO OTRA SINTOMATOLOGIA.

I. PARACLÍNICOS: NO NUEVOS PARA REPORTAR.

OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, SOMNOLIENTA, AFEBRIL, HIDRATADA
SIGNOS VITALES: TA 107/71 MMHG FC: 85 LXM FR: 19 RXM T°: 36.8 C SATO2: 91%
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS,, MUCOSA ORAL HÚMEDA. CUELLO SIMÉTRICO, MÓVIL.
CARDIOPULMONAR: TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, NO DISTENDIDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS, ADECUADO LLENADO CAPILAR.
NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADA EN PERSONA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO SIGNOS MENINGEOS NI DE FOCALIZACION.

PLAN DE MANEJO: PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD CON SOSPECHA DE DELIRIUM HIPERACTIVO VS TRASTORNO MENTAL SECUNDARIO A ACV, EN EL MOMENTO ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, PENDIENTE REMISION A MAYOR COMPLEJIDAD PARA REALIZACION DE NEUROIMAGEN, POR EL MOMENTO CONTINUAMOS IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

PROFESIONAL: RAFAEL EDUARDO SANTOS

REGISTRO MÉDICO: 1019021152

FECHA DE EVOLUCIÓN : 11 abr. 2018 **HORA:** 23 **MINUTO:** 29

DIAGNÓSTICO ACTUAL: 1. DELIRIUM HIPERACTIVO?
2. TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO A ANTECEDENTE DE ACV?
3. EPISODIO PSICÓTICO AGUDO

SUBJETIVO: PTE ESTABLE

I. PARACLÍNICOS: NO HAY NUEVOS PARA REPORTRA

DATOS PACIENTE

FECHA: 9 abr. 2018 HORA: 15 : 43 ADMISIÓN: U 2018 65577 ENTIDAD: E.P.S. SANITAS

PACIENTE: CC 20276897 NOMBRES Y APELLIDOS: DORIS ELENA LOZANO VERGARA

EDAD: 79 AÑOS SEXO: FEMENINO GRUPO SANGUINEO: FACTOR RH:

EVOLUCIONES

OBJETIVO: TA 107/71 MMHG FC: 85 LXM FR: 19 RXM T°: 36.8 C SATO2: 91%
CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS,, MUCOSA ORAL HÚMEDA. CUELLO SIMÉTRICO, MÓVIL.
CARDIOPULMONAR: TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, NO DISTENDIDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS, ADECUADO LLENADO CAPILAR.
NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADA EN PERSONA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO SIGNOS MENINGEOS NI DE FOCALIZACIÓN.

PLAN DE MANEJO: PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD CON SOSPECHA DE DELIRIUM HIPERACTIVO VS TRASTORNO MENTAL SECUNDARIO A ACV, EN EL MOMENTO ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, PENDIENTE REMISION A MAYOR COMPLEJIDAD PARA REALIZACION DE NEUROIMAGEN, POR EL MOMENTO CONTINUAMOS IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

PROFESIONAL: LORENA JULIETH GARCIA SIERRA

REGISTRO MÉDICO: 52813351

FECHA DE EVOLUCIÓN : 12 abr. 2018 **HORA:** 9 **MINUTO:** 35

DIAGNÓSTICO ACTUAL: 1. TRARTONO MENTAL ORGNICO A ESTUDIO A DESCARTAR
2. TX PSICOTICO AGUDO?
3. DEMENCIA MULTIFACTORIAL??

SUBJETIVO: PACIENTE CON CUADRO CONOCIDO DE ACV SILENTE DE PICA DERECHA - CEREBELOSO, DX EN 2013 EN PREVENCION SECUNDARIA CON CLOPIDOGREL. SECUELAS DE POLIO A LOS 3 AÑOS. ADEMAS TEMBLOR DE RECIENTE APARICION UNILATERAL DERECHO PERO EN EL MOMENTO SIN OTROS SIGNOS DE PARKINSONISMO. NO MEJORIA CON FENOBARBTIAL NI PROROPANOLOL. POR ESTO SE INICIO L DOPA 1 AL DIA CON LO QUE REFIERE MEJORIA, PERO SE EXACERBA AL ESTAR NERVIOSA O PREOCUPADA SIGUE CON FNB 50 MG INTERNOCHE
ACUDE POR CUADRO DE UN MES INSOMINIO

I. PARACLÍNICOS: ECG: RITMO SINUSAL QRS NORMAL ST SIN ELEVACION DEL ST

OBJETIVO: TRISTEZA Y LLANTO FACIL, DELIRUO DE PERSECUSION RAZON POR LA CUAL ACUDIO. NIEGA TRAUAM CRENAELA PREVIO
TA 110/70 MMHG FC 75 FR 20 T 36 SAT 95% GLASGOW 15/15
BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA, DIFICULTAD RESPIRATORIA O INESTABILIDAD HEMODINAMICA.
ISOCORIA NORMOREACTIVA, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN MASAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO.
RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO IRRITACION
PERITONEAL.PUÑOPERCUSION BILATERAL NEGATIVA.
EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA LLENADO CAPILAR ADECUADO, PULSOS DISTALES SIMETRICOS.
PARES CRANEALES SIN ALTERACION, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE, ROT +++/++. HIPOTINICA DE HEMIPARESIA DERECHA, ATROFICAS GLASGOW 15/15.NO SIGNSO MEINGEOS

PLAN DE MANEJO: PACIENTE MUJER ADULTA CON EPISOSIDIOS PSICTICO AGUDO UN MES DE EVOLUCION CON ANTECEDENTE DE SECUELAS DE AVC PICA HACE 5 ASÑO DADOS POR MOVIMIENTO INVULUTARIOS DE MIEMBRO SUPEIOR DERECHO, ELECTROCADRIOGRAMA SIN ALTERACION AGUSO SE DESCARTER FIBRIALCION AURICUALR, SE CONSDIERO EN CONJUNTO CON PSQUAITRIA QUEI SE CONSDIERO NECESDIAD DE NEUROIMAGEN RNM ACLARO DUDAS

PROFESIONAL: RONALD MAURICIO MARTIN CUESTA

REGISTRO MÉDICO: 1032429165

FECHA DE EVOLUCIÓN : 12 abr. 2018 **HORA:** 17 **MINUTO:** 46

DIAGNÓSTICO ACTUAL: NOTA OBSERVACION TARDE

PACIENYTE DE 79 AÑOS DE EDAD CON DX
1. TRARTONO MENTAL ORGNICO A ESTUDIO A DESCARTAR
2. TX PSICOTICO AGUDO?
3. DEMENCIA MULTIFACTORIAL??

SUBJETIVO: PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD EN COPMPÑAIA DE FAMILIAR REFIERE NCONMTRASE TRISTE ACTUKEMENTE REFIERE HIJO NO QUIERRE ACEPTAR ALIEMTOS

I. PARACLÍNICOS: NO NUEVOS POR REPORTAR

DATOS PACIENTE

FECHA: 9 abr. 2018

HORA: 15 : 43

ADMISIÓN: U 2018 65577

ENTIDAD: E.P.S. SANITAS

PACIENTE: CC 20276897

NOMBRES Y APELLIDOS: DORIS ELENA LOZANO VERGARA

EDAD: 79 AÑOS

SEXO: FEMENINO

GRUPO SANGUINEO:

FACTOR RH:

EVOLUCIONES

OBJETIVO:

TA160/84 MMHG FC 100 X MINSATO2 92% AL AMBEINTE
CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCRICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS MUCOSA ORAL HUEMDA, CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS, OTOSCOPIA BILATERLA: NORMAL, OROFARINGE NOMAL.
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO.
ABDOMEN: BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRTACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES
DORSO: PUÑO PERCUSION NEGATIVA, NO ESPASMOS MUSCULATURA DEL DORSO
EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL
PARES CRANEALES SIN ALTERACION, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE, ROT +++/++. HIPOTINICA DE HEMIPARESIA DERECHA, ATROFICAS GLASGOW 15/15.NO SIGNSO MEINGEOS

PLAN DE MANEJO:

PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD CON DX ANBOTADOS A CTUALMENGE CONSTENS VITAELS NORMALES MUCOSAS HUEMDAS NIEGA CEAFELA DOLOR TORACICO U OTROS SINTOMAS YA VALORADA POR DRA DE PSIQUIATRIA QUIEN CONDERA REQUEIRE MANEJO EN TERCER NIEVL DE ATENCION PARA NEUROIMAGEN EN EL MOMENTO SIN DEFICT NEUROLOGICO CON SECUALEAS DE ACV PREVIO , POR EL MOMENTO CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADA A LA ESEPRE DE REMISOON SE EXPCALID E FORMA CLARA A PACIENTE Y FAMILAIRES

PROFESIONAL:

ANGELA PATRICIA AGUILAR

REGISTRO MÉDICO:

1022332149

ORDENES MÉDICAS

- DIETAS		
NÚMERO DE ORDEN:	389198	FECHA: 11 abr. 2018 04:53
DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES	TRATAMIENTO
NORMAL		INICAR
- MEDICAMENTOS		
NÚMERO DE ORDEN:	388243	FECHA: 9 abr. 2018 17:26
DESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIÓN	TRATAMIENTO
AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25MG TAB CAJ X 30 - 0	25 mg Oral Cada 24 horas	INICAR
NÚMERO DE ORDEN:	388740	FECHA: 10 abr. 2018 11:32
DESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIÓN	TRATAMIENTO
LOSARTAN POTASICO 50MG TAB CAJ X 30 - 0	50 mg Oral Cada 12 horas	INICAR
LEVOTIROXINA SODICA 112MCG TAB CAJ X 30 - TABLETA CAJ X 30 0	112 mcg Oral Cada 12 horas	INICAR
QUETIAPINA 25MG TAB CAJ X 30 - TABLETA CAJ X 30 0	25 mg Oral Cada 24 horas	INICAR
NÚMERO DE ORDEN:	388770	FECHA: 10 abr. 2018 12:15
DESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIÓN	TRATAMIENTO
LEVOTIROXINA SODICA 100MCG TAB CAJ X 150 -	100 mcg Oral Cada 24 horas	INICAR
LEVOTIROXINA SODICA 112MCG TAB CAJ X 30 - TABLETA CAJ X 30 0	112 mcg Oral Cada 12 horas	SUSPENDER
NÚMERO DE ORDEN:	389198	FECHA: 11 abr. 2018 04:53
DESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIÓN	TRATAMIENTO
ALPRAZOLAM 0.25MG TAB CAJ X 30 -	0.50 mg Oral UNICA DOSIS	INICAR
NÚMERO DE ORDEN:	389199	FECHA: 11 abr. 2018 04:55
DESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIÓN	TRATAMIENTO
QUETIAPINA 100MG TAB CAJ X 30 - TABLETA CAJ X 30 0	25 mg Oral Cada 24 horas	INICAR
QUETIAPINA 25MG TAB CAJ X 30 - TABLETA CAJ X 30 0	25 mg Oral Cada 24 horas	SUSPENDER
- PROCEDIMIENTOS		
NÚMERO DE ORDEN:	388157	FECHA: 9 abr. 2018 15:48
DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES	CANTIDAD
HEMOGRAMA TIPO IV-	-	1
UROANALISIS-CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE.QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIMENTO	-	1

DATOS PACIENTE

FECHA: 9 abr. 2018 HORA: 15 : 43 ADMISIÓN: U 2018 65577 ENTIDAD: E.P.S. SANITAS

PACIENTE: CC 20276897 NOMBRES Y APELLIDOS: DORIS ELENA LOZANO VERGARA

EDAD: 79 AÑOS SEXO: FEMENINO GRUPO SANGUINEO: FACTOR RH:

- PROCEDIMIENTOS

NÚMERO DE ORDEN:	388157	FECHA:	9 abr. 2018 15:48
DESCRIPCIÓN		OBSERVACIONES	CANTIDAD
TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL		SINTOAMS RESPIRTAORIAS	1
NÚMERO DE ORDEN:	388230	FECHA:	9 abr. 2018 17:16
DESCRIPCIÓN		OBSERVACIONES	CANTIDAD
PSIQUIATRIA INTERCONSULTA		PACIENTE CON CUADRO DE ANSIEDAD ASOCIADO A TRISTEZA LAILIDAD EMOCIONAL INSOMNIO HIPOREXIA DELIRIO DE PERSECUCION ALUSINACIONES VISUALES SE TOMA HEMOGRAM Y PDOE DENTRO D ELIMITES NORMALES SE SOLICITA VALORACION	1
NÚMERO DE ORDEN:	389079	FECHA:	10 abr. 2018 20:32
DESCRIPCIÓN		OBSERVACIONES	CANTIDAD
CREATININA EN SUERO Y OTROS			1
GLUCOSA BASAL O POST C/U			1
IONOGRAMA -NA-K-L. BICARBONATO-			1
NITROGENO UREICO -BUN-			1
ELECTROCARDIOGRAFIA			1

MÉDICO INGRESO: MARIO ANDRES ALONSO GARZON

REGISTRO MÉDICO: 1032362111

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL