



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

Pag: 1 de 20
Fecha: 15/09/18

RESUMEN DE HISTORIA

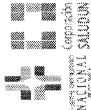
NOMBRE:	ANA MARIA RUEDA OROZCO	TIPO DE DOC:	CC	N° DOC:	38645243
EDAD:	53 AÑOS	FECHA DE NACIMIENTO:	15/03/1965		
FECHA DE INGRESO:	11/09/2018 21:43:4	FECHA DE EGRESO:	15/09/2018 10:13:1		
SERVICIO INGRESO:	HOSPITALIZACIÓN	SERVICIO EGRESO:	HOSPITALIZACIÓN		
PABELLON EVOLUCIÓN:	8 UNIPERSONAL				

<u>INGRESO DEL PACIENTE</u>					
FECHA:	11/09/2018	HORA:	21:43	SERVICIO:	HOSPITALIZACION
				CAUSA EXTERNA:	ENFERMEDAD GENERAL
<u>DIAGNOSTICOS</u>					
Principal		F28X	PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO NO ESPECIFICADA		
Relacionado 1		G219	PARKINSONISMO SECUNDARIO NO ESPECIFICADO		
MEDICO :				LAURA MILENA GOMEZ CIFUENTES	RW: 1032384242
ESPECIALIDAD :				MEDICINA GENERAL	

NOTA MEDICA	
FECHA:	11/09/2018
HORA:	23:13:55
INGRESO A PISO	
PACIENTE	ANA MARIA RUEDA OROZCO
EDAD	53 AÑOS
PROCEDENTE	SOACHA
CONVIVE	CON HIJOS Y NIETO
OCCUPACION	TRABAJO EN OFICIOS VARIOS
CAUDAL	DE LA INFORMACION REGULAR

MC NO PODIA CAMINAR
CUADRO CLINICO DE 5 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO PROGRESIVO TIPO OPRESIVO QUE SE IRRADIA A EXTREMIDAD CONTRALATERAL HASTA EL PUNTO DE LIMITAR LA MARCHA LA PACIENTE SE TORNO ANSIOSA , HETERO Y AUTOAGRESIVA , (TOMO UN CUCHILLO Y TUVO LA INTENCION DE CORTARSE LAS VENAS) POR LO QUE CONSULTO A CLINICA PSIQUIATRICA DONDE ESTUVO HOSPITALIZADA HACE 1 AÑO POR CUADRO SIMILAR POR DISPONIBILIDAD DE CAMAS FUE REMITIDA A CLINICA EMMANUEL EN DONDE SE CONSIDERO CAMBIOS EN COMPORTAMIENTO ASOCIADO A MEDICAMENTOS DE BASE , PERO DADO PARESIA EN MIEMBROS INFERIORES REMITEN PARA DESCARTAR EVENTO CEREBRAL DESENCADENANTE .

ANTECEDENTES	
PATOLOGICOS	ENFERMEDAD DE PARKINSON , TRASTORNO DE ANSIEDAD
FARMACOLOGICOS	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONA 3 VECES AL DIA MIRTAZAPINA 15 MG EN LA NOCHE CLONAZEPAM 5-5-10 GOTAS CLOZAPINA 200 MG
QUIRURGICOS	COLECISTECTOMIA
TOMOS	NEGA
ALERGICOS	NEGA
G/O	G7P3A4V3 FUR HACE 3 AÑOS
FAMILIARES	PADRE CA DE PANCREAS , MADRE DIABETES MELLITUS
REVISION POR SISTEMAS	
7J.0 "HOSVITAL"	
Usuario:	MPUENTESMARCELA PATRICIA PUNTES HERRERA



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

Pag: 2 de 20
Fecha: 15/09/18

RESUMEN DE HISTORIA

REFIERE HACE 2 DIAS DISURIA , POLIAQUIRIA , URGENCIA URINARIA , ORINA FETIDA FIEBRE CUANTIFICADA EN 38 GRADOS HOY ADEMAS DE DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO QUE SE IRRADIA A POSTERIOR, SINTOMAS SE INTERPRETARON COMO INFECCION DE VIAS URINARIAS SE FORMULO CEFALOXINA EL DIA DE HOY ANTES DE LA REMISION , PACIENTE REFIERE NO SE INICIO
REFIERE LA HUA QUE HACE 1 AÑO PRESENTA CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO (RAYANDO CARROS, ENTRANDO A TIENDAS A ROBAR) MOMENTO EN QUE FUE HOSPITALIZADA EN CAMPO ABIERTO , SE INICIO MIRTAZAPINA , CLOZAPINA Y CLONAZEPAM CON MEJORIA CLINICA , HACE 8 MESES PRESENTA ALTERACIONES MAS AISLADAS DADAS POR AGRESIVIDAD A LOS HIJOS , JUGAR CON LA COMIDA , RELATA QUE ES AGREDIDA POR UN BORRACHO .

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES ALERTA CONCIENTE ORIENTADA EN PERSONA, SIGNOS VITALES FC 104 FR 22 TEMO SAT 91 %
MUCOSAS ROSADAS PUPILAS NORMORREACTIVAS ESCLERAS ANICTERICAS CUELLO MOVIL NO MASAS , NUD INGURGITACION YUGULAR , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SORLOS , RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS , ABDOMEN BLANDO CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO , DOLOROSO A LA PALPACION GENERALIZADO, DE PREDOMINIO EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO Y EN ABDOMEN INFERIOR RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, PUÑO PERCUSION DERECHA POSITIVA , EXTREMIDADES SIMÉTRICAS NO EDEMAS ADECUADA PERFUSION DISTAL GU GENITALES NORMOCONFIGURADOS , LEUCORREA FETIDA-
NEUROLOGIA , PACIENTE ALERTA, ATENTA, ORIENTADA EN PERSONA , NOMINA, ABSTRAE, REPITE , OBEDECE ORDENES SENCILLAS, ISOCORIA NORMORREACTIVA, MOVIMIENTOS OCULARES SIN RESTRICCIONES, SENSIBILIDAD Y MIMICA FACIAL SIMÉTRICA, ADECUADA ELEVACION DEL VELO DEL PALADAR, UVULA CENTRAL, DISARTRIA FUERZA 5/5 EN MIEMBROS SUPERIORES 2/5 MIEMBROS INFERIORES ANESTESIA EN MIEMBROS INFERIORES RESPUESTA PLANTAR FLEXORA BILATERAL, NO HAY SIGNOS MENINGEOS.

PARACLINICOS NO TIENE

ANALISIS

PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE PARKINSON Y DE TRASTORNO DE ANSIEDAD , CON CUADRO DE 5 DIAS DE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES PROGRESIVO HASTA LIMITAR LA MARCHA , LO QUE REACTIVA EPISODIOS DE AGITACION PSICOMOTORA , HETERO Y AUTOAGRESION POR LO QUE SE HOSPITALIZA EN UNIDAD DE SALUD MENTAL , EN DONDE SE CONSIDERO INTERNACION PAR AMANEO DE PSICOSIS Y SINTOMAS DEMENCIALES ASOCIADOS A ENFERMEDAD DE PARKINSON SIN EMBARGO DADO SINTOMAS Y SIGNOS MOTORES Y SENSITIVOS , SE SOLICITA TAC DE CRANEO PARA DESCARTAR EVENTO CEREBRAL QUE EXPLIQUE LA SINTOMATOLOGIA , JUNTO CON VALORACION POR NEUROLOGIA , LLAMA LA ATENCION SINTOMAS URINARIOS IRRITATIVOS , JUNTO CON DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO, FIEBRE Y TAQUICARDIA, NO SE DESCARTA INFECCION DE VIAS URINARIAS SE SOLICITA PARACLINICOS , Y VALORACION POR MEDICINA INTERNA , ADICIONALMENTE SEGUIMIENTO Y MANEJO POR PSIQUIATRIA

IDX

PARAPARESIA EN ESTUDIO
EVENTO CEREBROVASCULAR A DETERMINAR
TRASTORNO DE ANSIEDAD POR HISTORIA CLINICA
ENFERMEDAD DE PARKINSON
-DEMENCIA POR ENFERMEDAD DE PARKINSON
INFECCION DE VIAS URINARIAS A DESCARTAR

PLAN
HOSPITALIZAR EN PISO
ACOMPANANTE PERMANENTE
DIETA CORRIENTE
TAPON HEPARINIZADO
CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS
7J.0 "HOSVITAL"

Usuario: MPUENTESMARCELA PATRICIA PUNTES HERRERA



HIOSCINA 20 MG IV CADA 8 HORAS
CLOZAPINA 100 MG 1-0-1
CLONAZEPAM 12-0-12
LEVODOPA 200 MG + CARBIDOPA 50 MG + ENTAPONE 200 MG 1 TABLETA CADA 8 HORAS
MIRTAZAPINA 15 MG VO CADA 24 HORAS
SS ECOGRAFIA ABDOMINAL
SS TAC DE CRANEO
SS PO+ GRAM (CON SONDAS) UROCULTIVO FFV AZODOS ELECTROLITOS CH
SS VALORACION NEUROLOGIA , PSIQUIATRIA , MEDICINA INTERNA
CSV AC

MEDICO : LAURA MILENA GOMEZ CIFUENTES
RM: 1032384242
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

NOTA MEDICA

FECHA: 12/09/2018 HORA: 09:49:02
***** INGRESO MEDICINA INTERNA*****
PACIENTE ANA MARIA RUEDA OROZCO
EDAD 53 AÑOS
PROCEDENTE SOACHA
CONVIVE CON HIJOS Y NIETO
OCUPACION TRABAJO EN OFICIOS VARIOS
CALIDAD DE LA INFORMACION REGULAR
MC: NO PODIA CAMINAR

EA: CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO PROGRESIVO TIPO OPRESIVO QUE SE IRRADIA A EXTREMIDAD CONTRALATERAL HASTA EL PUNTO DE LIMITAR LA MARCHA LA PACIENTE SE TORNO ANSIOSA , HETERO Y AUTOAGRESIVA , (TOMO UN CUCHILLO Y TUVO LA INTENCION DE CORTARSE LAS VENAS) POR LO QUE CONSULTO A CLINICA PSIQUIATRIA DONDE ESTUVO HOSPITALIZADA HACE 1 AÑO POR CUADRO SIMILAR POR DISPONIBILIDAD DE CAMAS FUE REMITIDA A CLINICA EMMANUEL EN DONDE SE CONSIDERO CAMBIOS EN COMPORTAMIENTO ASOCIADO A MEDICAMENTOS DE BASE, PERO DADO PARESIA EN MIEMBROS INFERIORES REMITEN PARA DESCARTAR EVENTO CEREBRAL DESENCADENANTE .

ANTECEDENTES
PATOLÓGICOS ENFERMEDAD DE PARKINSON , TRASTORNO DE ANSIEDAD
FARMACOLÓGICOS LEVODOPA CARBIDOPA ENTAPONA 3 VECES AL DIA MIRTAZAPINA 15 MG EN LA NOCHE CLONAZEPAM 5-5-10
GOTAS CLOZAPINA 200 MG
QUIRÚRGICOS COLECTOMIA
TÓXICOS NEGAS
ALÉRGICOS NEGAS
GIO G7P3AAV3 FUR HACE 3 AÑOS
FAMILIARES PADRE CA DE PÁNCREAS , MADRE DIABETES MELLITUS

REVISIÓN POR SISTEMAS
REFIERE HACE 2 DIAS DISURIA , POLAQUIURIA , URGENCIA URINARIA , ORINA FÉTIDA , FIEBRE CUANTIFICADA EN 38 GRADOS HOY ADENAS DE DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO QUE SE IRRADIA A POSTERIOR, SINTOMAS SE INTERPRETARON COMO INFECCION DE VAS URINARIAS SE FORMULO CEFALEXINA EL DIA DE HOY ANTES DE LA REMISION , PACIENTE REFIERE NO SE INICIO

Usuario:MPUENTESMARCELA PATRICIA PUENTES HERRERA

7J.0 *HOSVITAL*



RESUMEN DE HISTORIA

REFIERE LA HJUA QUE HACE 1 AÑO PRESENTA CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO (RAYANDO CARROS, ENTRANDO A TIENDAS A ROBAR)
MOMENTO EN QUE FUE HOSPITALIZADA EN CAMPO ABIERTO , SE INICIO MIRTAZAPINA , CLOZAPINA Y CLONAZEPAM CON MEJORIA CLINICA .
HACE 8 MESES PRESENTA ALTERACIONES MAS AISLADAS DADAS POR AGRESIVIDAD A LOS HIJOS , JUGAR CON LA COMIDA , RELATA QUE
ES AGREDIDA POR UN BORRACHO .

EXAMEN FISICO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES ALERTA CONCIENTE ORIENTADA EN PERSONA , SIGNOS VITALES PA: 115/63 FC 93 FR 22
TEMO SAT 99 %
MUCOSAS ROSADAS PUPILAS NORMORREACTIVAS ESCLERAS ANICTERICAS CUELLO MOVIL NO MASAS , NO INSGURGITACION YUGULAR
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS , RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS , ABDOMEN BLANDO CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO
DOLOROSO A LA PALPACION GENERALIZADO, DE PREDOMINIO EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO Y EN ABDOMEN INFERIOR RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, PUÑO PERCUSION DERECHA POSITIVA , EXTREMIDADES SIMETRICAS NO EDEMAS ADECUADA PERFUSION DISTAL
GU GENITALES NORMOCONFIGURADOS , LEUCORREA FETIDA.

NEUROLOGIA PACIENTE ALERTA, ATENTA, ORIENTADA EN PERSONA , NOMINA, REPITE, OBEDECE ORDENES SENCILLAS, PARES CRANEANOS, ISOCORIA NORMORREACTIVA, MOVIMIENTOS OCULARES SIN ALTERACIONES, SIMETRIA FACIAL, ADECUADA ELEVACION DEL VELO DEL PALADAR, UVULA CENTRAL, FUERZA 5/5 EN MIEMBROS SUPERIORES, MIEMBROS INFERIORES NO COLABORA CON IMPERSISTENCIA MOTORA, RIGIDEZ EN TODO EL RECORRIDO, RESPUESTA PLANTAR FLEXORA BILATERAL, RMT: ++/+++, NO HAY SIGNOS MENINGEOS.

PARACLINICOS
12/09/2018: BUN: 18.8 CRREAT: 0.75 GLUCOSA: 152.8 PCR: 168.17 CL: 106.4 K: 4.7 NA: 142
WBC: 15.720 N: 12320 HG: 13.7 PLT: 330
PARCIAL DE ORINA: PH: 9 LEUCOS: 500 NITRITOS POS GLUCOSA: NORMAL, PROTEINAS: 150 ERITROCITOS 250 CETONAS: NEG, SEDIMENTO: PENDIENTE
ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
Se realiza exploración de cavidad abdominal con transductor convex, con limitación técnica por interposición de gas, con los siguientes hallazgos:
Hígado de forma, tamaño, contornos y ecogenidad normales, sin evidencia de lesiones focales o difusas en su interior.
Vena porta y suprahepáticas permeables.
Aorta y vena cava de situación y apariencia usual.
Ausencia de vesícula biliar, lecho vesicular sin alteraciones.
Vía biliar intra y extra hepática de calibre normal. Cóledoco de 2.9mm.
Lo visualizado del páncreas y del retroperitoneo es de aspecto usual.
Bazo sin alteraciones ecográficas.
Rifones de forma, tamaño, contornos y ecogenidad normales, con adecuada diferenciación corticomédular. Rifón izquierdo con hallazgos parenquimatosos que sugieren doble sistema colector.
No se evidencian colecciones perirrenales. Sin dilatación del sistema colector.
Vejiga parcialmente distendida, de paredes engrosadas y orina particulada en su interior.
No se evidencia líquido libre en cavidad o colecciones.
Llama la atención dolor en cuadrante inferior derecho, sin embargo apéndice cecal no visualizada lo que no permite descartar patología a este nivel. No se aprecia signos secundarios de proceso inflamatorio.

Usuario:MPUENTESMARCELA PATRICIA PUENTES HERRERA

7J.0 *HOSVITAL*



RESUMEN DE HISTORIA

Estado post-coleciectomía.
Hallazgos en vejiga a correlacionar con proceso inflamatorio/infeccioso a este nivel.
Doble sistema colector izquierdo.
Correlacionar con sospecha clínica y/o eventuales estudios complementarios.

ANÁLISIS: PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO PSIQUIATRICO CONSULTA POR CUADRO DE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES ASOCIADO A PARESIAS PROGRESIVAS, ASOCIADO A HETERO Y AUTO AGRESIÓN POR ADEMAS REFIERE SINTOMATOLOGÍA URINARIA IRRITATIVA DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN POSTERIOR A USO DE PAÑAL, NEGIA MANIPULACIÓN DE LA VÍA URINARIA AL EXAMEN FÍSICO CON TAQUICARDIA, SIN OTROS SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN FIEBRE, ADECUADO ESTADO HEMADINAMICO, AL EXAMEN NEUROLÓGICO CON IMPERSISTENCIA MOTOR ADE MIEMBRO INFERIORES, RMT +++ con SUSEDAÑOS DE BABISKI NEGATIVOS, BABISKI CON RETIRO VOLUNTARIO DE LA EXTREMIDAD, NO COLABORA LA PACIENTE PARA SENSIBILIDAD Y DOLOR, CONSIDERAMOS PACIENTE CURSA ACTUALMENTE CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN ADECUADO MANEJO ANTIBIÓTICO CON CEFALOSPORINA DE PRIMERA GENERACIÓN, REQUIERE VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA DADO EL TRASTORNO MOTOR REFERIDO DESCARTANDO ORGANICIDAD, EN CUANDO A DIAGNÓSTICO DE PARKINSON Y DEMENCIA ASOCIADA E. EXAMEN MENTAL DE LA PACIENTE NO DEMUESTRA ALTERACIONES EN LA MEMORIA, ALGUNAS EN LA ATENCIÓN, AL EXAMEN FÍSICO SOLO ESTÁ APOYADO EN RIGIDEZ LA CUAL PUEDE SER SECUNDARIA A ANTIPISICÓTICOS, POR LO CUAL CONSIDERAMOS PARKINSONISMO REQUIERE AJUSTE DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA, SE LE EXPLICA A HUA.

IDX

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

TRASTORNO PSIQUIATRICO

- TRASTORNO FACTICIO

- PARKINSONISMO SECUNDARIO A ANTIPISICÓTICOS

PLAN

HOSPITALIZAR EN PISO

ACOMPañANTE PERMANENTE

DIETA CORRIENTE

TAPON HEPARINIZADO

CEFALOSOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS

HIOSCINA 20 MG IV CADA 8 HORAS

CLOZAPINA 100 MG 1-0-1

CLONAZEPAM 12-0-12

LEVODOPA 200 MG + CARBIDOPA 50 MG + ENTACAPONE 200 MG + TABLETA CADA 8 HORAS

MIRTAPAPINA 15 MG VO CADA 24 HORAS

P ECOGRAFIA ABDOMINAL

P TAC DE CRANEO

P/VALORACIÓN NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA

CSV AC

RM: 10247478

MEDICO : JORGE HERNAN LOPEZ RAMIREZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

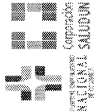
FECHA: 12/09/2018 HORA: 11:49:44

** Respuesta Interconsulta Neurología 12 de Septiembre 2018**

Elaboró:

7J.0 "HOSVITAL"

Usuario: MP. Puentes MARCELA PATRICIA Puentes HERRERA



RESUMEN DE HISTORIA

Pilar Enriquez Ruano - Residente I año Neurología UN
Laura Velásquez - Residente III año Neurología UN
Santiago Agudelo - Estudiante VII semestre medicina UN

Ana Maria Rueda Orozco

CC 39645243

Edad: 53 años

Procedente soacha

Convive con hijos y nieto

Ocupación: servicios generales

Fecha de ingreso HUN: 11/09/2018

Motivo de consulta:

Dolor en pierna izquierda

Enfermedad actual

Paciente con cuadro de 8 días de evolución consistente en dolor de localización en miembro inferior izquierdo que inició en región inguinal con posterior compromiso hasta la rodilla y de miembro inferior derecho, tipo punzada, de intensidad 7/10 que progresa hasta limitar la bipedestación y la marcha, sin síntomas sensitivos, sin alteración de control de esfínter urinario. Adicionalmente asociado a episodios de ansiedad con ideas de auto y heteroagresión.

Resumen de atención inicial: Valorada en clínica de salud mental en donde realizan ajuste de tratamiento y remiten para continuar estudio de síntomas motores.

Antecedentes:

Patológicos: Enfermedad De Parkinson diagnóstico hace 7 años. Trastorno de ansiedad

Farmacológicos: Levodopa/Carbidopa/Entacapona 3 Veces Al Día. Mirtazapina 30 mg en la Noche. Clonazepam

5-6-10 Gotas Clozapina 200 mg noche

Quirúrgicos: Coleciectomía

Toxicos: Niega

Alérgicos: Niega

Ginecoobstétricos: GTP3A4V3 FUR Hace 3 Años

Familiares: Padre Ca De Páncreas, Madre Diabetes Mellitus

Revisión por sistemas:

Generales: Sin pérdida de peso.

Urinarios: Sin incontinencia urinaria. Síntomas irritativos urinarios desde hace 2 días.

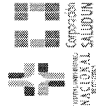
Neurológicos: Hace 7 años inicia con temblor distal en miembros superiores, bilateral, simétrico asociado a bloqueos en la marcha, sin disautonomías, sin calidas persistentes.

Examen físico:

Alerta, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria TA: 117/64 FC: 89 bpm FR: 16 rpm T: 36 °C SaO2: 92% (FO2 0.21). Escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, sin palidez mucocutánea, mucosa oral húmeda, cuello móvil, sin masas. Tórax simétrico, ruidos cardíacos rítmicos no soplos, respiratorios conservados sin agregados, abdomen doloroso en hipogastrio, no masas, extremidades arcos de movilidad limitados por dolor, llenado capilar 2 segundos.

Neurológico: Alerta, orientada en las tres esferas, nomina, entiende, obedece órdenes, con hipotonía, bradialia, bradipsiquia, hipomimia, llanto fácil, labilidad emocional. Pares craneales Reflejo fotomotor, consensual y de acomodación conservados, pupilas simétricas, campimetría por confrontación sin alteraciones. Mirada primaria central, movimientos oculares sin alteraciones, sin nistagmus. Sensibilidad y simetría facial conservadas. Óvula centrada, elevación simétrica del velo del paladar, reflejo nauseoso simétrico. Rotación 7J.0 "HOSVITAL"

Usuario: MP. Puentes MARCELA PATRICIA Puentes HERRERA



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

Pag: 7 de 20
Fecha: 15/09/18

RESUMEN DE HISTORIA

celática a resistencia normal. Lengua central, protrusión normal. Motor: Tono con leve rigidez izquierda, trofismo adecuado, fuerza 5/5 generalizada y en miembro inferior izquierdo limitada por dolor. Reflejos ++/++++ simétricos, respuesta plantar neutra bilateral, Hoffmann negativo, impersistencia motora. Sensibilidad inconsistente termalgésica, propioceptiva y vibratoria conservadas. Sin diéresia, sin adiadococinesia. Sin signos de irritación meníngea. Temblor en reposo de baja frecuencia y amplitud, en flexo extensión, sin bradicinesia. Marcha no evaluable.

Paradójicos:

Institucionales:

BUN 18.6 Creatinina 0.75 Sodio 142 Potasio 4.7 Cloro 106.4 PCR 168 17 Glucosa 152.8 Leucocitos 15,720
Neutrófilos 12,520 (78.4%) Linfocitos 2,020 (12.8%) Hemoglobina 13.7 Hematocrito 43.7 VCM 93.6 HCM 29.3 RDW
14.9 Plaquetas 330,000

Uroanálisis: Densidad 1015, pH 9.0, Leucocitos 500, Nitritos positivos, Proteínas 150, Glucosa normal, Cetonas negativo, Urobilinogeno normal, Bilirrubina negativo, Eritrocitos 250, Bacterias +++++, Células epiteliales 12, Leucocitos 6027, Hematíes 1827.
Gram de orina sin centrifugar: Leucocitos: Mayor de 30 XC. Bacilos Gram Negativos: Mayor de 30 XC. Bacilos Gram Positivos: 10-12 XC.

EXAMEN DIRECTO FRESCO DE SEC. VAGINAL: pH: 6.0, Trichomonas vaginalis Negativo, Hematíes: 1-5 XC.
Polimorfonucleares: 6-10 XC, Células GU: Positivo, COLORACIÓN GRAM Y LECTURA: Reacción Leucocitaria: Moderada Células guía: Positivo, Cocobacilos Gram Variables: +++++, Cocos Gram Positivos: ++, Resultado secreción Vaginal: Vaginitis Bacteriana, Vaginitis inespecífica

Tomografía de cráneo simple 12/09/2018: línea media central, cisternas libres, sin sangrado, sin signos de isquemia, sin lesiones ocupantes de espacio, atrofia cortical difusa.

Análisis:

Paciente con trastorno de ansiedad y parkinsonismo desde hace 7 años, cursa con síntomas motores en asociación a dolor en miembro inferior izquierdo sin signos inflamatorios locales, examen físico neurológico inconsistente entre examinadores, sin hallazgos objetivos de síndrome de motoneurona inferior o superior, sin organicidad, con preservación en sensibilidad, sin patrón radicular de dolor, tomografía de cráneo como única alteración atrofía cortical difusa, se complementarán estudios con CPK.

No hay elementos clínicos de enfermedad de Parkinson típica, sin embargo con probable parkinsonismo secundario a antipsicóticos por tiempo de evolución y características, no hay compromiso cognitivo, consideramos por la adecuada respuesta a agonistas dopa, continuar igual manejo, se evaluará por consulta externa modificación en dosis, se espere concepto de Psiquiatría para definir eventual ajuste en antipsicóticos.

Continuar manejo por medicina interna por infección de vías urinarias, no intervenciones adicionales por Neurología, reinterconsultar en caso de alteración en prueba de CPK.

Se habla con familiares y la paciente para realizar conciliación medicamentosa.

Plan:

Manejo por Medicina Interna

Se solicita CPK, reinterconsultar en caso de alteración.

Levodopa 200 /Carbidopa 50 /Entacapon 200 cada 8 horas ** Paciente lo tiene **

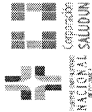
Al egreso control por consulta externa Neurología

Se cierra interconsulta

MEDICO : RODRIGO PARDO TURRIAGO RM: 6309
ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA

7J.0 "HOSVITAL"

Usuario:MPUENTESMARCELA PATRICIA PUNTES HERRERA



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

Pag: 8 de 20
Fecha: 15/09/18

RESUMEN DE HISTORIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 12/09/2018 HORA: 12:20

Paciente con trastorno de ansiedad y parkinsonismo desde hace 7 años, cursa con síntomas motores en asociación a dolor en miembro inferior izquierdo sin signos inflamatorios locales, examen físico neurológico inconsistente entre examinadores, sin hallazgos objetivos de síndrome de motoneurona inferior o superior, sin organicidad, con preservación en sensibilidad, sin patrón radicular de dolor, tomografía de cráneo como única alteración atrofía cortical difusa, se complementarán estudios con CPK.

No hay elementos clínicos de enfermedad de Parkinson típica, sin embargo con probable parkinsonismo secundario a antipsicóticos por tiempo de evolución y características, no hay compromiso cognitivo, consideramos por la adecuada respuesta a agonistas dopa, continuar igual manejo, se evaluará por consulta externa modificación en dosis, se espere concepto de Psiquiatría para definir eventual ajuste en antipsicóticos.

Continuar manejo por medicina interna por infección de vías urinarias, no intervenciones adicionales por Neurología, reinterconsultar en caso de alteración en prueba de CPK.

Se habla con familiares y la paciente para realizar conciliación medicamentosa.

Solicitado por : RODRIGO PARDO TURRIAGO RM: 6309
ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA

Realizado por : RODRIGO PARDO TURRIAGO RM: 6309
ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA - DEMENCIA

NOTA MEDICA

FECHA: 12/09/2018 HORA: 18:38:58

* Respuesta interconsulta de Psiquiatría**

Ana Maria Rueda Orozco, tiene 53 años, natural de Cartagena, procedente de soacha, Convive con hijos y nieto ama de casa, cesante, la valoro en compañía de la hija

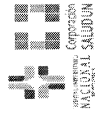
Paciente que desde hace 7 años inició con cuadro de temblor, le diagnosticaron enfermedad de Parkinson e inicio tratamiento con levodopa/carbidopa, hace 4 años inicio con síntomas ansiosos con la sensación de aumento de temblor aunque esto no era evidenciado o por las demás, ansiedad, inquietud motora e insomnio, se considero trastorno de ansiedad y le indicaron mirtazapina y clonazepam. Desde hace tres años ha recibido clonazepam en relación con conductas desorganizadas, como gritar sin un motivo claro y hace un año ayó 14 carros del conjunto en el que vivían. Ha requerido varias hospitalizaciones en unidad de salud mental con mejoría parcial de los síntomas. Hace un año debuto con alteraciones en la sensibilidad y la marcha de las que se descarto organicidad.

Hace una semana presenta dolor miembro inferior izquierdo que inició en región inguinal con posterior compromiso hasta la rodilla y de miembro inferior derecho, tipo punzada, de intensidad 7/10 que progresa hasta limitar la bipedestación y la marcha, sin síntomas sensitivos, sin alteración de control de esfínter urinario. Adicionalmente asociado a episodios de ansiedad con ideas de auto y heteroagresión, "dijo que se iba a cortar las venas y se lanzaba a los carros", gritos. Estaba hospitalizada en Clínica Emmanuel pero por los síntomas descritos decidieron remitir a nuestra institución para valoración por neurología. En el momento niega ideas de muerte, pero manifiesta la dificultad para caminar, aunque neurología descarta alteraciones estructurales que puedan explicar estas manifestaciones. Se diagnostico infección de vías urinaria y esta en tratamiento

Neurología considero "Paciente con trastorno de ansiedad y parkinsonismo desde hace 7 años, cursa con síntomas motores en asociación a dolor en miembro inferior izquierdo sin signos inflamatorios locales, examen físico neurológico inconsistente entre examinadores, sin hallazgos objetivos de síndrome de motoneurona inferior o

7J.0 "HOSVITAL"

Usuario:MPUENTESMARCELA PATRICIA PUNTES HERRERA



RESUMEN DE HISTORIA

superior, sin organicidad, con preservación en sensibilidad, sin patrón radicular de dolor, tomografía de cráneo como única alteración atrofia cortical difusa, se complementarán estudios con CPK.

No hay elementos clínicos de enfermedad de Parkinson típica, sin embargo con probable parkinsonismo secundario a antipsicóticos por tiempo de evolución y características, no hay compromiso cognitivo, consideramos por la adecuada respuesta a agonistas dopa, continuar igual manejo, se evaluará por consulta externa modificación en dosis, se espera concepto de Psiquiatría para definir eventual ajuste en antipsicóticos.

Continuar manejo por medicina interna por infección de vías urinarias, no intervenciones adicionales por Neurología, reintreconsultar en caso de alteración en prueba de CPK. "

Antecedentes:

Patológicos: Enfermedad De Parkinson diagnóstico hace 7 años , Trastorno de ansiedad
Farmacológicos Levodopa/Carbidopa/Entacapona 3 Veces Al Día , Mirizapina 30 mg en la Noche , Clonazepam 5-5-10 Gotas Clonazapina 200 mg noche.
Quirúrgicos: Colectectomía
Tóxicos Niega
Alérgicos Niega
Ginecobstétricos: GPP3AAV3 FUR Hace 3 Años
Familiares Padre Ca De Páncreas , Madre Diabetes Mellitus

Examen mental alerta, orientada en las tres esferas, distractil, perseverante, alogia, ideas somáticas delirantes vs. sobrevaloradas?, afecto ansioso inapropiado, hipobulica, ligera rigidez, temblor en reposo de baja frecuencia y amplitud, juicio de realidad debilitado, introspeccion pobre, prospeccion incierta

Paciente con historia de temblor, que había recibido diagnóstico de enfermedad de Parkinson, tres años despues inicia consintomas ansiosos y alteraciones comportamentales por que ha requerido varias hospitalizaciones en unidad de salud mental, ademas con sintomas somaticos que parecieran tener relacion con a sintomatologia ansiosa vs psicótica? Se considera aumentar clozapina y continuar tratamiento en unidad de salud mental

Dx:

Trastorno de ansiedad
Trastorno psicótico
Parkinsonismo secundario?

plan:

mirizapina 15 mg en la noche
Clonazapina 100 mg 1 - 0 - 1 1/2 (aumento)
clonazepam 12 gotas cada 12 horas
Contrarremision a unidad de salud mental

MEDICO : CLAUDIA XIMENA RANGEL GARZON
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

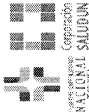
RM: 250608/2009

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 12/09/2018 HORA: 18:59

- Respuesta interconsulta de Psiquiatría**

Ana María Rueda Orozco, tiene 53 años, natural de Cartagena, procedente de soacha, Conviene con hijos y nieto ama de casa, cesante, la valoro en compañía de la hija



RESUMEN DE HISTORIA

Paciente que desde hace 7 años inició con cuadro de temblor, le diagnosticaron enfermedad de Parkinson e inicio tratamiento con levodopa/carbidopa, hace 4 años inicio con síntomas ansiosos con la sensación de aumento de temblor aunque esto no era evidenciado op los demás, ansiedad, inquietud motora e insomnio, se considero trastorno de ansiedad y le indicaron mirizapina y clonazepam. Desde hace tres años ha recibido clozapina en relacion con conductas desorganizadas, como gritar sin un motivo claro y hace un año rayo 14 carros del conjunto en el que vivían. Ha requerido varias hospitalizaciones en unidad de salud mental con mejora parcial de los síntomas. Hace un año debuto con alteraciones en la sensibilidad y la marcha de las que se descarto organicidad.

Hace una semana presenta dolor miembro inferior izquierdo que inició en región inguinal con posterior compromiso hasta la rodilla y de miembro inferior derecho, tipo punzada, de intensidad 7/10 que progresa hasta limitar la bipedestación y la marcha, sin síntomas sensitivos, sin alteración de control de esfínter urinario. Adicionalmente asociado a episodios de ansiedad con ideas de auto y heteroagresión, "dijo que se iba a cortar las venas y se lanzaba a los carros", gritos. Estaba hospitalizada en Clínica Emmanuel pero por los síntomas descritos decidieron remitir a nuestra institución para valoración por neurología. En el momento niega ideas de muerte, pero manifiesta la dificultad para caminar, aunque neurología descarta alteraciones estructurales que puedan explicar estas manifestaciones. Se diagnostico infección de vías urinaria y esta en tratamiento

Neurología consideró "Paciente con trastorno de ansiedad y parkinsonismo desde hace 7 años, cursa con síntomas motores en asociación a dolor en miembro inferior izquierdo sin signos inflamatorios locales, examen físico neurológico inconsistente entre examinadores, sin hallazgos objetivos de síndrome de motoneurona inferior o superior, sin organicidad, con preservación en sensibilidad, sin patrón radicular de dolor, tomografía de cráneo como única alteración atrofia cortical difusa, se complementarán estudios con CPK.

No hay elementos clínicos de enfermedad de Parkinson típica, sin embargo con probable parkinsonismo secundario a antipsicóticos por tiempo de evolución y características, no hay compromiso cognitivo, consideramos por la adecuada respuesta a agonistas dopa, continuar igual manejo, se evaluará por consulta externa modificación en dosis, se espera concepto de Psiquiatría para definir eventual ajuste en antipsicóticos.

Continuar manejo por medicina interna por infección de vías urinarias, no intervenciones adicionales por

Neurología, reintreconsultar en caso de alteración en prueba de CPK. "

Antecedentes:

Patológicos: Enfermedad De Parkinson diagnóstico hace 7 años , Trastorno de ansiedad
Farmacológicos Levodopa/Carbidopa/Entacapona 3 Veces Al Día , Mirizapina 30 mg en la Noche , Clonazepam 5-5-10 Gotas Clonazapina 200 mg noche.

Quirúrgicos: Colectectomía

Tóxicos Niega

Alérgicos Niega

Ginecobstétricos: GPP3AAV3 FUR Hace 3 Años

Familiares Padre Ca De Páncreas , Madre Diabetes Mellitus

Examen mental alerta, orientada en las tres esferas, distractil, perseverante, alogia, ideas somáticas delirantes vs. sobrevaloradas?, afecto ansioso inapropiado, hipobulica, ligera rigidez, temblor en reposo de baja frecuencia y amplitud, juicio de realidad debilitado, introspeccion pobre, prospeccion incierta

Paciente con historia de temblor, que había recibido diagnóstico de enfermedad de Parkinson, tres años despues inicia consintomas ansiosos y alteraciones comportamentales por que ha requerido varias hospitalizaciones en unidad de salud mental, ademas con sintomas somaticos que p