

RESUMEN DE HISTORIA

NOMBRE: MARIA LUISA SANCHEZ SANCHEZ **TIPO DE DOC:** CC **Nº DOC:** 28257514
EDAD: 81 AÑOS **SEXO:** F **FECHA DE NACIMIENTO:** 03/01/1937
FECHA DE INGRESO: / / 00:00:00 **FECHA DE EGRESO:** / / 00:00:00
SERVICIO INGRESO: HOSPITALIZACION **SERVICIO EGRESO:** HOSPITALIZACION
PABELLON EVOLUCIÓN: 8 UNIPERSONAL

INGRESO DEL PACIENTE

FECHA: 22/12/2018 **HORA:** 18:09: **SERVICIO:** HOSPITALIZACION **CAUSA EXTERNA:** ENFERMERDAD GENERAL

DIAGNOSTICOS

Principal	F209	ESQUIZOFRENIA NO ESPECIFICADA
Relacionado 1	E669	OBESIDAD NO ESPECIFICADA
Relacionado 2	R13X	DISFAGIA

MEDICO : FABIAN REINALDO ROLON MALDONADO

RM: 0236-2009

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

NOTA MEDICA

FECHA: 22/12/2018 **HORA:** 20:27:35

****Ingreso a piso medicina general ****

Maria Luisa Sanchez Sanchez

CC 28257541

Edad 81 años

Origen: Molagavita, Santander.

Procedencia: Bogota

Ocupación: Docente-Pensionada

Vive con Hermana Maria Estella Sanchez

MC: Delirium

EA: Paciente consulta a urgencias el 10 de diciembre por cuadro de malestar general, tos con expectoración, disnea. Dx de Neumonía con manejo AB intrahospitalario por una semana y salida en programa PHD es valorada al termina terapia AB establecida por médico de PHD encontrando cambios en el comportamiento, agitación. Remiten inicialmente a centro de salud mental de donde la envía para evaluar causas orgánicas asociadas.

Revisión por sistemas:

-Generales: No fiebre en los últimos días. No cambios significativos de peso en los últimos 3 meses. Desde última Hospitalización dependencia funcional severa para las actividades cotidianas dada por dependencia total para la movilidad, con funcionalidad previa moderada.

-Cardiopulmonar: No disnea, no dolor torácico, ausencia de tos. No edemas en miembros inferiores.

-Gastrointestinal: Trastorno en la deglución desde última hospitalización. Hiporexia acentuada el día de hoy.

Ausencia de deposiciones hace 3 días, no melenas, No emesis.

-Genitourinario: Incontinencia urinaria y fecal desde hace varios años

-Neurológico: No déficit neurológico o focal evidente.

-Psiquiátricos: en los últimos días, insomnio, agitación, lenguaje incoherente de curso intermitente, alucinaciones.

RESUMEN DE HISTORIA

Antecedentes:

-Patológicos: Trastorno esquizo-afectivo diagnóstico hace más de 40 años, asistente a program hospital día.

Última crisis hace 10 años. Trastorno cognitivo mayor, Alzheimer GDS 5/7 hace 10 años. Dependencia funcional moderada dada por necesidad de ayuda para bañarse, alimentarse e incontinencia fecal y urinaria. Hipertensión arterial e hipotiroidismo.

-Farmacológicos: Clozapina 125 mg VO noche, Memantina 20 mg cada 12 horas, Lovastatina 20 mg noche, enalapril 20 mg día, omeprazol 20 mg día, levotiroxina 50 mcg días 1-6, 75mcg día 7.

-Quirúrgicos: No

-Alérgicos: No

Paraclínicos extrainstitucionales:

210/12/2018 CH Leucos 17.930, neutrofilos, 15.300, plaquetas 193.000, Hb 13 Función hepática normal. electrolitos normales (no hay reporte de valor) se toma información de evolución de HC, PCR 6.0

Examen físico: Paciente somnolienta fácilmente alterable. con 02 cánula nasal sin esfuerzo respiratorio franco.

Signos vitales: PA 130/80 mmHg Fc 80 Fr 20 T 36.3. Sat 80% FiO2 0.28 (02 2 L)

Conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda, no ingurgitación yugular. Ruidos cardíacos rítmicos no soplos, Murmullo vesicular en ambos campos pulmonares sin agregados. Abdomen blando dolor a la palpación difuso sin signos de irritación peritoneal. extremidades eutróficas no edemas. Neurológico: somnolencia fácilmente alertable, lenguaje coherente, realiza órdenes sencillas. Pupilas isocóricas normoreactivas, no asimetrías faciales, movilización activa de las 4 extremidades fuerza muscular 4/5 simétrica en la 4 extremidades.

Análisis: Paciente con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y demencia alzheimer con dependencia funcional moderada. hospitalización reciente por neumonía con aumento de dependencia y cuadro de delirium, con paraclínicos en sitio de remisión leucocitosis sin elevación de PCR, al examen físico saturaciones bajas sin esfuerzo respiratorio sin agregados a la auscultación, sin compromiso hemodinámico. Se indican paraclínicos a evaluar foco infecciosos, dada leucocitosis, desaturación y antecedentes como primera posibilidad neumonía parcialmente tratada. se amplía estudios a determinar otras causas frecuentes de declive funcional en el adulto mayor como eventos cardiovasculares por lo que se solicita además TAC cerebral EKG troponina. Ante estabilidad clínica y hemodinámica se difiere inicio de antibiótico en busca de causa clara de delirium. Ante historia de trastorno en la deglución de solicita valoración por fonaudiología definir compromiso y tipo de dieta. Se solicita valoración por medicina interna.

Diagnósticos:

Delirium multifactorial

-NAC parcialmente tratada

-Insuficiencia respiratoria crónica?

Trastorno esquizoafectivo

Trastorno cognitivo Mayor GDS 5/7

Hipertensión arterial

Hipotiroidismo

Plan

02 cánula nasal 3 litros

cateter heparinizado

nada vía oral

Haloperidol 5 mg IV ahora continuar vía oral oral 5 gotas cada 8 horas

clozapina 100 mg noche

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: SVARGASPSANDRA LILIANA VARGAS PALENCIA

RESUMEN DE HISTORIA

memantina 20 mg cada 12 horas
levotiroxina 50 mcg día
lovastatina 20 mg noche

Se solicita

TAC cerebral simple. RX de tórax portátil, EKG, gases arteriales.

Hemograma PCR tiempos de coagulación, azoados electrolitos. perfil hepático.

-Uroanálisis con gram por sonda y urocultivo

glucometrias Ahora y 6 am

valoración por fonoaudiología

valoración nutricional

valoración por medicina interna

MEDICO : FABIAN REINALDO ROLON MALDONADO

RM: 0236-2009

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

NOTA MEDICA

FECHA: 23/12/2018 **HORA:** 10:36:22

INGRESO MEDICINA INTERNA

CAMA 210

NOTA: SE TOMA INFORMACIÓN DE HC, PACIENTE DESORIENTADA Y CUIDADORA NO CONOCE HC DE LA PACIENTE

Origen: Molagavita, Santander

Procedencia: Bogota

Ocupación: Docente-Pensionada

Acompañante: Cuidadora (mala informante)

MC: "Estaba mala"

EA:

PACIENTE DE 81 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO Y DEMENCIA TIPO ALZHEIMER, SEGÚN HC PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DESDE 10/12/2018, TUBO DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA, DESCONOCEMOS ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO, PACIENTE INGRESO A PROGRAMA DE PHD, DONDE PRESENTA AGITACIÓN PSICOMOTORA. REMITEN A CLÍNICA MONSERRAT DONDE CONTRA REMITEN.

ANTECEDENTES:

-Patológicos: Trastorno esquizo-afectivo diagnóstico hace más de 40 años, asistente a program hospital día.

Última crisis hace 10 años. Trastorno cognitivo mayor, Alzheimer GDS 5/7 hace 10 años. Dependencia funcional moderada dada por necesidad de ayuda par bañarse, alimentarse e incontinencia fecal y urinaria. Hipertensión arterial e hipotiroidismo.

-Farmacológicos: Clozapina 125 mg VO noche, Memantina 20 mg cada 12 horas, Lovastatina 20 mg noche, enalapril 20 mg día, omeprazol 20 mg día, levotiroxina 50 mcg días 1-6, 75mcg día 7

-Quirúrgicos: No

-Alérgicos: No

REVISIÓN POR SISTEMAS: NIEGA POR SU CONDICIÓN

EXAMEN FÍSICO:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: SVARGASPSANDRA LILIANA VARGAS PALENCIA

RESUMEN DE HISTORIA

O: ALERTABLE DESORIENTADA

SV: PA: 151/73, FC: 78, FR:21, T: 36.5°C, SAT: 84% OXÍGENO A 1 LITRO

C/C: MUCOSA ORAL SEMISECA CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CUELLO SIN MASAS SIN ADENOPATÍAS

C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS PULMONAR RONCUS OCASIONALES

ABDOMEN: RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

EXTREMIDADES: SIN EDEMA, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFÉRICOS DE BUENA INTENSIDAD

NEUROLÓGICO: ALERTABLE DESORIENTADA CON AGITACIÓN LEVE, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, SIMETRÍA FACIAL, NO ALTERACIÓN EN FUERZA MUSCULAR, NO SIGNOS MENÍNGEOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN

PIEL Y FANERAS: NO LESIONES EN PIEL

PARACLINICOS EXTRAINSTITUCIONALES:

"21/12/2018 CH Leucos 17.930, neutrofilos, 15.300, plaquetas 193.000, Hb 13 Función hepática normal. electrolitos normales(no hay reporte de valor) se toma información de evolución de HC, PCR 6.0"

IDX:

- 1.DELIRIUM HIPERACTIVO
- 1.1TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO
- 1.2DEMENCIA TIPO ALZHEIMER
2. NEUMONÍA PARCIALMENTE TRATADA A DESCARTAR
3. HTA
4. HIPOTIROIDISMO

ANÁLISIS:

PACIENTE DE 81 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO Y DEMENCIA TIPO ALZHEIMER, SEGÚN HC PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DESDE 10/12/2018, TUBO DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA, DESCONOCEMOS ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO, PACIENTE INGRESO A PROGRAMA DE PHD, DONDE PRESENTA AGITACIÓN PSICOMOTORA. REMITEN A CLÍNICA MONSERRAT DONDE CONTRA REMITEN.

DADO SU CONTEXTO Y PATOLOGÍAS DE BASE SE CONSIDERA DESCARTAR CUADRO INFECCIOSO RESPIRATORIO POR LO QUE SE SOLICITA RADIOGRAFÍA PORTÁTIL PARA EVITAR TANTA AGITACIÓN DE LA PACIENTE. NO SE DESCARTA DELIRIO ASOCIADO A SU DEMENCIA DE BASE, UROANÁLISIS NO SUGESTIVO DE INFECCIÓN, HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS, SIN TRASTORNOS HIDROELECTROLÍTICOS, TIENE PENDIENTE TOMA DE TAC DE CRÁNEO, UNA VEZ LLEGUE FAMILIAR SE AMPLIARÁ HISTORIA CLÍNICA. SE SOLICITA CONCEPTO DE PSIQUIATRÍA, PENDIENTE VALORACIÓN POR NUTRICIÓN Y FONOAUDIOLOGÍA.

PLAN:

Hospitalizar por medicina interna

O2 cánula nasal para saturación >90%

Cateter heparinizado

Dieta turmix ***NUEVO***

Haloperidol 5 mg IV cada 12 horas ***AJUSTE***

Clozapina 100 mg noche

Memantina 20 mg cada 12 horas

Levotiroxina 50 mcg día

lovastatina 20 mg noche***SUSPENDER****

Atorvastatina 40 mg Vo noche ***NUEVO***

Pendiente: Toma de TAC cerebral simple, EKG, urocultivo, valoración por nutrición y fonaudiología

s/s: RX de tórax portátil, valoración por psiquiatría

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : ANGELA JOHANNA DIAZ MARTINEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 1057574882

NOTA MEDICA

FECHA: 23/12/2018 HORA: 16:09:29

NOTA MÉDICA

***NO TRAE HC ***

LLEGA FAMILIAR (HERMANA) QUIEN VIVE CON LA PACIENTE QUIEN REFIERE QUE DESDE EL 09/12/2018 PRESENTA TOS CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES, PACIENTE NO EXPECTORA, CON NOXA DE CONTAGIO POSITIVO OTRA HERMANA CON NEUMONÍA EN PHD QUE CONVIVE CON LA PACIENTE. REFIERE QUE CUADRO SE ASOCIA A HETEROAGRESIVIDAD, INCLUSO LLEGANDO A TIRAR DE LA CAMA, TRAUMA NO CLARO.

REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA TAB, ALZHEIMER, QUIEN ASISTE A CLÍNICA DIA EN CLÍNICA MONSERRAT M-M-J .

REFIERE QUE NO HA REALIZADO DEPOSICIONES HACE TRES DÍAS, FLATOS POSITIVOS.

FARMACOLOGICOS: CLOZAPINA 125 MG DIA, LOVASTATINA 20 MG DIA, OMEPRAZOL 40 MG DIA, LEVOTIROXINA 50 MCG DIA, ENALAPRIL 20 MG DIA

REFIERE QUE CONSULTARON A CLÍNICA COLOMBIA HACE 15 DÍAS, Y SEGÚN REFIERE SE CONSIDERO DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA E INICIAN PIPERACILINA TAZOBACTAM QUE CULMINÓ EN PHD, AB SE TERMINÓ EL 21/12/2018.

MEDICO : TATIANA PATRICIA BUITRAGO GONZALEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1014207132

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 23/12/2018 HORA: 16:35:

DATOS GENERALES:

Nombre: MARIA LUISA SANCHEZ SANCHEZ

HC: 28257514

Edad 81 AÑOS

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS:

1. DELIRIUM HIPERACTIVO
- 1.1 TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO
- 1.2 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER
2. NEUMONIA PARCIALMENTE TRATADA
3. HTA
4. HIPOTIROIDISMO

ENCUENTRO PACIENTE EN HABITACION HOSPITALARIA, EN CAMA, EB COMPAÑIA DE FAMILIARES (HERMANA Y CUIDADORA), PARCIALMENTE ORIENTADA.

DURANTE HOSPITALIZACION, SE REALIZAN VALORACION NUTRICIONAL ENCONTRANDO:

A LA VALORACION NUTRICIONAL GLOBAL SUBJETIVA: FAMILIAR Y CUIDADORA NO REFIEREN CAMBIOS DE PESO NI EN INGESTA
7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: SVARGASPSANDRA LILIANA VARGAS PALENCIA

RESUMEN DE HISTORIA

DE NUTRIENTES DURANTE ULTIMOS MESES, COMO UNICO SINTOMA GASTROINTESTINAL MANIFIESTAN ESTREÑIMIENTO. A LA EXPLORACION FISICA EN BEG, PIEL, MUCOSAS, CABELLOS CON BUENA APARIENCIA, RESERVA MAGRA CONSERVADA, EXCESO DE RESERVA GRASA, (PRINCIPALMENTE A NIVEL CENTRAL), ABDOMEN ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, EXTREMIDADES NO EDEMAS, NO SIGNOS DE CARENCIAS NUTRICIONALES ESPECIFICAS.

A LA VALORACION ANTROPOMETRICA:

PESO USUAL 72 Kg
PESO ACTUAL SIN DATO (IMPOSIBILIDAD DE PONERSE DE PIE)
TALLA 150 cm
C. CARPO: 16.5
IMC 32
PESO SALUDABLE: 56 Kg
PESO AJUSTADO POR OBESIDAD: 62 Kg
CLASIFICACION NUTRICIONAL: OBESIDAD G II

PACIENTE CON Dx MEDICOS ANOTADOS, A QUIEN SE REALIZA INTERCONSULTA POR SERVICIO DE NUTRICION CLINICA, A LA ANAMNESIS ALIMENTARIA CUIDADORES DE LA PACIENTE REFIEREN BUEN APETITO, REFIERE COMO UNICO SINTOMA GASTROINTESTINAL ESTREÑIMIENTO, ADECUADO CONSUMO DE MACRONUTRIENTES BAJO CONSUMO DE FIBRA Y LIQUIDOS ORALES.

Dx NUTRICIONAL: OBESIDAD G II

PLAN DE CUIDADO NUTRICIONAL

1. DIETA HIPERPROTEICA, BAJO APOORTE DE GRASAS SATURADAS MODIFICADA EN EL APOORTE DE CARBOHIDRATOS, RICA EN FIBRA INSOLUBLE Y LIQUIDOS ORALES, FRACCIONADA EN 5 TIEMPOS DE COMIDA, DE CONSISTENCIA SMOOTH PUDIN.
2. EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
3. MANIOBRAS FACILITADORAS DE LA DEGLUCION, PAUTAS DE PROTECCION DE VIA AEREA.
4. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DURANTE ESTANCIA HOSPITALARIA.
5. SEGÚN EVOLUCION AJUSTES.

Solicitado por : TATIANA PATRICIA BUITRAGO GONZALEZ

RM: 1014207132

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Realizado por : JUDIT ESMEDY MARTIN PEÑA

RM: 52209513

ESPECIALIDAD: NUTRICION

NOTA MEDICA

FECHA: 23/12/2018 HORA: 21:22:39

RESPUESTA DE INTERCONSULTA POR PSIQUIATRIA *****

Paciente femenina de 81 años de edad, natural de Molagativa (Santander), procedente de Bogota, es pensionada, trabajaba como docente. Se encuentra hospitalizada con diagnosticos de:

1. DELIRIUM HIPERACTIVO
- 1.1 TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO
- 1.2 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER
2. NEUMONÍA PARCIALMENTE TRATADA A DESCARTAR
3. HTA
4. HIPOTIROIDISMO

MC: Delirium hiperactivo, antecedente de trastorno esquizoafectivo y demencia tipo alzheimer

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: SVARGASPSANDRA LILIANA VARGAS PALENCIA

RESUMEN DE HISTORIA

Enfermedad actual:

Paciente con antecedente de trastorno esquizoafectivo y demencia tipo alzheimer, presenta cuadro agudo de fluctuacion del estado de conciencia, exacerbacion de la desorientacion, inquietud motora y episodios de heteroagresion, asociados a condicion medica sugestiva de infeccion respiratoria, equipo tratante considera paciente con cuadro de delirium hiperactivo e inician manejo con Haloperidol 5mg IV cada 12 horas. En el momento paciente en compañía de cuidadora, quien no conoce historia de la paciente, refiere que el dia de hoy ha estado tranquila, le comentaron que la noche anterior presento insomnio e inquietud motora.

Antecedentes:

-Patológicos: Trastorno esquizo-afectivo diagnóstico hace más de 40 años , asistente a program hospital dia.

Última

crisis hace 10 años. Trastorno cognitivo mayor, Alzheimer GDS 5/7 hace 10 años. Dependencia funcional moderada dada por

necesidad de ayuda par bañarse, alimentarse e incontinencia fecal y urinaria. Hipertensión arterial e hipotiroidismo.

-Farmacologicos: Clozapina 125 mg VO noche, Memantina 20 mg cada 12 horas, Lovastatina 20 mg noche , enalapril 20 mg dia,

omeprazol 20 mg dia, levotiroxina 50 mcg días 1-6, 75mcg dia 7

-Quirúrgicos: No

-Alérgicos: No

Examen mental:

Se entrevista paciente en cama de hospitalización, con porte cuidado, alerta, desorientada parcialmente en tiempo y lugar, orientada en persona, cooperadora, con múltiples fallas mnésicas retrogradadas y anterogradas, euprosexica, pensamiento concreto con algunas asociaciones laxas, no verbaliza delirios ni cogniciones depresivas, afecto modulado de fondo alegre, sin actitud alucinatoria, en el momento sin inquietud motora, eulálica, introspección nula, prospección incierta, juicio comprometido.

Análisis:

Paciente con antecedente de trastorno esquizoafectivo, demencia tipo alzheimer, en el momento cursando con síndrome confusional agudo subtipo motor mixto, se considera por patología de base, manejo previo y condición actual de la paciente, haloperidol endovenoso no sería manejo ideal, teniendo en cuenta que tiene manejo antipsicótico de base, al que ha tenido buena tolerancia y respuesta clínica previamente, sería candidata a ajuste en dosis de psicofármaco de base, por lo cual se sugiere aumento en dosis de clozapina, suspender haloperidol, medidas no farmacológicas antidelirium, en lo posible evitar uso de medicamentos pro confusores (como benzodiacepinas), vigilancia estricta de cifras tensionales, seguimiento por Psiquiatría

Plan:

Se sugiere:

Suspender haloperidol IV

Clozapina tab x 100mg 1/2-0-2 Dar media tableta en la mañana y dos tabletas en la noche

Medidas no farmacológicas antidelirium

En lo posible evitar uso de medicamentos pro confusores (Como benzodiacepinas)

Control estricto de cifras tensionales

Seguimiento por Psiquiatría.

MEDICO : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA

RM: 80244483

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

RESUMEN DE HISTORIA

FECHA: 23/12/2018 **HORA:** 21:23:

RESPUESTA DE INTERCONSULTA POR PSIQUIATRIA *****

Paciente femenina de 81 años de edad, natural de Molagativa (Santander), procedente de Bogota, es pensionada, trabajaba como docente. Se encuentra hospitalizada con diagnosticos de:

- 1.DELIRIUM HIPERACTIVO
- 1.1TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO
- 1.2DEMENCIA TIPO ALZHEIMER
2. NEUMONÍA PARCIALMENTE TRATADA A DESCARTAR
3. HTA
4. HIPOTIROIDISMO

MC: Delirium hiperactivo, antecedente de trastorno esquizoafectivo y demencia tipo alzheimer

Enfermedad actual:

Paciente con antecedente de trastorno esquizoafectivo y demencia tipo alzheimer, presenta cuadro agudo de fluctuacion del estado de conciencia, exacerbacion de la desorientacion, inquietud motora y episodios de heteroagresion, asociados a condicion medica sugestiva de infeccion respiratoria, equipo tratante considera paciente con cuadro de delirium hiperactivo e inician manejo con Haloperidol 5mg IV cada 12 horas. En el momento paciente en compañía de cuidadora, quien no conoce historia de la paciente, refiere que el dia de hoy ha estado tranquila, le comentaron que la noche anterior presentoinsomnio e inquietud motora.

Antecedentes:

-Patológicos: Trastorno esquizo-afectivo diagnóstico hace más de 40 años , asistente a program hospital dia.

Última

crisis hace 10 años. Trastorno cognitivo mayor, Alzheimer GDS 5/7 hace 10 años. Dependencia funcional moderada dada por

necesidad de ayuda par bañarse, alimentarse e incontinencia fecal y urinaria.Hipertensión arterial e hipotiroidismo.

-Farmacologicos:Clozapina 125 mg VO noche, Memantina 20 mg cada 12 horas, Lovastatina 20 mg noche , enalapril 20 mg dia,

omeprazol 20 mg dia, levotiroxina 50 mcg días 1-6, 75mcg dia 7

-Quirúrgicos: No

-Alérgicos: No

Examen mental:

Se entrevista pacietne en cama de hospitalizacion, con porte cuidado, alerta, desorientada parcialmente en tiempo y lugar, orientada en persona, cooperadora, con multiples fallas mnesicas retrogradas y anterogradas, euprosexica, pensamiento concreto con algunas asociaciones laxas, no verbalzia delirios ni cogniciones depresivas, afecto modulado de fondo alegre, sin actitud alucinatoria, en el momento sin inquietud motora, eulalica, introspeccion nula, prospeccion incierta, juicio comprometido.

Análisis:

Paciente con antecedente de trastorno esquizoafectivo, demencia tipo alzheimer, en el momento cursando con síndrome confusional agudo subtipo motor mixto, se considera por patologia de base, manejo previo y condicion actual de la paciente, haloperidol endovenoso no seria manejo ideal, teniendo en cuenta que tiene manejo antipsicotico de base, al que ha tenido buena tolerancia y respuesta clinica previamente, seria candidata a ajuste en dosis de psicofarmaco de base, por lo cual se sugiere aumento en dosis de clozapina, suspender haloperidol, medidas no farmacologicas antidelirium, en lo posible evitar uso de medicamentos pro confusores (como benzodiacepinas), vigilancia estricta de cifras tensionales, seguimiento por Psiquiatria

Plan:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario:SVARGASPSANDRA LILIANA VARGAS PALENCIA

RESUMEN DE HISTORIA

Se sugiere:

Suspender haloperidol IV

Clozapina tab x 100mg 1/2-0-2 Dar media tableta en la mañana y dos tabletas en la noche

Medidas no farmacologicas antidelirium

En lo posible evitar uso de medicamentos pro confusores (Como benzodicepinas)

Control estricto de cifras tensionales

Seguimiento por Psiquiatria. .

Solicitado por : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA

RM: 80244483

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

Realizado por : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA

RM: 80244483

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 24/12/2018 HORA: 11:57:45

EVOLUCIÓN MEDICINA INTERNA

CAMA 210

PACIENTE DE 81 AÑOS DE EDAD CON DX DE:

1.DELIRIUM HIPERACTIVO EN RESOLUCIÓN

1.1 ANTECEDENTE DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

1.2 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

2. NEUMONÍA VS TEP A DESCARTAR

3. HTA

4. HIPOTIROIDISMO

5. DISFAGIA EN ESTUDIO

O: ALERTA DESORIENTADA

SV: PA: 155/74, FC: 70 , FR: 20, T: 36.5°C, SAT: 92% OXÍGENO A 2 LITRO

C/C: MUCOSA ORAL SEMISECA CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CUELLO SIN MASAS SIN ADENOPATÍAS

C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS PULMONAR RONCUS OCASIONALES

ABDOMEN: RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

EXTREMIDADES: SIN EDEMA , SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS , LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFÉRICOS DE BUENA INTENSIDAD

NEUROLÓGICO: ALERTABLE DESORIENTADA CON AGITACIÓN LEVE, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, SIMETRÍA

FACIAL, NO ALTERACIÓN EN FUERZA MUSCULAR, NO SIGNOS MENÍNGEOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN

PIEL Y FANERAS: NO LESIONES EN PIEL

PARACLINICOS EXTRAINSTITUCIONALES:

"21/12/2018 CH Leucos 17.930, neutrofilos, 15.300, plaquetas 193.000, Hb 13 Función hepática normal.

electrolitos normales(no hay reporte de valor) se toma información de evolución de HC, PCR 6.0"

PARACLINICOS INSTITUCIONALES:

***23/12/2018: BUN: 24.6, CREA: 24.6, BT: 1.29, BD: 0.47, BI: 0.82, AST: 35.7, ALT: 41.6. NA: 146, K: 3.65,

CL: 111.1, CA: 8.4, PCR: 27.8, CH: LEU: 11880, N: 10500, L: 620, HTO: 35.1, HB: 11.6, VCM: 93.9, PLAQ: 191000,

PT: 13.8, INR: 1.01, PTT: 23.5. PO: PROTEINURIA: 25, CETONAS: 150, NO SUGESTIVO DE INFECCION, GRAM DE ORINA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: SVARGASPSANDRA LILIANA VARGAS PALENCIA

RESUMEN DE HISTORIA

NORMAL

***23/12/2018: GASES: PH: 7.42, PCO2: 35.5, PO2: 47.1, HCO3: 22.9, LACT: 1.1, BE: -1.0

ANÁLISIS:

PACIENTE DE 81 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TAB TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO Y DEMENCIA TIPO ALZHEIMER, EN SEGUIMIENTO POR CLÍNICA DIA DE CLÍNICA MONSERRAT, INGRESO POR CUADRO QUE INICIO EL 09/12/2018 DADO POR TOS CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES, ASOCIADO A HETEROAGRESIVIDAD, PACIENTE NO EXPECTORA, CON NOXA DE CONTAGIO POSITIVO. HERMANA REFIERE QUE CONSULTARON A CLÍNICA COLOMBIA HACE 15 DÍAS, Y SEGÚN REFIERE SE CONSIDERO DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA E INICIAN PIPERACILINA TAZOBACTAM QUE CULMINÓ EN PHD, AB SE TERMINÓ EL 21/12/2018. PACIENTE REINGRESO POR HETEROAGRESIVIDAD ASOCIADA A HIPOXEMIA CON GASES ARTERIALES CON HIPOXEMIA, RX DE TÓRAX PORTÁTIL NO SUGESTIVA DE CONSOLIDACIÓN PERO NO TENEMOS IMÁGENES EXTRA INSTITUCIONALES PARA COMPARAR. SE CONSIDERA PERTINENTE DESCARTAR TEP, SE ORDENA ANGIOTAC. PACIENTE YA FUE VALORADO POR PSIQUIATRIA QUIENES CONSIDERAN SUSPENDER HALOPERIDOL. PACIENTE CON MEJORÍA DE HETEROAGRESIVIDAD.

PLAN:

Hospitalizar por medicina interna
02 cánula nasal para saturación >90%
Cateter heparinizado
Dieta turmix
Haloperidol 5 mg IV cada 12 horas ***SUSPENDER***
Clozapina 125 mg noche *** AJUSTE***
Enalapril 20 mg día ***NUEVO***
Omeprazol 40 mg día
Levotiroxina 50 mcg día
Atorvastatina 40 mg Vo noche
Enoxaparina 40 mg sc día ***NUEVO***
Pendiente: urocultivo, valoración por nutrición y fonoaudiología
s/s: Angiotac de torax

MEDICO : HUGO ALBERTO FAJARDO RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 19297986

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 24/12/2018 HORA: 15:53:

Terapia fonoaudiológica
hora: 10:30

Respuesta a interconsulta. Paciente de 81 años con diagnósticos médicos anotados.

Se encuentra paciente estable, alerta, con soporte de oxígeno por cánula nasal a 2 litros, con acompañante.

A valoración se encuentra:

Lenguaje: contacto visual al llamado, seguimiento de instrucciones simples conservado con dificultad en instrucciones complejas pese a modelamiento, lenguaje automático y repetitivo conservados, con dificultad en nominación y acceso léxico, lenguaje espontáneo de baja longitud de coherencia fluctuante, con intención comunicativa clara.

RESUMEN DE HISTORIA

Habla: respiración costal de tipo oral-oral en habla, fonación acorde a edad y género, tiempo máximo de fonación disminuido, incoordinación neumofónica leve, intensidad vocal disminuida, conserva articulación, prosodia y resonancia.

Órganos fonoarticuladores: íntegros, simétricos, de tono medio, movimientos mandibulares sin limitación, edéntula sin uso de prótesis dentales en ningún arco, movimientos linguales funcionales a ejecución de praxias, sensibilidad endobucal conservada, mucosa oral húmeda.

Deglución: órganos fonoarticuladores funcionales a control de secreciones en cavidad oral, signos de potencia masticatoria levemente disminuida, movimientos linguales semifuncionales a control y propulsión de bolo, contacto dorsopalatal completo no sostenido, posible selle velofaríngeo completo, reflejo vagal presente, reflejo deglutorio levemente retardado, ascenso laríngeo lentificado, cierre glótico completo, fatiga laríngea leve, signos de residuo retrofaríngeo leve que se remueven a doble deglución, sin signos de penetración laríngea a paso salival, conserva reflejo tusígeno de potencia media funcional a protección de vía aérea, signos de hipomotilidad faríngea leve.

Diagnóstico fonoaudiológico:

Disfagia orofaríngea leve a moderada caracterizada por ausencia de prótesis dentales, órganos fonoarticuladores funcionales a control de secreciones en cavidad oral, signos de potencia masticatoria levemente disminuida, movimientos linguales semifuncionales a control y propulsión de bolo, contacto dorsopalatal completo no sostenido, posible selle velofaríngeo completo, reflejo vagal presente, reflejo deglutorio levemente retardado, ascenso laríngeo lentificado, cierre glótico completo, fatiga laríngea leve, signos de residuo retrofaríngeo leve que se remueven a doble deglución, sin signos de penetración laríngea a paso salival, conserva reflejo tusígeno de potencia media funcional a protección de vía aérea, signos de hipomotilidad faríngea leve asociada a patología base.

Alteración comunicativa sugerente de afasia transcortical sensorial caracterizada por contacto visual al llamado, seguimiento de instrucciones simples conservado con dificultad en instrucciones complejas pese a modelamiento, lenguaje automático y repetitivo conservados, con dificultad en nominación y acceso léxico, lenguaje espontáneo de baja longitud de coherencia fluctuante, con intención comunicativa clara asociada a patología base.

Mantener vía oral con dieta smooth pudín bajo indicaciones de ingesta segura. Pendiente control deglutorio con alimento posterior a ubicación de prótesis dentales para avance de consistencia.

Se recomienda continuar manejo por fonoaudiología durante hospitalización determinada por servicio tratante para mantener patrón deglutorio bajo protección de vía aérea promover lenguaje comprensivo y expresivo.

Solicitado por : HUGO ALBERTO FAJARDO RODRIGUEZ

RM: 19297986

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

Realizado por : KATHERINE JOHANA SANCHEZ SANTAMARIA

RM: 1016050839

ESPECIALIDAD: FONOAUDIOLOGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 25/12/2018 **HORA:** 17:28:01

EVOLUCIÓN MEDICINA INTERNA

CAMA 210

PACIENTE DE 81 AÑOS DE EDAD CON DX DE:

RESUMEN DE HISTORIA

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

- 1.0 NAC DESCARTADA
- 2..DELIRIUM HIPERACTIVO EN RESOLUCIÓN
- 2.1 ANTECEDENTE DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO
- 2.2 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER
3. HTA POR HC
4. HIPOTIROIDISMO POR HC
5. DISFAGIA EN ESTUDIO

O: ALERTA DESORIENTADA

SV: PA: 155/74, FC: 70 , FR: 20, T: 36.5°C, SAT: 92% OXÍGENO A 2 LITRO

C/C: MUCOSA ORAL SEMISECA CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CUELLO SIN MASAS SIN ADENOPATÍAS

C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS PULMONAR RONCUS OCASIONALES

ABDOMEN: RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

EXTREMIDADES: SIN EDEMA , SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS , LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFÉRICOS DE BUENA INTENSIDAD

NEUROLÓGICO: ALERTABLE DESORIENTADA CON AGITACIÓN LEVE, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, SIMETRÍA FACIAL, NO ALTERACIÓN EN FUERZA MUSCULAR, NO SIGNOS MENÍNGEOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN

PIEL Y FANERAS: NO LESIONES EN PIEL

PARACLINICOS EXTRAINSTITUCIONALES:

"21/12/2018 CH Leucos 17.930, neutrofilos, 15.300, plaquetas 193.000, Hb 13 Función hepática normal.

electrolitos normales(no hay reporte de valor) se toma información de evolución de HC, PCR 6.0"

PARACLINICOS INSTITUCIONALES:

***23/12/2018: BUN: 24.6, CREA: 24.6, BT: 1.29, BD: 0.47, BI: 0.82, AST: 35.7, ALT: 41.6. NA: 146, K: 3.65,

CL: 111.1, CA: 8.4, PCR: 27.8, CH: LEU: 11880, N: 10500, L: 620, HTO: 35.1, HB: 11.6, VCM: 93.9, PLAQ: 191000,

PT: 13.8, INR: 1.01, PTT: 23.5. PO: PROTEINURIA: 25, CETONAS: 150, NO SUGESTIVO DE INFECCION, GRAM DE ORINA NORMAL

***23/12/2018: GASES: PH: 7.42, PCO2: 35.5, PO2: 47.1, HCO3: 22.9, LACT: 1.1, BE: -1.0

***24/12/2018: ANGIOTAC DE TÓRAX: Signos de embolia pulmonar aguda con compromiso de la arteria para el segmento anterior del lóbulo superior derecho. Atelectasia del segmento lateral del lóbulo medio y del segmento basal posterior del lóbulo inferior derecho. Pequeña hernia diafragmática. Cambios degenerativos en columna dorsal.

ANÁLISIS:

PACIENTE DE 81 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TAB TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO Y DEMENCIA TIPO ALZHEIMER, INGRESO POR TOS CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES ASOCIADO A DISNEA Y DESATURACIÓN FRANCA AL INGRESO JUNTO CON HETEROAGRESIÓN, SE TOMÓ RX DE TÓRAX CON IMAGEN HIPERDENSE, EN EL CONTEXTO DE FALLA RESPIRATORIA HIPOXEMIA SE CONSIDERÓ DESCARTAR TEP EL CUAL SE COMPRUEBA EN ANGIOTAC, SE CINIA ANTICOAGULANTES A 0,75 MG /KG PARA UN TOTAL DE 50 MG CADA 12 HORAS. SE DESCARTA NEUMONÍA. PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE SIN HETEROAGRESIÓN, SE SOLICITA GASES ARTERIALES MAÑANA PARA DETERMINAR OXÍGENO DOMICILIARIO. POSIBLE EGRESO TEMPRANO. DETERMINAR INICIO DE ANTICOAGULACIÓN AMBULATORIA, SE SOLICITAN TIEMPOS DE COAGULACIÓN. FONOAUDIOLOGÍA CONSIDERA DIETA TURMIX POR DISFAGIA.

PLAN:

Hospitalizar por medicina interna

O2 cánula nasal para saturación >90%

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: SVARGASPSANDRA LILIANA VARGAS PALENCIA

RESUMEN DE HISTORIA

Cateter heparinizado
Dieta turmix
Clozapina 125 mg noche
Enalapril 20 mg día
Omeprazol 40 mg día
Levotiroxina 50 mcg día
Atorvastatina 40 mg Vo noche
Enoxaparina 50 mg sc cada 12 horas ***NUEVO***
Pendiente: urocultivo
S/S: GASES ARTERIALES PARA MAÑANA

MEDICO : ANGELA JOHANNA DIAZ MARTINEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 1057574882

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 25/12/2018 **HORA:** 17:40:

ver folio 19 .

Solicitado por : ANGELA JOHANNA DIAZ MARTINEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 1057574882

Realizado por : ANGELA JOHANNA DIAZ MARTINEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 1057574882

NOTA MEDICA

FECHA: 26/12/2018 **HORA:** 09:06:41

NOTA MEDICINA INTERNA

PACIENTE CON DIAGNOSTIC DE TEP QUIEN REQUIERO OXIGENO DOMICILIARIO PERMANENTE.

MEDICO : HUGO ALBERTO FAJARDO RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 19297986

NOTA MEDICA

FECHA: 26/12/2018 **HORA:** 11:47:07

EVOLUCIÓN MEDICINA INTERNA

CAMA 210

PACIENTE DE 81 AÑOS DE EDAD CON DX DE:

- 1.TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO
- 1.0 NAC DESCARTADA
- 2..DELIRIUM HIPERACTIVO RESUELTO
- 2.1 ANTECEDENTE DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO
- 2.2 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER
3. HTA POR HC
4. HIPOTIROIDISMO POR HC
5. DISFAGIA EN ESTUDIO

RESUMEN DE HISTORIA

O: ALERTA DESORIENTADA

SV: PA: 130/67, FC: 72, FR: 20, T: 36.2°C, SAT: 92% OXÍGENO A 2 LITROS

C/C: MUCOSA ORAL SEMISECA CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CUELLO SIN MASAS SIN ADENOPATÍAS

C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS PULMONAR RONCUS OCASIONALES

ABDOMEN: RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

EXTREMIDADES: SIN EDEMA, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFÉRICOS DE BUENA INTENSIDAD

NEUROLÓGICO: ALERTABLE DESORIENTADA CON AGITACIÓN LEVE, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, SIMETRÍA FACIAL, NO ALTERACIÓN EN FUERZA MUSCULAR, NO SIGNOS MENÍNGEOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN

PIEL Y FANERAS: NO LESIONES EN PIEL

PARACLINICOS EXTRAINSTITUCIONALES:

"21/12/2018 CH Leucos 17.930, neutrofilos, 15.300, plaquetas 193.000, Hb 13 Función hepática normal. electrolitos normales(no hay reporte de valor) se toma información de evolución de HC, PCR 6.0"

PARACLINICOS INSTITUCIONALES:

***23/12/2018: BUN: 24.6, CREA: 24.6, BT: 1.29, BD: 0.47, BI: 0.82, AST: 35.7, ALT: 41.6. NA: 146, K: 3.65, CL: 111.1, CA: 8.4, PCR: 27.8, CH: LEU: 11880, N: 10500, L: 620, HTO: 35.1, HB: 11.6, VCM: 93.9, PLAQ: 191000, PT: 13.8, INR: 1.01, PTT: 23.5. PO: PROTEINURIA: 25, CETONAS: 150, NO SUGESTIVO DE INFECCION, GRAM DE ORINA NORMAL

***23/12/2018: GASES: PH: 7.42, PCO2: 35.5, PO2: 47.1, HCO3: 22.9, LACT: 1.1, BE: -1.0

***24/12/2018: ANGIOTAC DE TÓRAX: Signos de embolia pulmonar aguda con compromiso de la arteria para el segmento anterior del lóbulo superior derecho. Atelectasia del segmento lateral del lóbulo medio y del segmento basal posterior del lóbulo inferior derecho. Pequeña hernia diafragmática. Cambios degenerativos en columna dorsal.

***26/12/2018: GASES ARTERIALES: VENOSOS

ANÁLISIS:

PACIENTE DE 81 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TAB Y TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO Y DEMENCIA TIPO ALZHEIMER, INGRESO POR TOS

CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES, DISNEA Y DESATURACIÓN SECUNDARIA A UN TEP AGUDO DE INICIO ANTICOAGULACIÓN CON ENOXAPRINA, CONSIDERAMOS QUE DADO QUE LA WARFARINA TIENE RIESGO DE INTERACCIÓN MEDICAMENTOSAS EN EL CONTEXTO DE PACIENTE PSIQUIATRICO SE CONSIDERA ANTICOAGULACIÓN CON APIXABAN, PACIENTE NO TOLERA EL DESETE DE OXÍGENO, FAMILIAR REFIERE QUE TIENE OXÍGENO EN SU CASA, TIENE GASES ARTERIALES VENOSOS. TIENE UROCULTIVO NEGATIVO.

PACIENTE PSIQUIATRICA, CONTRAREMITIDA DE CLÍNICA MONSERRAT POR LO QUE SE CONSIDERA CONCEPTO POR PSIQUIATRÍA PARA DETERMINAR SI REQUIERE INSTITUCIONALIZACIÓN DE CLÍNICA PSIQUIATRICA.

PLAN:

Hospitalizar por medicina interna

O2 cánula nasal para saturación >90%

Cateter heparinizado

Dieta turmix

Clozapina 125 mg noche

Enalapril 20 mg día

Omeprazol 40 mg día

Levotiroxina 50 mcg día

Atorvastatina 40 mg Vo noche

Enoxaparina 50 mg sc cada 12 horas

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: SVARGASPSANDRA LILIANA VARGAS PALENCIA

RESUMEN DE HISTORIA

S/S: IC A PSIQUIATRIA

MEDICO : HUGO ALBERTO FAJARDO RODRIGUEZ

RM: 19297986

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 26/12/2018 HORA: 20:30:56

RESPUESTA DE INTERCONSULTA POR PSIQUIATRIA *****

Paciente ya conocida por nuestro servicio, con diagnosticos descritos, quien presenta sintomatologia residual cronica que compromete significativamente su funcionalidad, viene en manejo cronico en unidad mental de donde llego remitida, se considera paciente por sus sintomas permanentes residuales, debe continuar manejo en tal institucion de salud mental por lo que consideramos en caso de egreso debe ser contraremitida a la institucion de origen.

Plan:

Continuar igual manejo psicofarmacologico

En caso de egreso debe ser contraremitida a institucion de origen

MEDICO : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 26/12/2018 HORA: 20:33:

RESPUESTA DE INTERCONSULTA POR PSIQUIATRIA *****

Paciente ya conocida por nuestro servicio, con diagnosticos descritos, quien presenta sintomatologia residual cronica que compromete significativamente su funcionalidad, viene en manejo cronico en unidad mental de donde llego remitida, se considera paciente por sus sintomas permanentes residuales, debe continuar manejo en tal institucion de salud mental por lo que consideramos en caso de egreso debe ser contraremitida a la institucion de origen.

Plan:

Continuar igual manejo psicofarmacologico

En caso de egreso debe ser contraremitida a institucion de origen

Solicitado por : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

Realizado por : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 27/12/2018 HORA: 10:59:25

EVOLUCIÓN MEDICINA INTERNA

CAMA 210

PACIENTE DE 81 AÑOS DE EDAD CON DX DE:

1.TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

1.0 NAC DESCARTARDA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario:SVARGASPSANDRA LILIANA VARGAS PALENCIA

RESUMEN DE HISTORIA

2..DELIRIUM HIPERACTIVO RESUELTO

2.1 ANTECEDENTE DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

2.2 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

3. HTA POR HC

4. HIPOTIROIDISMO POR HC

5. DISFAGIA EN ESTUDIO

O: ALERTA DESORIENTADA

SV: PA: 130/67, FC: 72 , FR: 20, T: 36.2°C, SAT: 92% OXÍGENO A 2 LITROS

C/C: MUCOSA ORAL SEMISECA CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CUELLO SIN MASAS SIN ADENOPATÍAS

C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS PULMONAR RONCUS OCASIONALES

ABDOMEN: RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

EXTREMIDADES: SIN EDEMA , SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS , LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFÉRICOS DE BUENA INTENSIDAD

NEUROLÓGICO: ALERTABLE DESORIENTADA CON AGITACIÓN LEVE, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, SIMETRÍA FACIAL, NO ALTERACIÓN EN FUERZA MUSCULAR, NO SIGNOS MENÍNGEOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN

PIEL Y FANERAS: NO LESIONES EN PIEL

PARACLINICOS EXTRAINSTITUCIONALES:

"21/12/2018 CH Leucos 17.930, neutrofilos, 15.300, plaquetas 193.000, Hb 13 Función hepática normal.

electrolitos normales(no hay reporte de valor) se toma información de evolución de HC, PCR 6.0"

PARACLINICOS INSTITUCIONALES:

***23/12/2018: BUN: 24.6, CREA: 24.6, BT: 1.29, BD: 0.47, BI: 0.82, AST: 35.7, ALT: 41.6. NA: 146, K: 3.65,

CL: 111.1, CA: 8.4, PCR: 27.8, CH: LEU: 11880, N: 10500, L: 620, HTO: 35.1, HB: 11.6, VCM: 93.9, PLAQ: 191000,

PT: 13.8, INR: 1.01, PTT: 23.5. PO: PROTEINURIA: 25, CETONAS: 150, NO SUGESTIVO DE INFECCION, GRAM DE ORINA NORMAL

***23/12/2018: GASES: PH: 7.42, PCO2: 35.5, PO2: 47.1, HCO3: 22.9, LACT: 1.1, BE: -1.0

***24/12/2018: ANGIOTAC DE TÓRAX: Signos de embolia pulmonar aguda con compromiso de la arteria para el segmento anterior del lóbulo superior derecho. Atelectasia del segmento lateral del lóbulo medio y del segmento basal posterior del lóbulo inferior derecho. Pequeña hernia diafragmática. Cambios degenerativos en columna dorsal.

***26/12/2018: GASES ARTERIALES: VENOSOS

ANÁLISIS:

PACIENTE DE 81 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TAB Y TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO Y DEMENCIA TIPO ALZHEIMER, INGRESO POR TOS

CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES, DISNEA Y DESATURACIÓN SECUNDARIA A UN TEP AGUDO DE INICIO ANTICOAGULACIÓN CON ENOXAPRINA, EL DIA DE HOY SE ORDENA PASO A APIXABAN, PACIENTE YA TIENE OXÍGENO DOMILIARIO. UROCULTIVO NEGATIVO. SEGÚN CONCEPTO DE PSQUIATRIA PACIENTE DEBE SER CONTRAREMITIDA A CLÍNICA PSIQUIATRICA, SE INICIA TRAMITE ADMINISTRATIVO.

PLAN:

Hospitalizar por medicina interna

02 cánula nasal para saturación >90%

Cateter heparinizado

Dieta turmix

Clozapina 125 mg noche

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: SVARGASPSANDRA LILIANA VARGAS PALENCIA

RESUMEN DE HISTORIA

Enalapril 20 mg dia
Omeprazol 40 mg dia
Levotiroxina 50 mcg dia
Atorvastatina 40 mg Vo noche
Enoxaparina 50 mg sc cada 12 horas ***SUSPENDER***
APIXABAN 2.5 MG CADA 12 HORAS **LO APORTA EL FAMILIAR***
S/S: CONTRAREEMISION A CLÍNICA MONSERRAT

MEDICO : JORGE HERNAN LOPEZ RAMIREZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 10247478

CIERRE DE EPICRISIS - EGRESO DE PACIENTE

FECHA: / / HORA: : :

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

Dx salida 1	F209	ESQUIZOFRENIA NO ESPECIFICADA
Dx salida 2	E669	OBESIDAD NO ESPECIFICADA
Dx salida 3	R13X	DISFAGIA

CONDICION DE SALIDA:

DIAS DE INCAPACIDAD: 0
