



ANEXO TECNICO No. 9

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FORMATO DE ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



Fecha: 2018-07-25 Hora: 15:43

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	CLINICA PARTENON LTDA			NIT	X	800085486-2
Código	110015453	Dirección prestador:	Cra 77 a No 73-41	CC		
Teléfono	4360411	Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:	Bogotá	

DATOS DEL PACIENTE

BRICEÑO	JIMENEZ	MARCO	ANTONIO
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	19183803	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación	Número de documento de identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificaci		
<input type="checkbox"/> Cedula de extranjería	Fecha de Nacimiento		25/09/1952
Dirección de Residencia Habitual		CLL 64 I # 76- A 51 V/LUZ	
Departamento:		11 BOGOTA D.C.	Municipio:
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		FAMISANAR E.P.S. 2017 / 2018	CÓDIGO:
			830003564-7

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

SIERRA	NO TIENE	SILVIA	NO TIENE
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos sin identificación	Número de documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificaci		
<input type="checkbox"/> Cedula de extranjería			
Dirección de Residencia Habitual		Teléfono:	
		3156535971	
Departamento:		Municipio:	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	TATIANA ANDREA BARBOSA BARRERA	Teléfono	*
Servicio que solicita la referen	URGENCIAS	indicativo	numerc
Servicio para el cual se solicita la referen	PSIQUIATRIA	Teléfono celular	-

INFORMACIÓN CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, Diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

SIGNOS VITALES TA 104/61FC67 FR 18 SAT 90 TEMP 36.1

PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DE PARKINSON, TAB ? FALLA CARDIACA, DEPRESION Y DEMENCIA, AL INGRESO CON DESORIENTACION ESPACIAL, BRADILALIA BRADIPSQUIA, EPISODIO DE HETEROAGRESION Y ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, VALORADO POR NEUROLOGIA QUIENES CONSIDERAN NO SE EVIDENCIA DETERIORO DE SÍNDROME HIPOKINETICO DE BASE, CON TAC Y PARACLINICOS DENTRO DE LA NORMALIDAD. ADICIONAL VALORADO POR SERVICIO DE PSICOLOGÍA QUIENES INDICAN PACIENTE CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO QUIEN REQUIERE MANEJO INSTITUCIONAL POR PSIQUIATRIA, ADEMAS PACIENTE CON MALA RED DE APOYO, VIVE SOLO. EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADO, COHERENTE EN SUS RESPUESTAS, BRADILALICO, BRADIPSQUICO, NO HA VUELTO HA PRESENTAR EPISODIOS DE HETEROAGRESION, NI ALUCINACIONES SE CONSIDERA INICIO DE TRAMITES DE REMISIÓN A PSIQUIATRIA EN INSTITUCION. POR EL MOMENTO SE SOLICITA INTERCONSULTA A SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL. ECOGRAFÍA COMO UNICO HALLAZGO HIDRONEFROSIS IZQUIERDA GRADO I SIN CAMBIOS ADICIONALES. SE HABLA CON ACOMPAÑANTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

CLINICA PARTENON
COORDINADOR DE REFERENCIA
Y CONTRAREFERENCIA
25/07/2018
16:00

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE



19183803

Epicrisis

19183803

Apellidos: **BRICEÑO JIMENEZ**Nombres: **MARCO ANTONIO**

Fecha de ingreso:

Fecha de egreso:

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 19183803

Ing: 3 Habitación: OBS1-09

Estado civil: CASADO

Fecha naci.: 25/09/1952 Edad: 65 A Sexo: M

Dirección de residencia: CLL 64 I # 76- A 51 V/LUZ

Ocupación: PENSIONADO

Entidad: FAMISANAR E.P.S.

Teléfono: 4300166

Municipio: ENGATIVA-10

Origen del Evento: Enfermedad general

Tipo Afiliado: Cotizante

Categoría / Estrato: B

Servicio de Ingreso: URGENCIAS

No autorización: 37867093

Servicio de Egreso:

MOTIVO DE CONSULTA

"VENIA HACE DIAS CON DESORIENTACIONES PERO HOY YA ESTUVO AGRESIVO Y HABLANDO COSAS QUE NO ERAN COHERENTES"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente masculino de 65 años con antecedente de Cardiopatía, enfermedad coronaria 2012, stent coronario, falla cardiaca y depresión, Parkinson, quien vive solo, mal presentación personal, ingresa en compañía de la hija por cuadro clínico de 20 días de evolución consistente en somnolencia, desorientación, con ideas delirantes, alucinaciones visuales y auditivas, agresividad, logorrea, hija refiere no sabe si toma adecuadamente medicamentos. Refiere viene en manejo con Carbonato de litio, quetiapina, para depresión, Hija refiere no contrala esfínteres, niega dolor torácico.

ANTECEDENTES

Antecedentes : 25-JUL-2018

Alérgicos:

ANTECEDENTES FAMILIARES: Niega

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 110 TA Diastólica= 70 FC= 100 FR= 14 Temperatura= 36

Peso(Kg)= 65 Talla= 150 IMC= 0,00 Glasgow= 14

SpO2 = 90

REVISION POR SISTEMAS

Sistema Nervioso: Niega síntomas

Organos de los Sentidos: Niega síntomas

Sistema Cardio respiratorio: Niega síntomas

Sistema Gastrointestinal: Niega síntomas

Sistema GenitoUrinario: Niega síntomas

Sistema Osteomuscular: Niega síntomas

Trastornos endocrinos y metabólicos: Niega síntomas

Glándulas y anexos: Niega síntomas

EXAMEN FISICO

Estado general: R. REGULAR ESTADO GENERAL

Cabeza: Normal clínicamente

Organos de los sentidos: Normal clínicamente

Cuello: sin masas, con dolor a la palpación cervical.

Tórax y pulmones: sin agregados,

Cardiovascular: Ruidos rítmicos taquicardicos.

Abdomen: Normal clínicamente

Genitourinario: Normal clínicamente

Osteomuscular: Normal clínicamente

Neurológico: Somnoliento, orientado en tres esferas, hiperreflexico, rigido,

Reflexos y faneras: Normal clínicamente

Marcha: Normal clínicamente

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

1. ICD3X DEMENCIA, NO ESPECIFICADA

Tipo: 3 Confirmado repetido

2. ICD2X PARKINSONISMO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

25/07/2018 04:03:55 p.m.



Epicrisis

19183803



19183803

Apellidos: **BRICEÑO JIMENEZ**
Fecha de ingreso: Fecha de egreso:
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 19183803
Estado civil: CASADO
Dirección de residencia: CLL 64 I # 76- A 51 V/LUZ
Entidad: **FAMISANAR E.P.S.**
Origen del Evento: Enfermedad general
Servicio de Ingreso: URGENCIAS

Nombres: **MARCO ANTONIO**
Ing: 3 Habitación: OBS1-09
Fecha nacim. 25/09/1952 Edad: 65 A Sexo: M
Ocupacion: PENSIONADO
Teléfono: 4300166
Tipo Afiliado: Cotizante
No autorización: 37867093
Servicio de Egreso:

APOYOS DIAGNOSTICOS NO POS

MEDICAMENTOS NO POS

MATERIALES E INSUMOS NO POS

**** EVOLUCION CRONOLOGICA - PROCEDIMIENTOS (Indicación y Resultados)**

Paciente masculino de 65 años con antecedente de Parkinson, demencia senil, enfermedad coronaria, falla cardíaca, depresión, en manejo con clonazepam y litio, con mala red de apoyo, vive solo, con mala adherencia al tratamiento, mal aseo personal, ingresa por cuadro clínico de 20 días de somnolencia, alucinaciones visuales, auditivas, episodios de agresividad, logorrea, con fluctuación de estado de ánimo, mal presentación personal, hija refiere se torna agresivo, no come, ingresa paciente somnoliento taquicárdico, afebril, sin signos de bajo gasto, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen blando, sin signos de abdomen agudo, examen neurológico somnoliento orientado en tiempo y espacio, nomina, comprende, hiperreflexia en 4 extremidades, no signos meníngeos, no alteración de pares craneales, considero paciente con sospecha de delirium de origen orgánico, a descartar intoxicación por litio. Se indica manejo con corticoide y analgesico, se solicitan paraclínicos y de acuerdo a resultados, definir conducta, se explica a familiar conducta a seguir quien refiere aceptar y entiende.

