

O5AS17-V1

<b>Datos Personales</b>	<b>Nombre del Paciente:</b> DIEGO FERNANDO VARGAS VALENCIA	<b>Identificación:</b> 94458079
<b>Genero:</b> Masculino	<b>Fecha Nacimiento:</b> 15/06/1976 12:00:00 <b>Edad:</b> 42 Años \ 7 Meses \ 21 Días	<b>Estado Civil:</b> Casado
<b>Teléfono:</b>	<b>Dirección Residencia:</b> MADRID CENTROOO	<b>Cama:</b> 430
<b>Procedencia:</b> MADRID	<b>Ocupación:</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLA	<b>Religión:</b>
<b>Datos de Afiliación</b>	<b>Entidad:</b> CS0173 - E.P.S. FAMISANAR LTDA.	
<b>Tipo Régimen:</b> Contributivo	<b>Nivel Estrato:</b> CATEGORIA A CONTRIBUTIVO	
<b>Datos del Ingreso:</b>	<b>Nombre del Responsable:</b>	<b>Teléfono del Responsable:</b>
<b>Dirección Responsable:</b>		<b>Ingreso:</b> 4436902
<b>Nombre del Acompañante:</b>		<b>Teléfono del Acompañante:</b>
<b>Fecha de Ingreso:</b> 23/12/2018 1:47	<b>Causa Externa:</b> Enfermedad_General	<b>Finalidad de Consulta:</b> No_Aplica

### Diagnósticos

<b>F068</b>	OTROS TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICADOS DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A	Ppal <input checked="" type="checkbox"/> F
	ENFERMEDAD FISICA	
<b>R13X</b>	DISFAGIA	Ppal <input type="checkbox"/> F
<b>S069</b>	TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO	Ppal <input type="checkbox"/> F

### Subjetivo

Evoucion diaria Neurocirugía

Paciente masculino de 42 años con diagnósticos de:

1. TCE moderado Marshall II Rotterdam: 2
  - 1.1 Contusión temporal izuqierda
2. Antecedetne de TCE que requirió intervención neuroquirurgica
3. Epilepsia focal sintomatica por HC
4. Síndrome alteracion de la conciencia
  - 4.1 Minima conciencia vs Catatonismo

Agresivo con personal de enfermería

### Paraclínicos

No nuevos

### Examen Físico

#### Signos Vitales:

TA= 118 / 69 mmHg TA media= 85,33 mmHg FC= 71 lpm FR 16 rpm Temp= 36 °C

Dolor (EVA) 1 Peso= 70 kg Talla= 1,70 m IMC= 24,22 kg/m2 SO2 95 % FIO2 %

#### Estado General:

Aceptables condiciones generales, afebril, hidratado, sin signos de dificultad respiratoria.

#### Hallazgos Positivos:

Glasgow: AO: 4, RV: 3, RM: 5 TOTAL 12/15  
Alerta, lenguaje incoherente, no obedece ordenes  
No mapache, no battle, no signos de fistula de LCR  
Isocoria 3 mm normorreactivas, simetria facial  
Moviliza de forma simétrica 4 extremidades  
Sensibilidad no valorable  
RMT: ++  
No signos meningeos.  
No se evalua marcha.  
Estigmas de mordedura en mucosa oral

### Análisis y Plan de Manejo

#### Análisis Evolución:

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.] NIT [899999032-5]

O5AS17-V1

Paciente masculino en seguimiento por nuestro servicio dado trauma craneoencefálico moderado Marshall II Rotterdam 2 con contusión temporal izquierda asociada, actualmente cursando con evolución neurológica estacionaria, poca interacción con el medio, a la espera de resolución de traslado a unidad de crónicos sin respuesta por aseguradora.

Sin embargo valorado por servicio de Psiquiatría quienes consideran que se beneficia de manejo en unidad de cuidado mental, por lo cual se inicia remisión.

Persiste agresivo con personal de salud, solicito valoración por Psiquiatría.

Se solicitan paraclínicos de control.

Escala de Barthel 25 puntos, Norton 10 puntos.

Continuamos manejo médico integral.

**Plan de Manejo y Justificación Terapéutica:**

anticomercial

antipsicótico

tromboprofilaxis

analgésia

Medidas antiescara

P/ Remisión Unidad de cuidado mental

**Prescripción de la Vía Oral**

NVO

NULL

**Observaciones:**

**Plan de Manejo Intrahospitalario**

Medicamento	Dosis	Vía	Frec	Prior	Observaciones	Cant.
TIAMINA 300mg TABLETA	300,00 mg	VO	1,00 día	Rut	300.00 mg VO 1 DIA - ((((((Tiamina 300 mg a las 12))))))	1
SOLUCION SALINA NORMAL 0,9% BOLSA 500ml	50,00 mL	IV	1,00 hora	Rut	50.00 mL IV 1 HORA - ((((((50cc/h))))))	3
RISPERIDONA 1mg TABLETA	2,00 mg	VO	12,00 hora	Rut	2.00 mg VO 12 HORA - ((((((2mg vo cada 4 12 horas))))))	4
OMEPRAZOL 20mg CAPSULA	20,00 mg	VO	1,00 día	Rut	20.00 mg VO 1 DIA - ((((((20mg vo al día 1 )))))	1
LORAZEPAM 2mg TABLETA	3,00 mg	VO	1,00 día	Rut	3.00 mg VO 1 DIA - ((((((Lorazepam 1 mg a las 8 am y 2 mg a las 8 pm))))))	0
ENOXAPARINA 40mg/0,4ml SLN INY JERINGA 0,4ml	40,00 mg	SC	1,00 día	Rut	40.00 mg SC 1 DIA - ((((((40 MG SC DIA))))))	1
AC VALPROICO 250mg/5ml SLN ORAL FCO 120ml	500,00 mg	VO	8,00 hora	Rut	500.00 mg VO 8 HORA - ((((((Acido valproico 500 mg (10 cc) cada 8 horas 6 am, 2 pm y 10 pm))))))	0

**Exámenes**

902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	1	.
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	1	.
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	.
903856	NITROGENO UREICO	1	.
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	.
903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	.
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	.
903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	.

**Profesional**

LAVERDE FRADE LEONARDO

**Registro Profesional**

79601384

NEUROCIRUGIA



“RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.”

Impreso por: 1014199790

5 de febrero de 2019 3:42 p. m.

O5AS17-V1

<b>Datos Personales</b>	<b>Nombre del Paciente:</b> DIEGO FERNANDO VARGAS VALENCIA	<b>Identificación:</b> 94458079
<b>Genero:</b> Masculino	<b>Fecha Nacimiento:</b> 15/06/1976 12:00:00 <b>Edad:</b> 42 Años \ 7 Meses \ 21 Días	<b>Estado Civil:</b> Casado
<b>Teléfono:</b>	<b>Dirección Residencia:</b> MADRID CENTROOO	<b>Cama:</b> 430
<b>Procedencia:</b> MADRID	<b>Ocupación:</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLA	<b>Religión:</b>
<b>Datos de Afiliación</b>	<b>Entidad:</b> CS0173 - E.P.S. FAMISANAR LTDA.	
<b>Tipo Régimen:</b> Contributivo	<b>Nivel Estrato:</b> CATEGORIA A CONTRIBUTIVO	
<b>Datos del Ingreso:</b>	<b>Nombre del Responsable:</b>	<b>Teléfono del Responsable:</b>
<b>Dirección Responsable:</b>	<b>Ingreso:</b> 4436902	
<b>Nombre del Acompañante:</b>	<b>Teléfono del Acompañante:</b>	
<b>Fecha de Ingreso:</b> 23/12/2018 1:47	<b>Causa Externa:</b> Enfermedad_General	<b>Finalidad de Consulta:</b> Deteccion_Alteracion_Adu

### Diagnósticos

<b>F068</b>	OTROS TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICADOS DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA	Ppal <input checked="" type="checkbox"/> F
<b>R13X</b>	DISFAGIA	Ppal <input type="checkbox"/> F
<b>S069</b>	TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO	Ppal <input type="checkbox"/> F

### Subjetivo

PSIQUIATRÍA

Paciente de 42 años con dx de:

1. TCE moderado Marshall II Rotterdam: 2
- 1.1 Contusión temporal izuquierda
2. Antecedente de TCE que requirió intervención neuroquirurgica
3. Epilepsia focal sintomatica por HC
4. Trastorno mental y del comportamiento secundario a TCE
5. Catatonia

S/ Paciente bajo medidas de sujeción, inquieto, desorganizado, manipula pañal,, en la noche buen patrón de sueño, no hay episodios de heteroagresión.

### Paraclínicos

No tiene pendientes por nuestro servicio.

### Examen Físico

**Signos Vitales:**

TA= / mmHg TA media= ,00 mmHg FC= lpm FR rpm Temp= °C

**Dolor (EVA)** **Peso=** 1 kg **Talla=** 1,00 m **IMC=** 1,00 kg/m2 **SO2** % **FIO2** %

**Estado General:**

Buenas condiciones generales, alerta, hidratado, afebril

**Hallazgos Positivos:**

Al examen mental alerta, no establece contacto visual, afasico, afecto ansioso, mal modulado, ilógico, incoherente, desorganizado, falsos reconocimientos, sin delirios, no impresiona actitud alucinatoria, inteligencia comprometida, inquietud motora, sin ninguna conciencia de enfermedad, prospección incierta, juicio y raciocinio comprometidos.

### Análisis y Plan de Manejo

**Análisis Evolución:**

Paciente en la 5ta década de la vida, hospitalizado por TCE, secuelas de TCE previo, compromiso severo por Trastorno mental y del comportamiento asociado, síntomas psicóticos, episodios de agitación fluctuantes, requiriendo medidas de sujeción y manejo psicofarmacológico para minimizar episodios de auto y heteroagresión, considero priman síntomas negativos por el compromiso estructural y dado que no tiene requerimientos ventilatorio o nutricional, se beneficia para continuidad en su manejo de cuidados en unidad mental. Se comenta inquietudes por el servicio tratante. Se inicia proceso de remisión. Continuar igual manejo psicofarmacológico.

**Plan de Manejo y Justificación Terapéutica:**

Lorazepam 2 mg noche

Olanzapina 5 mg mañana 10 mg noche

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.] NIT [899999032-5]

**O5AS17-V1**

En caso de agitación Haloperidol 5 mg IM  
Acido valproico 500 mg cada 8 horas  
Vigilancia estricta por alto riesgo de agitación psicomotora  
Seguimiento por nuestro servicio.

**Prescripción de la Vía Oral**

Vía Oral

- Normal

**Observaciones:** Asistida.

**Plan de Manejo Intrahospitalario**

Medicamento	Dosis	Via	Frec	Prior	Observaciones	Cant.
OLANZAPINA 10mg TABLETA	15,00 mg	VO	1,00 dia	Rut	15.00 mg VO 1 DIA - (Media tableta 8am 2 1 tableta completa 8pm)	
LORAZEPAM 2mg TABLETA	2,00 mg	VO	1,00 dia	Rut	2.00 mg VO 1 DIA - (1 tableta a las 8pm)	0
HALOPERIDOL 5mg/ml SOL INY AMPOLLA 1ml	5,00 mg	IM	1,00 dia	Rut	5.00 mg IM 1 DIA - (5 mg IM unicamente 1 en caso de agitación)	
AC VALPROICO 250mg/5ml SLN ORAL FCO 120ml	10,00 mL	VO	1,00 dia	Rut	10.00 mL VO 1 DIA - (10 cc cada 8 horas 6am 2pm 10pm)	0

**Profesional**

ALBA ROSERO CAROLINA

**Registro Profesional**

52780933

PSIQUIATRIA



“RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.”

Impreso por: 1014199790

5 de febrero de 2019 3:42 p. m.