

# HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS

BASE

Folio: 1259903

Ingreso: 1259903

No Historia Clínica: 1000133169 Fecha de Ingreso: 26/06/2018 12:25:58 Fecha de Registro: 26/06/2018 14:21:58  
Nombre del Paciente: ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO Edad Actual: 14 Años \ 11 Meses \ 9  
Fecha de Nacimiento: 24/07/2003 Nivel Estrato: BEN Sexo: Femenino Estado Civil: Soltero  
12:00:00 a. m. CATEGORIA A  
Entidad: NUEVA EPS Plan de Beneficios: CON NUEVA EPS Tipo Vinculación: Contributivo  
Dirección: CALLE 23 H BIS # 104 A 20 Teléfono: 3132507362 Lugar Residencia: FONTIBON

## ANTECEDENTES

Médicos	26/06/2018 14:07:13	Síndrome de colon irritableConstipación
Quirúrgicos	26/06/2018 14:07:29	No refiere.
Transfusionales	26/06/2018 14:07:34	No refiere.
Alérgicos	26/06/2018 14:07:46	No refiere.
Traumáticos	26/06/2018 14:07:52	No refiere.
Ginecobstétricos	26/06/2018 14:07:58	Manarquia aun no.

Planifica ☐ F Método: FUP  
G P A C V E M

Fumador	Medida Fumador <input type="checkbox"/> F	Tiempo Fumador	Medida Exfumador <input type="checkbox"/> f	Tiempo Exfumador
Fumadores en Casa <input type="checkbox"/> F	Exposición al Humo <input type="checkbox"/> F	Tiempo de Exposición	Mascotas en Casa <input type="checkbox"/> f	
Sustancias	Medida Sustancias <input type="checkbox"/> F	Tiempo Sustancias		

Tipo de Consulta Resolutivo

Acompañante:

Discapacidad NO

Asintomático Respiratorio: No

Prima: Pilar Lievano

Tipo Discapacidad NINGUNA

Telefono: 3132507362

## MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 14 años de edad quien asiste el día de hoy en compañía de su prima, quien se encuentra en trámites par acustodia por sospecha de negligencia familiar, quien es remitida directamente por ICBF, por cuadro de anorexia y desnutrición proteico calorica, motivo por lo que es traída el día de hoy.

## REVISION POR SISTEMA

no refiere otra sintomatología.

## SIGNOS VITALES

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18,0000

T.A.	90,0	60,0	F.C.	60,0000	PESO	GLASGOW	15	TEMP	FIO2	21	SAT.	96
	000	000										

## EXAMEN FISICO

### ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE

Regulares condiciones generales, deshidratada, afebril, emanciada.

### CABEZA Y CUELLO

Conjuntivas normocromicas, mucosa oral seca, cuello móvil sin adenopatías

### CARDIOPULMONAR

Tórax: simétrico sin retracciones, ruidos respiratorios sin agregados, ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos

Médico JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA  
Identificación 1032376489  
Registro Médico 1032376489  
Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma:



# HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS

BASE

Folio: 1259903

Ingreso: 1259903

No Historia Clínica: 1000133169 Fecha de Ingreso: 26/06/2018 12:25:58 Fecha de Registro: 26/06/2018 14:21:58  
Nombre del Paciente: ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO Edad Actual: 14 Años \ 11 Meses \ 9  
Días

## ABDOMEN

Blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas, no megalias, no signos de irritación peritoneal.

## GENITOURINARIO

No evaluado

## EXTREMIDADES

hHipotroficas, sarcopenia marcada,

## PIEL Y FANERAS

Palidez mucocutanea generalizada.,

## NEUROLOGICO

Sin déficit sensitivo ni motor aparente

## ANALISIS DE LA INFORMACION

Paciente con cuadro de desnutrición proteico calorica extensa, no se descarta cuadro de anorexia, asociado a abandono familiar por negligencia, se decide hospitalizar para valoración por trabajo social, psicologia, pediatria, se solicitna paraclínicos, hemograma, perfil ferrocínético, albumina, proteínas totales, pruebas dew función hepática, se explica a acompañante de paciente conducta, quien refiere entender y aceptar.

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

1. SE LE INDICA AL PACIENTE EL ESTADO NATURAL DE LA ENFERMEDAD, EVOLUCION Y TRATAMIENTO, SE BRINDA INFORMACION ADECUADA SOBRE REPORTE DE EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS.
2. SE LE INFORME AL PACIENTE SOBRE LOS CUIDADOS Y AUTOCUIDADOS EN CASA, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES( ALIMENTACION SANA, ACTIVIDAD FISICA, ETC).
3. SE VERIFICA LA COMPRESION DE LAS INDICACIONES Y ORDENES MEDICAS.
4. SE LE INDICAN SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES EL PACIENTE DEBE ACUDIR A URGENCIAS.
5. EL USUARIO AMERITA ACTIVIDAD DE PROMOCION Y PREVENCION

## ESCALA DEL DOLOR



Descripción : ☒ Sin Dolor ☐ Poco Dolor ☐ Dolor Moderado ☐ Dolor fuerte ☐ Dolor muy Fuerte ☐ Dolor insoportable

Sin dolor.

## DIAGNOSTICOS

SE REALIZO PROCEDIMIENTO SI

Código	Descripción Diagnóstico	Observaciones	Impo
E45X	RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICION PROTEICOCALORICA		Ppal <input checked="" type="checkbox"/>
T740	NEGLIGENCIA O ABANDONO		Ppal <input type="checkbox"/>

## SOLICITUD EXAMENES

Código	Descripción	Observaciones	Cant
--------	-------------	---------------	------

Médico JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA  
Identificación 1032376489  
Registro Médico 1032376489  
Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma:



# HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS

BASE

Folio: 1259903

Ingreso: 1259903

No Historia Clínica:	1000133169	Fecha de Ingreso:	26/06/2018 12:25:58	Fecha de Registro:	26/06/2018 14:21:58
Nombre del Paciente:	ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO			Edad Actual:	14 Años \ 11 Meses \ 9
903841	903841 - GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA N1			Nú	1
903803	903803 - ALBUMINA N 3				1
903863	903863 - PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS +				1
903846	903846 - HIERRO TOTAL 2				1
903016	903016 - FERRITINA N2				1
903045	903045 - TRANSFERRINA POR IDR +				1
903703	903703 - VITAMINA B 12 N3				1
907106	907106 - UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA N1				1
903833	903833 - FOSFATASA ALCALINA N 3				1
903809	903809 - BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA N1				1
903867	903867 - TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST] N2				1
903866	903866 - TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] N2				1
903859	903859 - POTASIO N2				1
903864	903864 - SODIO N2				1
903825	903825 - CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS N1				1
903856	903856 - NITROGENO UREICO [BUN] N1				1
902210	902210 - HEMOGRAMA IV METODO AUTOMATICO N1				1

## FORMULA MEDICA

Nombre del Medicamento	Posología	Cant
LACTATO DE RINGER X 500 ML	pasar a 60 cc hora.	5

## INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación
Hospitalizacion	

## CONCILIACION DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	PRESCRIPCION Y/O OBSERVACION	ALERGIAS
NO SE REALIZA		



Médico JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA  
Identificación 1032376489  
Registro Médico 1032376489  
Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma:



**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 26/06/2018 16:33:02 **Folio:** 2  
**Nombre del Paciente:** ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO **Ingreso:** **1259903**

**Fecha de Nacimiento:** 24/07/2003 **Sexo:** Femenino  
**Entidad:** NUEVA EPS **Plan de Beneficios:** CON NUEVA EPS  
**Edad:** 14 Años 11 Meses 11 Días **Causa Externa:** Enfermedad\_General **Nivel Estrato:** BEN CATEGORIA A

causa Externa Enfermedad\_General Finalidad de la consulta No\_Aplica

**DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO**

\*\*\*RESPUESTA A INTERCONSULTA PEDIATRIA\*\*\*

INFORMANTE: MADRE ( PILAR LIEBANO-PRIMA MATERNA)  
DIRECCION:23-71 BIS# 104A-20  
TELEFONO: 3132507362

-MOTIVO DE CONSULTA :  
"LA REMITIERON DE LA CITA"

-ENFERMEDAD ACTUAL: ADOLESCENTE FEMENINO DE 14 AÑOS QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE SU PRIMA MATERNA , REMITIDA DE BIENESTAR FAMILIAR QUIENES MANIFIESTAN ANTECEDENTE DE TRASTORNO ALIMENTARIO NO ESPECIFICADO DE INICIO HACE 6 MESES Y DIAGNOSTICADO HACE 2 MESES, EL CUAL CONSISTE EN DISMINUCION EN LA PORCION DE COMIDAS LLEGANDO A TRES COMIDAS DIARIAS SALTANDOSE E OCASIONES CENA Y DESAYUNO, NIEGA EPISODIOS EMETICOS POSPRANDIALES, FAMILIAR MANIFIESTA QUE HACE DOS MESES ESTUVO HOSPITALIZADA EN EL HOSPITAL EL TINTAL DONDE SE DETECTO TRASTORNO ALIMENTARIO SE DIO SALIDA CON SEGUIMIENTO AMBULATORIO , PERO POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS NO SE HA PODIDO LELVAR A CABO, REFIERE TAMBIEN FAMILIAR POBRE ACEPTACION DE LA VIA ORAL, LLEGANDO SOLO A RECIBIR LIQUIDOS ,CONCOMITANTE CON EVIDENCIA DE DISMINUCION DE PESO DESDE SU INCIO CON 42 KG HASTA EL MOMENTO EL CUAL ES 32KG. PACIENTE YA VALORADA POR PSICOLOGIA, NUTRICION Y EN SEGUIMIENTO DE BIENESTAR FAMILIAR, POR PERDIDA DE LA CUSTODIA DE LA MADRE, SIN EMBARGO PACIENTE EVOLUCION CLINICA DESFAVORABLE CON DIMINUION DE PESO Y PERSISTENCIA DE LA POBRE ACPETACION DE LA VIA ORAL. POR LO ANTERIOR SE DECIDE DE CITA CONTROL ASISTIR A URGENCIAS PARA SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE SU CONDICION FISICA ACTUAL.

REVISION POR SISTEMAS:

- \* NIEGA MANIFESTACIONES HEMORRAGIPARAS.
- \* REFIERE RESEQUEDAD DE PIEL
- \* EPIGASTRALGIA PERSISTENTE.
- \* NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS
- \* NIEGA SALIDA DE BOGOTA EN LOS ULTIMOS 15 DIAS
- \* DIURESIS NORMAL
- \* CONSTIPACION .
- \*CAIDA DE PELO

-ANTECEDENTES

- \* PATOLOGICOS: GASTRITIS
- \* QUIRURGICOS: NIEGA DE IMPORTANCIA
- \* TRAUMATICOS: NIEGA DE IMPORTANCIA
- \* MEDICAMENTOSOS: NIEGA DE IMPORTANCIA
- \*GINECOLOGICOS: NIEGA MENARQUIA
- \* HOSPITALIZACIONES:EN EL HOSPITAL TINTAL POR TRASTORNO ALIMENTARIO
- \* ALERGICOS: NIEGA DE IMPORTANCIA
- \* NOXA DE CONTAGIO:NIEGA
- \* VIAJES: NIEGA SALIDA EN LOS ULTIMOS 30 DIAS
- \* SOCIAL-VIVE CON PRIMA ESPOSO DE PRIMA Y HIJOS D ELA PRIMA
- \*FAMILIARES: ABUELA HIPERTENSION MATERNA

-EXAMEN FISICO:

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL,SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA  
SIGNOS VITALES

FC:90 X MIN

FR: 15X MIN

SATO2: 92% AL AMBIENTE

Tº 36.5GRADOS

PESO: 32.5 KG; TALLA:1.55 IMC:14.78 (DELGADEZ SEVERA)

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DE FONTIBON] NIT [830077650-1]

**Profesional** SONIA BERMUDEZ GODOY

**Identificación** 53099155

**Registro Profesional** 53099155

**Especialidad** MEDICINA GENERAL

**Firma:**



No Historia Clínica: 1000133169 Fecha de Ingreso: 26/06/2018 12:25:58 Fecha de Registro: 26/06/2018 16:33:02 Folio: 2  
Nombre del Paciente: ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO Ingreso: **1259903**

-CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS HIPOCROMICAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES EN CAVIDAD ORAL. CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADENOPATIAS.

-TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACION.

-ABDOMEN: PLANO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADEOMEGALIAS,

-GENITOURINARIO: GENITALES NO EXPLORADOS

-EXTREMIDADES: SIMETRICAS, HIPOTROFICAS, SIN EDEMA PULSOS DISTALES CONSERVADOS LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS

-NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE, PINRAC POSITIVO, NO ALTERACIONES SENSITIVO MOTORAS, SIN FOCALIZACION NI MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE HIPERTENSION ENDIOCRANEANA, NI NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES.

-PIEL RESEQUEDAD GENERALIZADA

#### -ANALISIS

ADOLESCENTE FEMENINO DE 14 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO ALIMENTARIO NO ESPECIFICADO EN SEGUIMIENTO POR BIENESTAR FAMILIAR POR PERDIDA DE LA CUSTODIA POR PADRES CON PREVIA HOSPITALIZACION POR MISMO CUADRO CLINICO, QUIEN HA EVIDENCIADO EVOLUCION CLINICO DESFAVORABLE DESDE SU EGRESO HOSPITALARIO CON PERDIDA DE PESO HASTA EL MOMENTO D E10 KG CON IMC DE 14.7 CONSISTENTE EN DELGADEZ SEVERA, QUE INGRESA PARA SU VALORACION Y MANEJO. AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA PACIENTE CON NOTABLE PALIDEZ MUCOCUTANEA Y EMACIADA, AFEBRIL, HIDRATADA, CONJUNTIVA: HIPOCROMICAS, Y RESEQUEDAD GENERALIZADA SIN OTRO HALALZGO DE IMPORTANCIA. SE SOLICITA PARA CLINICOS DE ESTUDIO, SE DECIDE HOSPITALIZAR POR PARTE DE PEDIATRIA PARA MANEJO Y VALORACION, SE SOLICITA INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGIA Y NUTRICION, SE EXPLICA CONDUCTA A SEGUIR A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

#### -DIAGNOSTICOS

1 DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SECUNDARIO

-TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA TIPO ANOREXIA

-DELGADEZ SEVERA IMC 14.78

2. ANEMIA??

3. RIESGO SOCIAL PERDIDA DE CUSTODIA DE MADRE

4. ADOLESCENTE FEMENINO

#### -PLAN

-HOSPITALIZACION POR PEDIATRIA (OBS2)

-DIETA HIPERPROTEICA E HIPERCALORICA

-LACTATO DE RINGER PASAR A 72.5 CC HORA

-RANITIDINA 50MG CADA 8 HORAS

-PENDIENTE ELECTROLITOS, FUNCION RENAL, GLICEMIA

-PENDIENTE INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGIA,

-SE HACE REMISION PARA INTERCONSULTA POR NUTRICION

-CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS

## SOLICITUD EXAMENES

Código	Descripción	Observaciones	Cant
--------	-------------	---------------	------

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DE FONTIBON] NIT [830077650-1]

Profesional SONIA BERMUDEZ GODOY

Identificación 53099155

Registro Profesional 53099155

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma:



No Historia Clínica: 1000133169 Fecha de Ingreso: 26/06/2018 12:25:58 Fecha de Registro: 26/06/2018 16:46:33 Folio: 3  
Nombre del Paciente: ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO Ingreso: **1259903**

Fecha de Nacimiento: 24/07/2003 Sexo: Femenino  
Entidad: NUEVA EPS Plan de Beneficios: CON NUEVA EPS  
Edad: 14 Años 11 Meses 11 Días Causa Externa: Enfermedad\_General Nivel Estrato: BEN CATEGORIA A

causa Externa Enfermedad\_General Finalidad de la consulta No\_Aplica

**DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO**

se abre folio para remision

**SOLICITUD EXAMENES**

Código	Descripción	Observaciones	Cant
--------	-------------	---------------	------

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DE FONTIBON] NIT [830077650-1]

Profesional SONIA BERMUDEZ GODOY  
Identificación 53099155  
Registro Profesional 53099155  
Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma:



C00005

## RESPUESTA INTERCONSULTA

No Historia Clínica: 1000133169 Fecha de Ingreso: 26/06/2018 12:25:58 Fecha de Registro: 26/06/2018 18:34:25 Folio: 5  
Nombre del Paciente: ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO Ingreso: 1259903  
Fecha de Nacimiento: 24/07/2003 Nivel Estrato: BEN CATEGORIA A Sexo: Femenino Estado Civil: Soltero  
Entidad: NUEVA EPS Plan de Beneficios: CON NUEVA EPS Tipo Vinculación: Contributivo  
Dirección: CALLE 23 H BIS # 104 A 20 Teléfono: 3132507362 Lugar Residencia: FONTIBON

### SOLICITUD DE INTERCONSULTA

CONSECUTIVO: 60255

#### MOTIVO:

Paciente con desnutrición proteico-calórica, con sospecha de negligencia y abandono, se solicita valoración por su servicio. Gracias.

#### OBSERVACIONES:

AREA SERVICIO: A18C1 A18C1 - PSICOLOGIA CAMI 2

#### RESPUESTA:

CONCEPTO /JÓVEN DE 14 AÑOS-11 MESES CON CUADRO DE GRAVE DESNUTRICIÓN . TRANSTORNO ANOREXICO Y ALTERACION DEL DESARROLLO QUIEN ES ENVIADA POR ICBF DEBIDO A QUE LUEGO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL TINTAL FUE ENTREGA BAJO CUSTODIA POSTERIOR A HABER DETECTADO IMPORTANTE NEGLIGENCIA MATERNA LA QUE ADICIONALMENTE TIENE COMPORTAMIENTOS DE SOBREPOTECION MORBIDA --.EN EVALUACION CON JÓVEN SE ENCUENTRA ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL CON PENETRACIÓN PRESUNTAMENTE EN UN UNICO EPISODIO POR PARTE DE UN VECINO 8 AÑOS MAYOR CUANDO CHICA TENIA 7 AÑOS ..NO LO CONTO A LA FAMILIA „HACE 2 AÑOS LO DIJO A UNA HERMANA 10 AÑOS MAYOR ,QUIEN TAMBIEN LO GUARDO EN SILENCIO. (?)CHICA SE ENCUENTRA DESESCOLARIZADA DEBIDO A RECHAZO DE NUEVO COLEGIO Y CUIDADORA SE MUESTRA IMPOTENTE PUES PERSISTE EN RECHAZO MARCADO A LA MAYORIA DE ALIMENTOS...AUNQUE ,JOVEN NEIGA TEMOR A ENGORDARSE SI PARECE HABER DISTORCION DE IMAGEN CORPORAL POR REPORTE DE BULLING (?) EN COLEGIO ANTERIOR ...AL PARECER FUE VALORADA PRO NUTRICIÓN Y PSIQUIATRIA EN EL TINTAL PERO NO ASISTE A CONTROLES..CASO DE ALTO RIESGO QUE REQUIERE MANEJO INTERDISCIPLINARIO ..DEBIDO HALLAZGO DE ABUSO SEXUAL DEBE ACTIVARSE PROTOCO...AL PARECER SOLO ABUSO SEXUAL ANTIGUO ..SE CONSIDERA NECESARIO QUE ICBF REEVALUE CASO

#### TRATAMIENTO:

SE INTERVINO CON CHICA MOSTRANDOLE NECESIDAD DE QUE RECIBA AYUDA INTERDISCIPLINARIA Y NECESIDAD DE QUE RETOME ESTUDIOS .SE INTERVINO CON CUIDADORA INFORMANDOLE CONCEPTO ENRALLCIONA HALLAZGOS .SE CONSIDERA NECESARIO ACTIVACION DE PROTOCOLO DE ABUSO SEXUAL AL PARECER ANTIGUO SE PIDE A TRABAJO SOCIAL CONTACTO CON ICBF PARA INFORMARLE DE EVOLUCION INCLUYENDO DESESCOLARIZACIÓN Y NUEVOS HALLAZGOS Y NECESIDAD DE ACTIVAR AREA LEGAL POR ACCESO CARNAL VIOLENTO CON MENOR DE 14 AÑOS POR PARTE DE UN VECINO ACTUALMENTE ADULTO..NIÑA DEBE RECIBIR TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO CON NUTRICIÓN . PSIQUIATRIA N , PEDIATRIA Y PSICOLOGIA SE HARA ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO DURANTE ESTANCIA.

#### ANÁLISIS OBJETIVO:

ADOLESCENTE DE 14 AÑOS -11 MESES , ESTUDIANTE DE GRADO 8° EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL..DE DONDE LA RETIRARON HACE 2 MESES DEBIDO A QUE FUE ENTREGADA EN PROTECCIÓN A PRIMA MATERNA ...DESPUES DE HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITAL EL TINTAL POR 15 DIAS ".POR PROBLEMAS DE COLON "-HACE UN MES -ESTUVO UN MES ASISTIENDO A COLEGIO COSTA RICA EN LA JORNADA DE LA TARDE Y NO QUISO VOLVER...POR BULLING DE TAL MANERA QUE SE ENCUENTRA DESESCOLARIZADA FUÉ RAMITADA DEL ICBF...SEGUN PRIMA ACOMPAÑANTE "PORQUE NO HA MEJORADO"..CHICA ADMITE QUE LA MAMA LA DESCUIDABA PORQUE TENIA PROBLEMAS SE LA PASABA LLORANTE ..LOS HERMANOS NO TRABAJABAN.VIVIA

Médico CONSUELO FORERO BOSSIO  
Identificación 35332709  
Registro Médico 35332709  
Especialidad PSICOLOGIA

Firma:







C00005

## RESPUESTA INTERCONSULTA

**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 26/06/2018 18:34:25 **Folio:** 5  
**Nombre del Paciente:** ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO **Ingreso:** 1259903  
**Fecha de Nacimiento:** 24/07/2003 **Nivel Estrato:** BEN CATEGORIA **Sexo:** Femenino **Estado Civil:** Soltero  
**Entidad:** NUEVA EPS **Plan de Beneficios:** CON NUEVA EPS **Tipo Vinculación:** Contributivo  
**Dirección:** CALLE 23 H BIS # 104 A 20 **Teléfono:** 3132507362 **Lugar Residencia:** FONTIBON

CON MADRE, 4 HERMANOS MAYORES TODOS , ABUELA MATERNA Y DOS SOBRINOS , HIJOS DE HERMANA ...AFIRMA QUE LA ABUELITA COCINABA ... AVECES NO HABIA SINO PARA AGUAPANELA Y PAN...MENCIONA QUE EN LE COLEGIO LE DECIAN "GORDA"...Y LO SENTIA COMO BULLINGY ENTONCES LE BAJA EL ANIMO ,NO QUERIA COMER ME VOLVI MUY REBELDE .ME PEGABA YO MISMO PUÑOS EN LAS PEIRNAS...DICE QUE ESO SOLO FUE EN LOS ULTIMOS 5 MESES. (?)---SOBRE EL PADRE SE ENCENTRA QUE NUNCA HATENDIO CONVIVENCIA ...PARCIALMENTE RESPONSABILIDAD A PARTIR DE PRUEBA DE ADN..SE VEN MENSUALMENTE .CUENTA QUE CADA UNO DE SUS HERMANOS TIENE UN PAPA DIFERENTE.NIEGA OTROS MALTRATOS ..INCLUYENDO ABUSO SEXUAL --CUANDO SE LE INSISTE---MENCIONA ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL CON PENTRACION POR PARTE DEL HERMANO DE UN COMPAÑERITO.DE UNOS 16 AÑOS ..DICE QUE NUNCA LE CONTO A NADIE..TENIA 7 AÑOS ---ESES DIA LLORE...HACE CRISIS DICE NO CRER QUE ES VIRGEN ..TEMÓ QUE SI DECIA ALGO SE PUSIERAN A PELEAR..COMENTA QUE HACE 2 AÑOS LE CONTÓ A LA HEMANA 10 AÑOS MAYOR ...Y ESTA TAMPOCO HIZO NADA ..EXÁMEN MENTAL / CHICA DE ASPECTO DESAÑADO ,MUY DELGADA EVIDENTEMENTE CON RASGOS DE DNT,. TANNER 2-3--AUN NO TIEN MENARQUIA ALERTA,ORIENTADA ,COLABORADORA,L PENSAMIENTO LOGICO COHERENTE ,ALGO PUERIL Y EVITATIVA.. EVIDENCIA INTENCIONES DE DEFENDER A LA MAMA.... INTROSPECCIÓN POBRE Y PROSPECCIÓN INCIERTA ..IMPRESSIONA FUNCIONAMEITNO INTELECTUAL LIMITROFE ...ENTREVISTA CON CUIDADORA:MARIA DEL PILAR LIEVANO DE 44 AÑOS , CASADA CON 3 HIJOS CUENTA QUE TIENE A SU CARGIO PERSONAS ENTRE 3 HERMANOS CON RETARDO MENTAL PROFUNDO..AFIRMA QUE ANGIE NO QUIERE COMER ...CASI NADA A PARTIR DE LA SALIDA DEL TINTAL...CHICA CONTO QUE ALLI CUANDO LAS DOCTORAS SE DESCUIDABAN ELLA LE DABA LA COMIDA A LA MAMÁ...NO ENTIENDE SI LA NIÑA VIENE DE UN HOGAR ENDONDE SE PELEABAN POR LA COMIDA ... PORQUE DECIDIO NO COMER...DESCOCE ABUSO SEXUAL PERO DICE QUE LO HA SOPEHADO ...ADEMAS MENCONA SOBREPROTECCIÓN DE LA MADRE DE A ANGIE HASTA EL PUNTO QUE NIÑA NO SE BAÑA SOLA PORQUE LA MAMA LO HACIA ..ADICONALMENTE LE PREOCUPA PORQUE NO QUEIRE ESTUDIAR.Y AUNQUE SUFRIO BULLING EXTRAÑA SU COLEGIO ...SE MUESTRA AGOBIADA Y PREOCUPADA POR LAS RESPONSABILIDADES QUE TIENE.MECIANA QUE EN AL CASA DE ANGIE NINGUNO TRABAJA..ACLARA QUE EL PADRE DE ANGIE SE ENTERO DE SU EXISTENCUIA CUANDO NIÑA TENÍA 8 AÑOS...Y LUEGO DE PRUEBA DE ADN HA RESPONDIDA EONÓMICAAMENTE..TAMBIEN SE MEUSTRA PREOCUPADO POR RECHAZO A LA ALIMENTACION

### ANALISIS SUBJETIVO:

"ME TRAJERON POR DNT SEVERA...EL AÑO PASADO YO SI ESTABA MAS GORDITA PESABA 41 KILOS. HOY PESE 32 ...VINE COMO BAJANDO DE PESO HACE 6 MESES. LE FUE BAJANDO A LA COMIDA...CULPABA AL COMIDA COMO SITUVIERA LA CULPA DE LO QUE YO SENTIA ...NO ME IBA MUY EN ALGUNAS MATERIIAS COMO MATEMÁTICAS O INGLES.. ME DABA RABIA NO ENTENDER ALGUNOS PROBLEMAS..EN LA CASA TAMBIEN TENIAMOS PROBLEMAS ECONÓMICOS..EL AÑO PASADO IBA A COMEDOR , ESTE AÑO CAMBIE LOS HABITOS ALIMENTICIOS "

### CONCILIACION DE MEDICAMENTOS

Medicamento

Prescripcion

Alergias



### DIAGNOSTICOS

Código	Descripción Diagnóstico	Observaciones	Impo
T740	NEGLIGENCIA O ABANDONO		Ppal. <input checked="" type="checkbox"/>

### PROCEDIMIENTOS

**Médico:** CONSUELO FORERO BOSSIO  
**Identificación:** 35332709  
**Registro Médico:** 35332709  
**Especialidad:** PSICOLOGIA

Firma:



C00005

## RESPUESTA INTERCONSULTA

No Historia Clínica: 1000133169 Fecha de Ingreso: 26/06/2018 12:25:58 Fecha de Registro: 26/06/2018 18:34:25 Folio: 5  
Nombre del Paciente: ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO Ingreso: 1259903  
Fecha de Nacimiento: 24/07/2003 Nivel Estrato: BEN CATEGORIA A Sexo: Femenino Estado Civil: Soltero  
Entidad: NUEVA EPS Plan de Beneficios: CON NUEVA EPS Tipo Vinculación: Contributivo  
Dirección: CALLE 23 H BIS # 104 A 20 Teléfono: 3132507362 Lugar Residencia: FONTIBON

Código	Descripción Procedimiento	Observaciones	Cant
T743	ABUSO PSICOLOGICO		Ppal. <input type="checkbox"/>

### PROCEDIMIENTOS

Código	Descripción Procedimiento	Observaciones	Cant
T742	ABUSO SEXUAL		Ppal. <input type="checkbox"/>

### PROCEDIMIENTOS

Código	Descripción Procedimiento	Observaciones	Cant
F500	ANOREXIA NERVIOSA		Ppal. <input type="checkbox"/>

### PROCEDIMIENTOS

Código	Descripción Procedimiento	Observaciones	Cant
Z632	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL APOYO FAMILIAR INADECUADO		Ppal. <input type="checkbox"/>

### PROCEDIMIENTOS

Código	Descripción Procedimiento	Observaciones	Cant

### FORMULA MEDICA

Nombre del Medicamento	Posología	Cant

### SOLICITUD DE EXAMENES

Código	Descripción	Observaciones	Cant

### INDICACIONES MEDICAS

Tipo	Detalle Indicación
Urgencias_Observacion	

Médico CONSUELO FORERO BOSSIO  
Identificación 35332709  
Registro Médico 35332709  
Especialidad PSICOLOGIA

Firma:



**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 26/06/2018 22:26:54 **Folio:** 6  
**Nombre del Paciente:** ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO **Ingreso:** **1259903**

**Fecha de Nacimiento:** 24/07/2003 **Sexo:** Femenino  
**Entidad:** NUEVA EPS **Plan de Beneficios:** CON NUEVA EPS  
**Edad:** 14 Años 11 Meses 11 Días **Causa Externa:** Enfermedad\_General **Nivel Estrato:** BEN CATEGORIA A

causa Externa Enfermedad\_General Finalidad de la consulta No\_Aplica

## DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

HB : 13.9 LEUCOS : 43.64 HTC : 40.2 PLAQ: 208. NEUTROFILOS: 43.0 LINF : 50.2 P DE ORINA DENSIDAD 1.015 PH : 1.015 PH : 6.00  
NITRIDOT - PROTEINAS 25. BACT ESCASAS MOCO + GLICEMIA 62.0 BUN : 14.1 CREAT 1.09 BILIRRUBINA : 0.69 DIRECTA 0.21 F  
ALCALINA : 69.0 TGO 23 TGP15 SODIO : 144 POTASIO : 4.02 PROTEINAS TOTALES : 7.52.

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.  
SIGNOS VITALES

FC:90 X MIN

FR: 15X MIN

SATO2: 92% AL AMBIENTE

Tº 36.5GRADOS

PESO: 32.5 KG; TALLA:1.55 IMC:14.78 (DELGADEZ SEVERA)

-CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS HIPOCROMICAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES EN CAVIDAD ORAL. CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADENOPATIAS.

-TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACION.

-ABDOMEN: PLANO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADEOMEGALIAS,

-GENITOURINARIO: GENITALES NO EXPLORADOS

-EXTREMIDADES: SIMETRICAS, HIPOTROFICAS, SIN EDEMA PULSOS DISTALES CONSERVADOS LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS

-NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE, PINRAC POSITIVO, NO ALTERACIONES SENSITIVO MOTORAS, SIN FOCALIZACION NI MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE HIPERTENSION ENDIOCRANEANA, NI NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES.

-PIEL RESEQUEDAD GENERALIZADA

-ANALISIS

PACIENTE FEMENINO DE 14 AÑOS DIAGNOSTICOS ANOTADOS SE REPORTAN LABORATORIOS DENTRO LOS LIMITES NORMALES DEBERA CONTINUAUR IGUALMANEJO ADEMAS PENDIENTE VAL POR T SOCIAL Y PSICOLOGIA.

## SOLICITUD EXAMENES

Código	Descripción	Observaciones	Cant
--------	-------------	---------------	------

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DE FONTIBON] NIT [830077650-1]

**Profesional** DONALDO JOSE SOLANO DE ALBA

**Identificación** 8508858

**Registro Profesional** 8508858

**Especialidad** MEDICINA DE URGENCIAS

**Firma:**

No Historia Clínica: 1000133169 Fecha de Ingreso: 26/06/2018 12:25:58 Fecha de Registro: 27/06/2018 08:52:00 Folio: 7  
Nombre del Paciente: ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO Ingreso: **1259903**

Fecha de Nacimiento: 24/07/2003 Sexo: Femenino  
Entidad: NUEVA EPS Plan de Beneficios: CON NUEVA EPS  
Edad: 14 Años 11 Meses 12 Días Causa Externa: Enfermedad\_General Nivel Estrato: BEN CATEGORIA A

causa Externa Enfermedad\_General Finalidad de la consulta No\_Aplica

**DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO**

se abre folio para interconsulta por nutricion

**SOLICITUD EXAMENES**

Código	Descripción	Observaciones	Cant
--------	-------------	---------------	------

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DE FONTIBON] NIT [830077650-1]

Profesional ADRIAN CAMILO PINZON DURAN  
Identificación 80038992  
Registro Profesional 80038992  
Especialidad PEDIATRIA

Firma:



## EVOLUCION

Página 1/2

**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 27/06/2018 11:04:00 **Folio:** 8  
**Nombre del Paciente:** ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO **Ingreso:** 1759903  
**Fecha de Nacimiento:** 24/07/2003 **Sexo:** Femenino  
**Entidad:** NUEVA EPS **Plan de Beneficios:** CON NUEVA EPS  
**Edad :** 14 Años 11 Meses 12 Dias **Nivel Estrato:** BEN CATEGORIA A

causa Externa Enfermedad\_General Finalidad de la consulta No\_Aplica

### DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

PEDIATRIA  
 EDAD:14 AÑOS  
 PESO:32.5  
 DIAGNOSTICOS  
 1 DESNUTRICION PROTEICOALORICA SECUNDARIO  
 -TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA TIPO ANOREXIA  
 -DELGADEZ SEVERA IMC 14.78  
 2.TRASTORNO DE LA DISTORSION DE LA IMAGEN  
 3. RIESGO PISICOSOCIAL  
 -PERDIDA DE CUSTODIA DE MADRE  
 -ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL NO CLARO SEGUN HC  
 4.ADOLESCENTE FEMENINO

-SUBJETIVO: PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE DURANTE LA REVISTA, PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, ADECUADOPATRON DE SUEÑO, CON ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL, REFIERE COMER CENA DE HOSPITAL , Y POLLO TRAIDO POR LA MAMA, NIEGA EPISODIOS EMETICOS Y OTRA SINTOMATOLOGIA.







### ANALISIS OBJETIVO

-PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL HIDRATADA, SOLABORADORA, SINSIGNOSDE DEDIFICULTAD RESPIRATORIA, NI SIRS  
 -CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS HIPOCROMICRAS,PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES EN CAVIDAD ORAL. CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADENOPATIAS.  
 -TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACION.  
 -ABDOMEN: PLANO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADEOMEGALIAS,  
 -GENITOURINARIO: GENITALES NO EXPLORADOS  
 -EXTREMIDADES: SIMETRICAS, HIPOTROFICAS, SIN EDEMA PULSOS DISTALES CONSERVADOS LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS  
 -NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE, PINRAC POSITIVO, NO ALTERACIONES SENSITIVO MOTORAS, SIN FOCALIZACION NI MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE HIPERTENSION ENDIOCRANEANA, NI NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES.  
 -PIEL RESEQUEDAD GENERALIZADA

### SIGNOS VITALES

**TENSION ARTERIAL** . **FRECUENCIA CARDIACA** 50 **FRECUENCIA RESPIRATORIA** 20 **PERIMETRO CEFALICO** N/A  
**TENSION MEDIA** . **TEMPERATURA** 36.5 **GLASGOW** 15 **PERIMETRO TORAXICO** N/A **SATURACION OXIGENO** 97

### ESCALA DEL DOLOR

					
0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
<input type="checkbox"/> Sin Dolor	<input type="checkbox"/> Poco Dolor	<input type="checkbox"/> Dolor Moderado	<input type="checkbox"/> Dolor fuerte	<input type="checkbox"/> Dolor muy Fuerte	<input type="checkbox"/> Dolor insoportable

Descripcion :

### PARACLINICOS ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

**PESO** 32,50 **FIO2** N/A

**Médico** ADRIAN CAMILO PINZON DURAN  
**Identificación**  
**Registro Médico** 80038992  
**Especialidad** PEDIATRIA

**Firma:** 

## EVOLUCION

Pagina 2/2

**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 27/06/2018 11:04:00 **Folio:** 8  
**Nombre del Paciente:** ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO **Ingreso:** 1759903  
NO HAY PARACLINICOS NUEVOS

**-ANALISIS**

PACIENTE ADOLESCENTE FEMENINO QUE INGRESO EL DIA DE AYER POR CUADRO DE DESNUTRICION SEVERA, SECUNDARIO A TRATORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, EN EL MOMENTO PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, SIN PRESENTAR SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA , AL EXAMEN FISICO SE ENCEUNTRA PACIENTE TRANQUILA, COLABORADORA, EXAMEN FISICO SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS NUEVOS, SE REVISA NOTA DE PSICOLOGIA LA CUAL REFIERE ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL, Y SOBREPROTECCION POR PARTE DE LA MADRE LOS CUALES SE ACTUALIZAN A LOS DIAGNOSTICOS PRESENTES, PSICOLOGIA CONSIDERAN MANEJO INTERDISCIPLINARIO, A LA ESPERA VALORACION POR NUTRICION Y TRABAJO SOCIAL ,C ONTINUA IGUAL MANEJO POR PEDAITRIA CON DIETA A HORARIO Y VIGILANCIA CLINICA, SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**PLAN**

-DIETA HIPERPROTEICA E HIPERCALORICA  
-LACTATO DE RINGER PASAR A 72.5 CC HORA  
-RANITIDINA 50MG CADA 8 HORAS  
-PENDEINTE IC POR NUTRICION Y TRABAJO SOCIAL  
-CSV-AC

### DIAGNOSTICOS

### SE REALIZO PROCEDIMIENTO

Código	Descripción Diagnóstico	Observaciones	Ppal
E46X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA		<input checked="" type="checkbox"/> I

### FORMULA MEDICA

Nombre del Medicamento	Posología	Cant
LACTATO DE RINGER X 500 ML	pasar a 60 cc hora.	5
RANITIDINA CLORHIDRATO x 50 mg.2ml s.n AMPOLLA	50MG I V CADA8H	1

**Médico** ADRIAN CAMILO PINZON DURAN  
**Identificación**  
**Registro Médico** 80038992  
**Especialidad** PEDIATRIA

**Firma:**



## EVOLUCION

Pagina 1/2

**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 28/06/2018 08:58:42 **Folio:** 12  
**Nombre del Paciente:** ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO **Ingreso:** 1759903  
**Fecha de Nacimiento:** 24/07/2003 **Sexo:** Femenino  
**Entidad:** NUEVA EPS **Plan de Beneficios:** CON NUEVA EPS  
**Edad :** 14 Años 11 Meses 13 Dias **Nivel Estrato:** BEN CATEGORIA A

causa Externa Enfermedad\_General Finalidad de la consulta No\_Aplica

### DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

PEDIATRIA  
 EDAD:14 AÑOS  
 PESO:32.5  
 DIAGNOSTICOS  
 1 DESNUTRICION PROTEICOALORICA SECUNDARIO  
 -TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA TIPO ANOREXIA  
 -DELGADEZ SEVERA IMC 14.78  
 2.TRASTORNO DE LA DISTORSION DE LA IMAGEN  
 3. RIESGO PISICOSOCIAL  
 -PERDIDA DE CUSTODIA DE MADRE  
 -ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL NO CLARO SEGUN HC  
 4.ADOLESCENTE FEMENINO  
 -SUBJETIVO: PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE DURANTE LA REVISTA, PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR,  
 ADECUADOPATRON DE SUEÑO, CON ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL, REFIERE COMER ADECUADAMENTE TRES COMIDAS DEL  
 HOSPITAL CON ONCES ENTRE COMIDA NIEGA EPISODIOS EMETICOS Y OTRA SINTOMATOLOGIA.







### ANALISIS OBJETIVO

-PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL HIDRATADA, SOLABORADORA, SINSIGNOSDE DEDIFICULTAD  
 RESPIRATORIA, NI SIRS  
 -CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS HIPOCROMICRAS,PALIDEZ MUCOCUTANEA  
 GENERALIZADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES EN CAVIDAD ORAL. CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN  
 MASAS NI ADENOPATIAS.  
 -TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS  
 RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACION.  
 -ABDOMEN: PLANO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADEOMEGALIAS,  
 -GENITOURINARIO: GENITALES NO EXPLORADOS  
 -EXTREMIDADES: SIMETRICAS, HIPOTROFICAS, SIN EDEMA PULSOS DISTALES CONSERVADOS LLENADO CAPILAR MENOR A 2  
 SEGUNDOS  
 -NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE, PINRAC POSITIVO, NO ALTERACIONES SENSITIVO MOTORAS, SIN FOCALIZACION NI  
 MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE HIPERTENSION ENDIOCRANEANA, NI NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES.  
 -PIEL RESEQUEZADA GENERALIZADA

### SIGNOS VITALES

**TENSION ARTERIAL** . **FRECUENCIA CARDIACA** 130 **FRECUENCIA RESPIRATORIA** 35 **PERIMETRO CEFALICO** N/A  
**TENSION MEDIA** . **TEMPERATURA** 36.5 **GLASGOW** 15 **PERIMETRO TORAXICO** N/A **SATURACION OXIGENO** 90

### ESCALA DEL DOLOR

					
0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
<input type="checkbox"/> Sin Dolor	<input type="checkbox"/> Poco Dolor	<input type="checkbox"/> Dolor Moderado	<input type="checkbox"/> Dolor fuerte	<input type="checkbox"/> Dolor muy Fuerte	<input type="checkbox"/> Dolor insoportable

Descripcion :

### PARACLINICOS ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

**PESO** 32,50 **FIO2** N/A

**Médico** SONIA BERMUDEZ GODOY  
**Identificación**  
**Registro Médico** 53099155  
**Especialidad** MEDICINA GENERAL

Firma:





## EVOLUCION

Pagina 2/2

**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 28/06/2018 08:58:42 **Folio:** 12

**Nombre del Paciente:**

ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO

**Ingreso:**

**1759903**

PARACLINICOS

-TREPONEMA : NEGATIVO

-VIH: NO REACTIVO

-AGHBS NEGATIVO

-FFV: FLORA VAGINAL NORMAL

-ANALISIS

-ANALISIS

PACIENTE ADOLESCENTE FEMENINO QUE INGRESO CUADRO DE DESNUTRICION SEVERA, SECUNDARIO A TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, EN SU TERCER DIA DE HOSPITALIZACION EN EL MOMENTO PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, SIN PRESENTAR SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, AL EXAMEN FISICO SE ENCEUNTRA PACIENTE TRANQUILA, COLABORADORA, EXAMEN FISICO SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS NUEVOS, SE REPORTA LABORATORIOSLOS CAULES ESTAN NEGATIVOS PARA INFECCION DE TRASMISION SEXUAL, A LA ESPERA VALORACION POR NUTRICION CONTINUA IGUAL MANEJO POR PEDIATRIA CON DIETA A HORARIO CON REFRIGERIOS Y VIGILANCIA CLINICA, SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN

-DIETA HIPERPROTEICA E HIPERCALORICA MAS TRES REFRIGERIOS

-LACTATO DE RINGER PASAR A 72.5 CC HORA

-RANITIDINA 50MG CADA 8 HORAS

-PENDEINTE IC POR NUTRICION

-CSV-AC

### DIAGNOSTICOS

### SE REALIZO PROCEDIMIENTO

Código	Descripción Diagnóstico	Observaciones	Ppal
E46X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA		<input checked="" type="checkbox"/> I
F500	ANOREXIA NERVIOSA		<input type="checkbox"/> I

### FORMULA MEDICA

Nombre del Medicamento	Posología	Cant
LACTATO DE RINGER X 500 ML	pasar a 60 cc hora.	5
RANITIDINA CLORHIDRATO x 50 mg.2ml s.n AMPOLLA	50MG I V CADA8H	1

**Médico** SONIA BERMUDEZ GODOY

**Identificación**

**Registro Médico** 53099155

**Especialidad** MEDICINA GENERAL

**Firma:**



## EVOLUCION

Pagina 1/2

**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 29/06/2018 09:03:42 **Folio:** 13  
**Nombre del Paciente:** ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO **Ingreso:** 1759903  
**Fecha de Nacimiento:** 24/07/2003 **Sexo:** Femenino  
**Entidad:** NUEVA EPS **Plan de Beneficios:** CON NUEVA EPS  
**Edad :** 14 Años 11 Meses 14 Dias **Nivel Estrato:** BEN CATEGORIA A

causa Externa Enfermedad\_General Finalidad de la consulta No\_Aplica

### DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

PEDIATRIA  
 EDAD:14 AÑOS  
 PESO:32.5  
 DIAGNOSTICOS  
 1 DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SECUNDARIO  
 -TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA TIPO ANOREXIA  
 -DELGADEZ SEVERA IMC 14.78  
 2.TRASTORNO DE LA DISTORSION DE LA IMAGEN  
 3. RIESGO PISICOSOCIAL  
 -PERDIDA DE CUSTODIA DE MADRE  
 -ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL NO CLARO SEGUN HC  
 4.ADOLESCENTE FEMENINO  
 -SUBJETIVO: PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE DURANTE LA REVISTA, PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, ADECUADOPATRON DE SUEÑO, CON ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL, REFIERE COMER ADECUADAMENTE TRES COMIDAS DEL HOSPITAL CON ONCES ENTRE COMIDA NIEGA EPISODIOS EMETICOS Y OTRA SINTOMATOLOGIA.







### ANALISIS OBJETIVO

-PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL HIDRATADA, SOLABORADORA, SINSIGNOSDE DEDIFICULTAD RESPIRATORIA, NI SIRS  
 -CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS HIPOCROMICRAS,PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES EN CAVIDAD ORAL. CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADENOPATIAS.  
 -TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACION.  
 -ABDOMEN: PLANO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADEOMEGALIAS,  
 -GENITOURINARIO: GENITALES NO EXPLORADOS  
 -EXTREMIDADES: SIMETRICAS, HIPOTROFICAS, SIN EDEMA PULSOS DISTALES CONSERVADOS LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS  
 -NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE, PINRAC POSITIVO, NO ALTERACIONES SENSITIVO MOTORAS, SIN FOCALIZACION NI MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE HIPERTENSION ENDIOCRANEANA, NI NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES.  
 -PIEL RESEQUEZADA GENERALIZADA

### SIGNOS VITALES

**TENSION ARTERIAL** . **FRECUENCIA CARDIACA** 110 **FRECUENCIA RESPIRATORIA** 25 **PERIMETRO CEFALICO** N/A  
**TENSION MEDIA** . **TEMPERATURA** 36.5 **GLASGOW** 15 **PERIMETRO TORAXICO** N/A **SATURACION OXIGENO** 90

### ESCALA DEL DOLOR

					
0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
<input type="checkbox"/> Sin Dolor	<input type="checkbox"/> Poco Dolor	<input type="checkbox"/> Dolor Moderado	<input type="checkbox"/> Dolor fuerte	<input type="checkbox"/> Dolor muy Fuerte	<input type="checkbox"/> Dolor insoportable

Descripcion :

### PARACLINICOS ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

**PESO** 32,50 **FIO2** N/A

**Médico** ADRIAN CAMILO PINZON DURAN  
**Identificación**  
**Registro Médico** 80038992  
**Especialidad** PEDIATRIA

**Firma:** 

## EVOLUCION

Pagina 2/2

**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 29/06/2018 09:03:42 **Folio:** 13  
**Nombre del Paciente:** ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO **Ingreso:** 1759903

**-ANALISIS**

PACIENTE ADOLESCENTE FEMENINO QUE INGRESO CUADRO DE DESNUTRICION SEVERA, SECUNDARIO A TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, EN SU TERCER DIA DE HOSPITALIZACION EN EL MOMENTO PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, SIN PRESENTAR SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA , AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA PACIENTE TRANQUILA, COLABORADORA, EXAMEN FISICO SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS NUEVOS, SE INSISTE VALORACION POR NUTRICION CONTINUA IGUAL MANEJO POR PEDIATRIA CON DIETA A HORARIO CON REFRIGERIOS Y VIGILANCIA CLINICA, SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**PLAN**

-DIETA HIPERPROTEICA E HIPERCALORICA MAS TRES REFRIGERIOS  
-LACTATO DE RINGER PASAR A 72.5 CC HORA  
-RANITIDINA 50MG CADA 8 HORAS  
-PENDEINTE IC POR NUTRICION  
-CSV-AC

### DIAGNOSTICOS

### SE REALIZO PROCEDIMIENTO

Código	Descripción Diagnóstico	Observaciones	Ppal
E46X	DESNUTRICION PROTEICOALORICA , NO ESPECIFICADA		<input checked="" type="checkbox"/> I

### FORMULA MEDICA

Nombre del Medicamento	Posología	Cant
LACTATO DE RINGER X 500 ML	pasar a 60 cc hora.	5
RANITIDINA CLORHIDRATO x 50 mg.2ml s.n AMPOLLA	50MG I V CADA8H	1

**Médico** ADRIAN CAMILO PINZON DURAN  
**Identificación**  
**Registro Médico** 80038992  
**Especialidad** PEDIATRIA

**Firma:**



## EVOLUCION

Pagina 1/2

**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 30/06/2018 08:13:04 **Folio:** 16  
**Nombre del Paciente:** ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO **Ingreso:** 1759903  
**Fecha de Nacimiento:** 24/07/2003 **Sexo:** Femenino  
**Entidad:** NUEVA EPS **Plan de Beneficios:** CON NUEVA EPS  
**Edad :** 14 Años 11 Meses 15 Dias **Nivel Estrato:** BEN CATEGORIA A

causa Externa Enfermedad\_General Finalidad de la consulta No\_Aplica

### DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

PEDIATRIA  
 EDAD:14 AÑOS  
 PESO:32.5  
 DIAGNOSTICOS  
 1 DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SECUNDARIO  
 -TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA TIPO ANOREXIA  
 -DELGADEZ SEVERA IMC 14.78  
 2.TRASTORNO DE LA DISTORSION DE LA IMAGEN  
 3. RIESGO PISICOSOCIAL  
 -PERDIDA DE CUSTODIA DE MADRE  
 -ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL NO CLARO SEGUN HC  
 4.ADOLESCENTE FEMENINO  
 -SUBJETIVO: PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE DURANTE LA REVISTA, PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, ADECUADO PATRON DE SUEÑO, CON ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL, REFIERE COMER ADECUADAMENTE TRES COMIDAS DEL HOSPITAL CON ONCES ENTRE COMIDA NIEGA EPISODIOS EMETICOS Y EPISODIOS DE AUTOAGRESION







### ANALISIS OBJETIVO

-PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL HIDRATADA, SOLABORADORA, SINSIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NI SIRS  
 -CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS HIPOCROMICAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES EN CAVIDAD ORAL. CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADENOPATIAS.  
 -TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACION.  
 -ABDOMEN: PLANO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADEOMEGALIAS,  
 -GENITOURINARIO: GENITALES NO EXPLORADOS  
 -EXTREMIDADES: SIMETRICAS, HIPOTROFICAS, SIN EDEMA PULSOS DISTALES CONSERVADOS LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS  
 -NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE, PINRAC POSITIVO, NO ALTERACIONES SENSITIVO MOTORAS, SIN FOCALIZACION NI MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE HIPERTENSION ENDIOCRANEANA, NI NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES.  
 -PIEL RESEQUEZADA GENERALIZADA

### SIGNOS VITALES

<b>TENSION ARTERIAL</b>	<b>FRECUENCIA CARDIACA</b> 110	<b>FRECUENCIA RESPIRATORIA</b> 20	<b>PERIMETRO CEFALICO</b> N/A
<b>TENSION MEDIA</b>	<b>TEMPERATURA</b> 36.5	<b>GLASGOW</b> 15	<b>PERIMETRO TORAXICO</b> N/A
			<b>SATURACION OXIGENO</b> 90% AL AMBIENTE NTE

### ESCALA DEL DOLOR

					
0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
<input type="checkbox"/> Sin Dolor	<input type="checkbox"/> Poco Dolor	<input type="checkbox"/> Dolor Moderado	<input type="checkbox"/> Dolor fuerte	<input type="checkbox"/> Dolor muy Fuerte	<input type="checkbox"/> Dolor insoportable

Descripción :

**Médico** SONIA BERMUDEZ GODOY  
**Identificación**  
**Registro Médico** 53099155  
**Especialidad** MEDICINA GENERAL

Firma:



## EVOLUCION

Pagina 2/2

**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 30/06/2018 08:13:04 **Folio:** 16  
**Nombre del Paciente:** ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO **Ingreso:** 1250003  
**PARACLINICOS ANALISIS Y PLAN DE MANEJO** **PESO** 32,50 **FIO2** N/A

NO HAY PARACLINICOS NUEVOS

-ANALISIS  
 ADOLESCENTE DE 14 AÑOS QUIEN SE ENCUENTRA EN SU 4TO DIA DE HOSPITALIZACION, EN MANEJO DE DESNUTRICION PROTEICOALORICA, SECUNDARIA A TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, EN EL MOMENTO PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE SIN PRESENTAR SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NI EPISODIOS AUTOAGRESIVOS, AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA PACIENTE TRANQUILA, COLABORADORA, HIDRATADA, AFEBRIL, SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS, A LA ESPERA DE VALORACION POR NUTRICION Y PSIQUIATRIA, CON EL FIN DE DEFINIR CONDUCTA MEDICA, SE INSISTE EN REFERENCIA PARA PROCESOS DE INTERCONSULTA, SE LE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A MADRE DEL PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN  
 -DIETA HIPERPROTEICA E HIPERCALORICA MAS TRES REFIGERIOS  
 -LACTATO DE RINGER PASAR A 72.5 CC HORA  
 -RANITIDINA 50MG CADA 8 HORAS  
 -PENDEINTE IC POR NUTRICION Y PSIQUIATRIA  
 -CSV-AC

### DIAGNOSTICOS

### SE REALIZO PROCEDIMIENTO

Código	Descripción Diagnóstico	Observaciones	Ppal
E46X	DESNUTRICION PROTEICOALORICA , NO ESPECIFICADA		<input checked="" type="checkbox"/>
F500	ANOREXIA NERVIOSA		<input type="checkbox"/>

### FORMULA MEDICA

Nombre del Medicamento	Posología	Cant
LACTATO DE RINGER X 500 ML	pasar a 60 cc hora.	5
RANITIDINA CLORHIDRATO x 50 mg.2ml s.n AMPOLLA	50MG I V CADA8H	1

**Médico** SONIA BERMUDEZ GODOY  
**Identificación**  
**Registro Médico** 53099155  
**Especialidad** MEDICINA GENERAL

Firma:



## EVOLUCION

Página 1/2

**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 01/07/2018 09:05:41 **Folio:** 17  
**Nombre del Paciente:** ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO **Ingreso:** 1759903  
**Fecha de Nacimiento:** 24/07/2003 **Sexo:** Femenino  
**Entidad:** NUEVA EPS **Plan de Beneficios:** CON NUEVA EPS  
**Edad :** 14 Años 11 Meses 16 Dias **Nivel Estrato:** BEN CATEGORIA A

causa Externa Enfermedad\_General Finalidad de la consulta No\_Aplica

### DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

\*\*\*EVOLUCION PEDIATRIA\*\*\*

EDAD:14 AÑOS

PESO:32.8

DIAGNOSTICOS

1 DESNUTRICION PROTEICOALORICA SECUNDARIO

-TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA TIPO ANOREXIA

-DELGADEZ SEVERA IMC 14.78

2.TRASTORNO DE LA DISTORSION DE LA IMAGEN

3. RIESGO PISICOSOCIAL

-PERDIDA DE CUSTODIA DE MADRE

-ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL NO CLARO SEGUN HC

4.ADOLESCENTE FEMENINO

-SUBJETIVO: PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA HERMANA DURANTE LA REVISTA, PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, ADECUADO PATRON DE SUEÑO, CON ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL, REFIERE COMER ADECUADAMENTE TRES COMIDAS DEL HOSPITAL CON ONCES ENTRE COMIDA NIEGA EPISODIOS EMETICOS Y EPISODIOS DE AUTOAGRESION, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES DE CARACTERISTICAS NORMALES

### ANALISIS OBJETIVO

-PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL HIDRATADA, COLABORADORA, SIN SIGNOS DE DEDIFICULTAD RESPIRATORIA, NI SIRS

-CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS HIPOCROMICRAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES EN CAVIDAD ORAL. CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADENOPATIAS.

-TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACION.

-ABDOMEN: PLANO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI ADEOMEGALIAS,

-GENITOURINARIO: GENITALES NO EXPLORADOS

-EXTREMIDADES: SIMETRICAS, HIPOTROFICAS, SIN EDEMA PULSOS DISTALES CONSERVADOS LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS

-NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE, PINRAC POSITIVO, NO ALTERACIONES SENSITIVO MOTORAS, SIN FOCALIZACION NI MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE HIPERTENSION ENDOCRANEANA, NI NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES.







-PIEL RESEQUEZADA GENERALIZADA

### SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL . FRECUENCIA CARDIACA 110 FRECUENCIA RESPIRATORIA 15 PERIMETRO CEFALICO N/A

TENSION MEDIA . TEMPERATURA 36.5 GLASGOW 15 PERIMETRO TORAXICO N/A SATURACION OXIGENO 90

### ESCALA DEL DOLOR

					
0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
<input type="checkbox"/> Sin Dolor	<input type="checkbox"/> Poco Dolor	<input type="checkbox"/> Dolor Moderado	<input type="checkbox"/> Dolor fuerte	<input type="checkbox"/> Dolor muy Fuerte	<input type="checkbox"/> Dolor insoportable

Descripcion :

### PARACLINICOS ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PESO 32,80 FIO2 N/A

**Médico** DONALDO JOSE SOLANO DE ALBA

**Identificación**

**Firma:**

**Registro Médico** 8508858

**Especialidad** MEDICINA DE URGENCIAS



## EVOLUCION

Página 2/2

**No Historia Clínica:** 1000133169 **Fecha de Ingreso:** 26/06/2018 12:25:58 **Fecha de Registro:** 01/07/2018 09:05:41 **Folio:** 17  
**Nombre del Paciente:** ANGIE LORENA ALFONSO LIEVANO **Ingreso:** 1759903  
 NO HAY PARACLINICOS NUEVO

-ANÁLISIS: PACIENTE ADOLESCENTE FEMENINO DE 14A ÑOS QUIEN SE ENCUENTRA EN SU 5TO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN POR CUADRO DE DESNUTRICIÓN PROTEICA CALORICA SEVERA SECUNDARIO A TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, EN QUIEN SE HA REALIZADO ORDENES DE REMISIÓN PARA VALORACIÓN POR NUTRICIÓN Y PSIQUIATRÍA, SE INSISTE EN PROCESO DE ACEPTACIÓN PARA SU RESPECTIVA VALORACIÓN. EN EL MOMENTO PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, SIN PRESENTAR SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA PACIENTE TRANQUILA, COLABORADORA, SIN NUEVOS HALLAZGOS PATOLÓGICOS, CON PESO ACTUAL DE 35.8, CON ADECUADO PATRÓN ALIMENTARIO, SE DECIDE CONTINUAR IGUAL MANEJO MÉDICO INSTAURADO, SE EXPLICA CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

-PLAN  
 -DIETA HIPERPROTEICA E HIPERCALORICA MAS TRES REFRIGERIOS  
 -LACTATO DE RINGER PASAR A 72.5 CC HORA  
 -RANITIDINA 50MG CADA 8 HORAS  
 -PENDIENTE IC POR NUTRICIÓN Y PSIQUIATRÍA  
 -CSV-AC

### DIAGNOSTICOS

### SE REALIZO PROCEDIMIENTO

Código	Descripción Diagnóstico	Observaciones	Ppal
F500	ANOREXIA NERVIOSA		<input type="checkbox"/> I
E46X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA		<input checked="" type="checkbox"/> I

### FORMULA MEDICA

Nombre del Medicamento	Posología	Cant
LACTATO DE RINGER X 500 ML	pasar a 60 cc hora.	5

**Médico** DONALDO JOSE SOLANO DE ALBA  
**Identificación**  
**Registro Médico** 8508858  
**Especialidad** MEDICINA DE URGENCIAS

**Firma:**