1. X
2. Trastorno hidroelectrolítico a descartar
3. Demencia senil
4. Episodio psicótico ?
5. Parkinson
6. Enfermedad coronaria
7. Insuficiencia cardíaca
8. Depresión
1. X AN
2. Sale de espera
3. Diclofeanaco 75 mg IM ahora
4. Dexametasona 8 mg IM ahora
5. As Hemograma, electrolitos, gases arteriales, TAC de crane simple, glucosa, fx renal, uroanálisis, gram
6. Control con resultados.

25 JUL-2018: CORRECCION ORDENES MEDICAS

Paciente masculino de 65 años con antecedente de Parkinson, demencia senil, enfermedad coronaria, falla cardíaca, depresión, en manejo con clonazepam y litio, con mala red de apoyo, vive solo, con mala adherencia al tratamiento, mal aseo personal, ingresa por cuadro clínico de 20 días de somnolencia, alucinaciones visuales, auditivas, episodios de agresividad, logorrea, con fluctuación de estado de ánimo, mal presentación personal, hija refiere se torna agresivo, no come, ingresa paciente somnoliento taquicárdico, afebril, sin signos de bajo gasto, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen blando, sin signos de abdomen agudo, examen neurológico somnoliento orientado en tiempo y espacio, nomina, comprende, hiperreflexia en 4 extremidades, no signos meníngeos, no alteración de pares craneales, considero paciente con sospecha de delirium de origen orgánico, a descartar intoxicación por litio. Se indica manejo con corticoide y analgesico, se solicitan paraclínicos y de acuerdo a resultados, definir conducta, se explica a familiar conducta a seguir quien refiere aceptar y entiende.

1. X
2. Trastorno hidroelectrolítico a descartar
3. Demencia senil
4. Episodio psicótico ?
5. Parkinson
6. Enfermedad coronaria
7. Insuficiencia cardíaca
8. Depresión
1. X AN
2. Observación
3. lactato de ringer bolo de 500 cc y continuar 100 cc hora
4. Omeprazol 40 mg IV ahora
5. As Hemograma, uroanálisis, gram, electrocardiograma, TAC de cráneo simple, electrolitos, función hepática, gases arteriales, fx renal.
6. Control con resultados.



Epicrisis

19183803



19183803

Apellido: **BRICEÑO JIMENEZ**
Fecha de ingreso: Fecha de egreso:
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 19183803
Estado civil: CASADO
Dirección de residencia: CLL 64 I # 76- A 51 V/LUZ
Ciudad: **FAMISANAR E.P.S.**
Origen del Evento: Enfermedad general
Servicio de Ingreso: URGENCIAS

Nombres: **MARCO ANTONIO**
Ing: 3 Habitación: OBS1-09
Fecha nacim. 25/09/1952 Edad: 65 A Sexo: M
Ocupacion: PENSIONADO
Teléfono: 4300166 Municipio: ENGATIVA-10
Tipo.Afiliado: Cotizante Categoría / Estrato: B3
No autorización: 37867093
Servicio de Egreso:

25 JUL-2018: Paciente de 65 años de edad con diagnósticos anotados. Se revisan paraclínicos TAC de cráneo simple sin presencia de hemorragias lesiones vasculares, atrofia cortical en espera de reporte oficial. Paraclínicos BUN 22.5 Na 147 K 3.68 Cloro 109 Glucosa 93 Creatinina 1.09 Ca 1.2 Hemograma L 10850 N 75% Hb 13.5 gr/dl Htco 41.6% Plaquetas 236.000. SS Val por Neurología y psicología

25 JUL-2018: TAC DE CRÁNEO SIMPLE Cambios retráctiles del parénquima encefálico por atrofia esperada para la edad, con ampliación secundaria del espacio subaracnoidico y del volumen del sistema ventricular sin signos de actividad hidrocefálica. Coeficientes de atenuación normales del parénquima supra e infratentorial, con adecuada diferenciación cortico subcortical. Estructuras de la línea media conservadas. Amplitud conservada de las cisternas perimesencefálicas y cisternas silvianas. No se identifican masas, hematomas ni colecciones extra-axiales compresivas. Lo visualizado del tallo y de la fosa posterior es de aspecto escanográfico usual. Orbitas, cavidades paranasales y estructuras óseas de la calota y la base del cráneo sin alteraciones aparentes. OPINION: ESTUDIO DENTRO DE LÍMITES NORMALES PARA LA EDAD NO SE DESCARTA EVENTO ISQUEMICO HIPERAGUDO. CORRELACIONAR CON EL CONTEXTO CLINICO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. SE SUGIERE IRM.

NOTA MEDICA

PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTES ANOTADOS, CON CUADRO DE 20 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE CAMBIOS COMPORTAMENTALES DADO POR PENSAMIENTO DESORGANIZADO, IDEAS DELIRANTES, VERBORREA CON FAMILIARES, Y EPISODIOS DE DESORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO. HABLANDO CON ESPOSA LO RELACIONA POR EVENTO DE SEPARACION RECIENTE INDICANDO QUE EL PACIENTE VIVE SOLO Y QUE DESDE ENTONCES VECINOS HAN ALERTADO SOBRE LOS CAMBIOS DE CONDUCTA OBSERVADOS. INGRESADO A OBSERVACION PARA ESTUDIO. HASTA AHORA SIN TRASTORNO METABOLICO, HIDROELECTROLITICOS. ANÁLISIS CON HEMATURIA. EN TAC DE CRÁNEO NO LESIONES HEMORRAGIAS CLARAS. EN REPORTE RADIOLOGO NO DESCARTA EVENTO ISQUEMICO HIPERAGUDO POR LO QUE TIENE PENDIENTE VALORACION POR NEUROLOGIA. AL EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES NORMALES DESORIENTADO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLÓGICA. SE CONSIDERA CUADRO MAS DE ORIGEN MENTAL CON DETONANTE DADO POR SEPARACION. SE AUMENTA DOSIS DE QUETIAPINA. SE SOLICITA NIVELES DE LITIO, CONCEPTO DE PSICOLOGIA. ADEMAS ECO RENAL POR HEMATURIA ENCONTRADA. DEPENDIENTE CONCEPTO DE NEUROLOGIA AVAL PARA REMISION A PSIQUIATRIA.

PLAN

OBSERVACION
DIETA CON RESTRICCION HIDRICA 800 CC
CONTRER HEPARINIZADO
LOSARTAN 50 MG VO CADA 12H ORAS
CARBIDOPA+ LEVODOPA 5 VECES AL DIA
NADABRINA 5 MG VO CADA 12 HORAS (LO TIENE LA PACIENTE)
ATORVASTATINA 40 MG VO DIA NOCHE
ASA 100 MG VO DIA
CARBONATO DE LITIO 1 TAB MEDIO DIA
QUETIAPINA 100 MG VO DIA
PRAMIPEXOL 1 VEZ AL DIA (LO TIENE LA PACIENTE)
CONTROL DE SIGNOS VITALES
CIV PRAZOL 40 MG IV DIA
FOLM 40 MG SC DIA
DEPENDIENTE CONCEPTO DE NEUROLOGIA
DE PSICOLOGIA
DE ECO RENAL
DE NIVELES DE LITIO

25 JUL-2018: PACIENTE EN LA SEPTIMA DECADA DE SU VIDA CON SD HIPOKINETICO RIGIDO DE BASE, QUIEN CONSULTA POR ALTERACIONES COMPORTAMENTALES, ACTUALMENTE SIN EVIDENCIA DE DETERIORO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON, EN QUIEN CONSIDERO CONTINUAR TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ESTABLECIDO. REVISO TAC DE CRANEO SIMPLE Y PARACLINICOS SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES, POR LO QUE DEBE SER VALORADO POR PSIQUIATRIA

PARACLINICOS

sin presencia de hemorragias lesiones vasculares, atrofia cortical en espera de reporte oficial. Paraclínicos BUN 22.5 Na 147 K 3.68 Cloro 109 Glucosa 93 Creatinina 1.09 Ca 1.2 Hemograma L 10850 N 75% Hb 13.5 gr/dl Htco 41.6% Plaquetas 236.000.

NO REQUIERE MANEJO POR NEUROLOGIA
SE CIERRA IC

25 JUL-2018: PSICOLOGIA: SE REALIZA INTERCONSULTA CON LA ESPOSA DEL PACIENTE Y SU HERMANA CON QUIENES SE INFORMAN DE CONDUCTAS SIGNIFICATIVAS EN CUANTO EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE EL CUAL SE CARACTERIZA POR DESORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO, CONDUCTAS DE HETEROAGRESION, IDEAS PARANOIDES Y AFECTACION DEL BIEN AJENO. DE FORMA ESPECIFICA SE CONSIDERA PERTINENTE REALIZAR REMISION A INSTITUCION ESPECIALIZADA CON EL SERVICIO DE

25/07/2018 04:03:55 p.m.



Epicrisis

19183803



19183803

Apellidos: **BRICEÑO JIMENEZ**
Fecha de ingreso: Fecha de egreso:
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 19183803
Estado civil: CASADO
Dirección de residencia: CLL 64 I # 76- A 51 V/LUZ
Ciudad: **FAMISANAR E.P.S.**
Origen del Evento: Enfermedad general
Servicio de Ingreso: URGENCIAS

Nombres: **MARCO ANTONIO**
Ing: 3 Habitación: OBS1-09
Fecha naci.: 25/09/1952 Edad: 65 A Sexo: M
Ocupación: PENSIONADO
Teléfono: 4300166 Municipio: ENGATIVA-10
Tipo Afiliado: Cotizante Categoría / Estrato: B
No autorización: 37867093
Servicio de Egreso:

PSIQUIATRÍA PARA LA EVALUACIÓN DE UN POSIBLE CUADRO DE DEMENCIA QUE REQUIERA DE APOYO ESPECIALIZADO. ASIMISMO, SE CONSIDERA PERTINENTE REMISIÓN AL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL, TENIENDO EN CUENTA QUE EL PACIENTE VIVE SOLO, RECIENTEMENTE DIVORCIADO Y CON DIFICULTADES EN EL VÍNCULO CON HIJOS. DE IGUAL FORMA, SE SUGIERE REMISIÓN POR CONSULTA EXTERNA AL SERVICIO DE NEUROPSICOLOGÍA, CON EL OBJETIVO DE FAVORECER EL APOYO A NIVEL COGNITIVO.

25 JUL 2018: PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DE PARKINSON, TAB 2: FALLA CARDIACA, DEPRESION Y DEMENCIA, AL INGRESO CON DESORIENTACION ESPACIAL, BRADILALIA BRADIPSQUIA, EPISODIO DE HETEROAGRESION Y ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, VALORADO POR NEUROLOGIA QUIENES CONSIDERAN NO SE EVIDENCIA EL TRASTORNO DE SÍNDROME HIPOKINETICO DE BASE, CON TAC Y PARACLINICOS DENTRO DE LA NORMALIDAD. ADICIONAL VALORADO POR SERVICIO DE PSICOLOGIA QUIENES INDICAN PACIENTE CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO QUIEN REQUIERE MANEJO INSTITUCIONAL POR PSIQUIATRIA, ADEMAS PACIENTE CON MALA RED DE APOYO, VIVE SOLO. EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADO, COHERENTE EN SUS RESPUESTAS, BRADILALICO, BRADIPSQUICO, NO HA VUELTO HA SENTAR EPISODIOS DE HETEROAGRESION, NI ALUCINACIONES SE CONSIDERA INICIO DE TRAMITES DE REMISIÓN A PSIQUIATRIA EN INSTITUCION. POR EL MOMENTO SE SOLICITA INTERCONSULTA A SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL. ECOGRAFÍA COMO ÚNICO HALLAZGO HIRONEFROSIS IZQUIERDA GRADO I SIN CAMBIOS ADICIONALES. SE HABLA CON ACOMPAÑANTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

PLAN
OBSERVACIÓN
DIETA CON RESTRICCIÓN HIDRICA
CATETER HEPARINIZADO
LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS
CARBIDOPA+ LEVODOPA 5 VECES AL DIA
MABRADINA 5 MG VO CADA 12 HORAS (LO TIENE EL PACIENTE)
ATORVASTATINA 40 MG DIA NOCHE
ASA 100 MG VO DIA
CARBONATO DE LITIO 1 TABLETA MEDIO DIA
QUETIAPINA 100 MG VIA ORAL DIA
PRAMIPEXOL 1 VEZ AL DIA (LO TIENE EL PACIENTE)
G.M. PRAZOL 40 MG DIA
SE SOLICITA REMISIÓN A PSIQUIATRIA EXTRASITUCIONAL
SE SOLICITA VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL
MONITOREAR NIVELES DE LITIO

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

RECOMENDACIONES E INCAPACIDAD

Firma y sello del profesional:
Identificación:
Registro Medico:
Especialidad: