

RESUMEN DE HISTORIA

NOMBRE: MARIA CRISTINA GONZALEZ DE CASTAÑO **TIPO DE DOC:** CC **Nº DOC:** 41388258
EDAD: 72 AÑOS **SEXO:** F **FECHA DE NACIMIENTO:** 25/03/1946

FECHA DE INGRESO: 07/12/2018 12:48:1 **FECHA DE EGRESO:** / / 00:00:00
SERVICIO INGRESO: HOSPITALIZACION **SERVICIO EGRESO:** HOSPITALIZACION
PABELLON EVOLUCIÓN: 2 UCI

INGRESO DEL PACIENTE

FECHA: 07/12/2018 **HORA:** 12:48: **SERVICIO:** HOSPITALIZACION **CAUSA EXTERNA:** ENFERMERDAD GENERAL

DIAGNOSTICOS

Principal	F134	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICO
Relacionado 1	F113	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS ESTADO DE
Relacionado 2	I251	ENFERMEDAD ATROSCLEROTICA DEL CORAZON

MEDICO : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ **RM:** 79267639
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 07/12/2018 **HORA:** 13:23:04
se abre folio para solicitar oparaclinicos

MEDICO : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ **RM:** 79267639
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 07/12/2018 **HORA:** 16:07:21
INGRESO A UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIOS
TURNOS TARDE
FI HUN: 7/12/18
FI HUN UCI: 7/12/18

MARIA CRISTINA CASTAÑO DE GONZÁLEZ
CC 41388258
Fecha de nacimiento: 25 Marzo 1946
Edad: 72 años
Estado civil: Viuda
Procedencia: Bogotá D.C.
Escolaridad: Postgrado
Ocupación: Hospitalización
Religión: Católica
Dirección: Cra 4A No 26C-27 Apto 308
Teléfono: 3173851411
Acudiente: Sandra Castaño
Entidad: EPS Sanitas
Hora de ingreso: 12:45 pm

RESUMEN DE HISTORIA

MOTIVO DE CONSULTA

Remitida de CLÍNICA SANTO TOMAS por dolor torácico en estudio.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente sin acompañante el momento, refiere episodio de dolor torácico súbito que se irradia a región dorsal y miembro superior izquierdo, asociado a disnea y palidez con caída desde su propia altura secundaria. Según historia clínica de sitio de remisión 4 presentó crisis convulsiva con pérdida del estado de alertamiento, con posterior recuperación total sin focalización y con persistencia del dolor torácico, toman EKG en el que describen cambios compatibles con infarto inferior, administran ASA 100 mg y deciden remitir a esta institución. Refiere ha presentado múltiples episodios similares y atribuye el dolor actual a costochondritis.

REVISIÓN POR SISTEMAS: refiere dolor crónico en la columna vertebral y espasmos musculares asociados para lo cual recibió tratamiento con tramadol durante 3 años el cual se suspendió hace 20 días, posterior a lo cual ha venido presentando episodios de palpitaciones, disnea súbita y sensación de muerte inminente.

ANTECEDENTES

Patológicos: Diabetes mellitus tipo 2 (hace 2 años), hipertensión arterial (hace 10 años), discopatía degenerativa con 7 hernias discales (según refiere), apnea del sueño manejada con CPAP, IAM con colocación de Stent medicado en sitio no especificado 29/12/2018, Ca de mamá no especificado diagnosticado en 2008 con remisión completa según refiere tras múltiples sesiones de radioterapia en control, último hace 15 días, ECV isquémico lacunar hace 1 año?. Epilepsia focal?

Quirúrgicos: Extracción de masa mamaria derecha y ganglio centinela en 2008.

Hospitalarios: en múltiples episodios con sospecha de IAM.

Farmacológicos: Carvedilol 6.25 mg c/12h, Metformina 850 mg cada 12 horas, Losartan 50 mg cada 12 h, Amlodipino 5 mg día, Clonazepam 0.5 mg 1-1-1-1, Ibuprofeno 400 mg 1-1-1, Lovastatina 20 mg 1, Sertralina 50 mg 1, ASA 100 mg 1, Esomeprazol 1-0-1.

Alérgicos: codeína

Toxicológicos: niega

Psiquiátricos: Depresión y ansiedad en manejo por historia clínica.

OBJETIVO

Paciente en aceptables condiciones generales, alerta, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria

Signos vitales: TA 110/57 mmHg - TAM : 74 mmHg - FC: 75 lpm FR: 15 rpm SaO2: 99 % - FiO2 0.28 - T: 36.8 °C

CyC: escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello móvil, sin presencia de megalias, no doloroso.

Cardiopulmonar: pectus excavatum, cicatriz en región anterior toracoabdominal, ruidos cardiacos rítmicos velados, sin soplos, murmullo vesicular conservado globalmente sin agregados, no hay dolor a la palpación.

Dorsal: espasmo muscular en región dorsal asociado a dolor a la palpación. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: simétricas, sin edema, hipotróficas, llenado capilar menor a 2 segundos. Neuropsiquiátrico: establece contacto visual y verbal, actitud colaboradora, afecto: modulado, de fondo ansioso, pensamiento lógico, coherente, no verbaliza delirios, alerta, orientada, pares conservados, sin déficit motor ni sensitivo aparente, no hay signos de irritación meníngea.

PARACLINICOS

EXTRAINSTITUCIONALES:

Glucometría 102 mg/dl

EKG: Anormal. Infarto posible. Ritmo sinusal, bloqueo completo de rama derecha, infarto inferior posible (III, aVF), T negativo (V2), Onda T bifásica (V3), bajo voltaje (plomos del pecho), desviación derecha del eje

RESUMEN DE HISTORIA

marcado.

INSTITUCIONALES:

EKG: FC: 74 LP, Ritmo sinusal, bloqueo completo de rama derecha, inversión de la onda T en DIII, aVF, V1-V3.

Hemograma: Leucos: 9670, N: 57.9%, Linf: 29.1, Hb: 13.1, Hcto: 36.1, plaq: 362000

ANÁLISIS:

Paciente femenina de 72 años con hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome de apnea del sueño, epilepsia focal, IAM con colocación de Stent medicado hace 1 año, depresión - ansiedad y discopatía degenerativa con dolor crónico asociado en manejo con tramadol hasta hace 20 días, cuando fue suspendido y partir de entonces presenta episodios compatibles con crisis de pánico. Viene remitida por cuadro dolor torácico asociado a disnea súbita, palpitaciones y pérdida del estado de conciencia al parecer secundario a episodio convulsivo?. En el momento se encuentra hemodinámicamente estable, sin SRIS, sin signos de dificultad respiratoria, con cifras tensionales en rangos de normalidad, no hay signos de bajo gasto, actualmente sin dolor torácico. Hemograma dentro de rangos de normalidad, EKG con bloqueo de rama derecha en inversión de la onda T en en cara inferolateral derecha que puede estar en relación con evento isquémico previo, sin cambios que sugieran evento agudo, se decide solicitar ecocardiograma TT para valorar función cardiaca actual, adicionalmente se decide solicitar valoración por parte del servicio de Psiquiatría por sospecha de dependencia a los opioides y antecedentes psiquiátricos encontrados. Tiene pendiente paraclínicos solicitados al ingreso como parte de estudios de extensión del cuadro actual. Se hospitaliza en unidad de cuidados intermedios.

Impresión diagnóstica:

1. Dolor torácico en estudio
 - 1.1 Síndrome coronario isquémico tipo IAM vs Síndrome de Tietze
 - 1.2 Antecedente de IAM con colocación de Stent medicado (Dic 2017)
2. Hipertensión arterial en manejo
3. Diabetes mellitus tipo 2 no insulino-requiriente
4. Síndrome de Apnea del sueño con requerimiento de CPAP
5. Antecedente de Ca de mama tratado con adecuado control
6. ECV isquémico?
7. Trastorno mixto de ansiedad y depresión por Historia clínica.
8. Sospecha de dependencia a los opioides.

PLAN:

- Hospitalizar en Unidad de Cuidados intermedios
- Fowler a 30°
- Oxígeno por cánula nasal a 2 L
- Dieta hiposódica e hipoglúcida
- omeprazol 20 mg vo dia
- ASA 100 mg vo dia
- Losartan 50 mg cada 12 horas
- Amlodipino 5 mg vo dia
- Carvedilol 6.25 mg vo cada 12h
- Metformina 850 mg media tableta cada 12 horas
- Clonazepam 0.5 mg 1-1-1-1
- Lovastatina 20 mg vo dia
- Sertralina 50 mg vo dia
- hidromorfona 0.3 mg cada 6 horas titular según dolor
- Terapia física
- P/ pruebas de función renal y hepática, electrolitos, gases arteriales, Rx de Tórax, troponina.

RESUMEN DE HISTORIA

-SS/ Ecocardiograma TT
- valoración por servicio de psiquiatría.

MEDICO : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79267639

NOTA MEDICA

FECHA: 07/12/2018 **HORA:** 17:42:42

Unidad de cuidados intensivos.

Turno tarde

Diagnosticos:

Dolor toracico no cardiogenico en estudio.

Cardiopatía isquémica

-Enfermedad coronaria con revascularización percutanea

Diabetes mellitus tipo 2

Apnea del sueño

Usuario de CPAP

Enfermedad cerebrovascular por HC

Trastorno ansioso/depresivo

Abuso de opioides

-Síndrome de abstinencia en estudio

S/ Niega que en el momento presente dolor toracico, al interrogar no manifiesta que haya presentado alteración del estado de la conciencia.

Se siente ansiosa por que no ha consumido su medicamento BZD. .

Examen Físico:

TA 120/80 mmHg FC 67/min FR 18/min

Alerta, orientado, colaborador

Tolera el decúbito,

Sin ingurgitación yugular

Tórax: buen patrón respiratorio, ruidos respiratorios murmullo alveolar preservado

Ruidos cardiacos ritmicos no soplos

Abdomen blando, no megalias, extremidades no edemas, llenado capilar 2 sg.

EKG: Ritmo sinusal, Bloqueo completo de la rama derecha del haz del his,

Cmabios fijos (al evaluar serie electrocardiograficos -

07-12-18 BUN 11.3 Creat 0.76

Sodio 135 Potasio 3.72 Cloro 95.5

Troponia T 0.009

Leuc 9.67 Neu 5.61 HB 13.1 HTO 36.1 VCM 85.7 PLT 362

PT 14.9 INR 1.1 PTT 30

Análisis:

Paciente adulto mayor con historia de enfermedad coronaria intervenida en contexto de evento coroario agudo

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

hace 1 año.

Suamdo a ello historia de ansiedad/depresión - dolor crónico y abuso de opioides para lo cual en las ultimas 3 semanas se ha retirado tramadol, posterior a ello con síntomas referidos como aumento de ansiedad y vertigos.

Describe que se encontraba bajo seguimiento por psiquiatría para control y ajustes terapéuticos, durante su estancia manifiesto episodio de disconfort torácico, ansiedad. Tiene serie electrocardiográfico con ritmo sinusal y bloqueo de rama derecha sin cambios dinámicos la troponina es negativa: Se considera dolor torácico no cardiogénico en paciente con enfermedad coronaria. En el momento paciente se encuentra estable, se indica realización de ecocardiograma TT.

Teniendo en cuenta que tiene síndrome de abstinencia por opioides se indica metadona.

Plan:

Dieta para paciente coronario
Lactato de ringer a 1cc/kg/hora
Omeprazol 20 mg vo día
Losartan 50 mg cada 12 horas
Amlodipino 5 mg vo día
Carvedilol 6.25 mg vo cada 12h
Lovastatina 20 mg vo día
ASA 100 mg día
Hidromorfona 0.3 mg cada 6 horas titular según dolor SUSPENDER
Metadona 5 mg vo cada 12 horas
Acetaminofen 1 gr vo cada 6 horas
Clonazepam 0.5 mg 1-1-1-1
Sertralina 50 mg vo día

Suspender Metformina.
S/ Ecocardiograma TT
s/ Glucometría preprandiales.

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 129597

NOTA MEDICA

FECHA: 07/12/2018 **HORA:** 19:15:39

Nota adicional: paciente en la tarde con 5 deposiciones blandas, amarillas, sin moco ni sangre, se ordena bolo de 200cc, se continua líquidos basales, y se solicita coprológico, se le explica a la paciente.

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 129597

NOTA MEDICA

FECHA: 08/12/2018 **HORA:** 00:15:36

INGRESO A PISOS 07/12/2018*

FI HUN: 7/12/18

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

FI HUN UCI: 7/12/18
MARIA CRISTINA CASTAÑO DE GONZÁLEZ
CC 41388258
Fecha de nacimiento: 25 Marzo 1946
Edad: 72 años
Estado civil: Viuda
Procedencia: Bogotá D.C.
Escolaridad: Postgrado
Ocupación: Hospitalización
Religión: Católica
Dirección: Cra 4A No 26C-27 Apto 308
Teléfono: 3173851411
Acudiente: Sandra Castaño
Entidad: EPS Sanitas

MOTIVO DE CONSULTA: Remitida de CLÍNICA SANTO TOMAS por dolor torácico en estudio.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente sin acompañante el momento, refiere episodio de dolor torácico súbito que se irradia a región dorsal y miembro superior izquierdo, asociado a disnea y palidez con caída desde su propia altura secundaria. Según historia clínica de sitio de remisión 4 presentó crisis convulsiva con pérdida del estado de alertamiento, con posterior recuperación total sin focalización y con persistencia del dolor torácico, toman EKG en el que describen cambios compatibles con infarto inferior, administran ASA 100 mg y deciden remitir a esta institución. Refiere ha presentado múltiples episodios similares y atribuye el dolor actual a costocondritis.

REVISIÓN POR SISTEMAS: refiere dolor crónico en la columna vertebral y espasmos musculares asociados para lo cual recibió tratamiento con tramadol durante 3 años el cual se suspendió hace 20 días, posterior a lo cual ha venido presentando episodios de palpitaciones, disnea súbita y sensación de muerte inminente.

ANTECEDENTES

Patológicos: Diabetes mellitus tipo 2 (hace 2 años), hipertensión arterial (hace 10 años), discopatía degenerativa con 7 hernias discales (según refiere), apnea del sueño manejada con CPAP, IAM con colocación de Stent medicado en sitio no especificado 29/12/2018, Ca de mamá no especificado diagnosticado en 2008 con remisión completa según refiere tras múltiples sesiones de radioterapia en control, último hace 15 días, ECV isquémico lacunar hace 1 año?. Epilepsia focal?

Quirúrgicos: Extracción de masa mamaria derecha y ganglio centinela en 2008.

Hospitalarios: en múltiples episodios con sospecha de IAM.

Farmacológicos: Carvedilol 6.25 mg c/12h, Metformina 850 mg cada 12 horas, Losartan 50 mg cada 12 h, Amlodipino 5 mg día, Clonazepam 0.5 mg 1-1-1-1, Ibuprofeno 400 mg 1-1-1, Lovastatina 20 mg 1, Sertralina 50 mg 1, ASA 100 mg 1, Esomeprazol 1-0-1.

Alérgicos: codeína

Toxicológicos: niega

Psiquiátricos: Depresión y ansiedad en manejo por historia clínica.

OBJETIVO

RESUMEN DE HISTORIA

Paciente en aceptables condiciones generales, alerta, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria

Signos vitales: TA 114/64mmHg - FC: 78 lpm FR: 15 rpm SaO2: 99 % - FiO2: 0.28 - T: 36.8 °C

CyC: escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello móvil, sin presencia de megalias, no doloroso.
Cardiopulmonar: pectus excavatum, cicatriz en región anterior toracoabdominal, ruidos cardiacos rítmicos velados, sin soplos, murmullo vesicular conservado globalmente sin agregados, no hay dolor a la palpación.
Dorsal: espasmo muscular en región dorsal asociado a dolor a la palpación. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: simétricas, sin edema, hipotróficas, llenado capilar menor a 2 segundos.
Neuropsiquiátrico: establece contacto visual y verbal, actitud colaboradora, afecto: modulado, de fondo ansioso, pensamiento lógico, coherente, no verbaliza delirios, alerta, orientada, pares conservados, sin déficit motor ni sensitivo aparente, no hay signos de irritación meníngea.

PARACLINICOS

EXTRA INSTITUCIONALES:

Glucometría 102 mg/dl

EKG: Anormal. Infarto posible. Ritmo sinusal, bloqueo completo de rama derecha, infarto inferior posible (III, aVF), T negativo (V2), Onda T bifásica (V3), bajo voltaje (plomos del pecho), desviación derecha del eje marcado.

INSTITUCIONALES:

EKG: FC: 74 LP, Ritmo sinusal, bloqueo completo de rama derecha, inversión de la onda T en DIII, aVF, V1-V3.
Hemograma: Leucos: 9670, N: 57.9%, Linf: 29.1, Hb: 13.1, Hcto: 36.1, plaq: 362000 Creat 0.76 Sodio 135 Potasio 3.72 Cloro 95.5 Troponina T 0.009 Leuc 9.67 Neu 5.61 HB 13.1 HTO 36.1 VCM 85.7 PLT 362 PT 14.9 INR 1.1 PTT 30

ANÁLISIS:

Paciente femenina de 72 años con múltiples antecedentes de riesgo cardiovascular quien desde hace 20 días presenta episodios de ansiedad posterior a la suspensión de tramadol como analgésico, actualmente ingresa por dolor torácico, manejado inicialmente en unidad de cuidado intermedio donde consideran paciente con dolor atípico, sin cambios electrocardiográficos con evidencia de troponina negativa por lo cual consideran baja probabilidad coronaria y trasladan a piso, paciente con necesidad de ecocardiograma el cual se encuentra pendiente, consideran necesaria valoración por psiquiatría adicional con el fin de determinar posible abstinencia a opioides y episodios de pánico asociados. Se explica a paciente quien refiere entender y aceptar.

Impresión diagnóstica:

1. Dolor torácico en estudio
 - 1.1 Síndrome coronario isquémico tipo IAM vs Síndrome de Tietze
 - 1.2 Antecedente de IAM con colocación de Stent medicado (Dic 2017)
2. Hipertensión arterial en manejo

RESUMEN DE HISTORIA

3. Diabetes mellitus tipo 2 no insulino-requiriente
4. Síndrome de Apnea del sueño con requerimiento de CPAP
5. Antecedente de Ca de mama tratado con adecuado control
6. ECV isquémico?
7. Trastorno mixto de ansiedad y depresión por Historia clínica.
8. Sospecha de dependencia a los opioides.

PLAN:

Hospitalizar por Medicina Interna
Dieta para paciente coronario
Lactato de ringer a 1cc/kg/hora
Omeprazol 20 mg vo día
Losartan 50 mg cada 12 horas
Amlodipino 5 mg vo día
Carvedilol 6.25 mg vo cada 12h
Lovastatina 20 mg vo día
ASA 100 mg día
Hidromorfona 0.3 mg cada 6 horas titular según dolor SUSPENDER
Metadona 5 mg vo cada 12 horas
Acetaminofen 1 gr vo cada 6 horas
Clonazepam 0.5 mg 1-1-1-1
Sertralina 50 mg vo día
Suspende Metformina.
S/ Ecocardiograma TT
SS/ Glucometría preprandiales.

MEDICO : MICHAEL ANDRES ARIZA VARON
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1024519037

NOTA MEDICA

FECHA: 08/12/2018 HORA: 12:51:36

Nota Medicina general

Paciente de 72 años en seguimiento intrahospitalario por dolor torácico, quien tiene antecedente de síndrome mixto de ansiedad y depresión quien se acerca y manifiesta presenta inquietud motora, sensación de desesperación, palpitaciones, manifiesta que conoce sus síntomas y está atravesando por crisis de ansiedad, se administró en la mañana clonazepam, se indica por ahora dados síntomas agudos dosis única de haloperidol a dosis bajas

MEDICO : MONICA ALEXANDRA VARGAS MORENO
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1023892304

NOTA MEDICA

FECHA: 08/12/2018 HORA: 16:47:53

INGRESO MEDICINA INTERNA

PACIENTE MARIA CRISTINA CASTAÑO DE GONZÁLEZ

EDAD: 72 AÑOS

ESTADO CIVIL: VIUDA

PROCEDENCIA: BOGOTA D.C

RESUMEN DE HISTORIA

ESCOLARIDAD: POSTGRADO
OCUPACIÓN: HOSPITALIZACIÓN
RELIGIÓN: CATÓLICA

MOTIVO DE CONSULTA
REMITIDA DE CLÍNICA SANTO TOMAS POR DOLOR TORÁCICO EN ESTUDIO.

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE QUE SE ENCONTRABA EN HOSPITALIZACION EN SITIO DE REMISIÓN POR MANEJO DE SINDROME DE ABSTINENCIA, POR LO QUE HACE 4 DÍAS INICIA CON DOLOR RETROESTERNAL QUE SE IRRADIA A ARCO COSTAL Y POSTERIOR . SE TOMO EKG CON SIGNOS DE ISQUEMIA EN CARA INFERIOR , POR LO QUE REMITEN A UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS , PARA VIGILANCIA , SIN CAMBIOS EN EKG Y CON BIOMARCADORES CARDIACOS NEGATIVOS. SE DECIDE TRASLADO A PISO PARA CONTINUAR ESTUDIO Y REALIZACIÓN DE ECOCARDIOGRAMA . PACIENTE QUE DURANTE LA HOSPITALIZACION SE HA MOSTRADO ANSIOSA , CON AGITACION PSICOMOTORA Y DIAFORESIS . REFIERE ADEMAS , DEPOSICIONES DIARREICAS DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN . 7 VECES AL DIA CON MOCO NO SANGRE ..

LLAMA LA ATENCIÓN DE HISTORIA DE REMISIÓN INFORMAR HOSPITALIZACION POR TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION ADEMAS DE PRESENTAR 4 EPISODIOS CONVULSIVOS CON PÉRDIDA DEL ESTADO DE ALERTAMIENTO, CON POSTERIOR RECUPERACIÓN TOTAL, SIN EMBARGO LA PACIENTE NO REFIERE ESTE HECHO

REVISIÓN POR SISTEMAS:REFIERE DOLOR CRÓNICO EN LA COLUMNA VERTEBRAL Y ESPASMOS MUSCULARES ASOCIADOS PARA LO CUAL RECIBIÓ TRATAMIENTO CON TRAMADOL DURANTE 3 AÑOS EL CUAL SE SUSPENDIÓ HACE 20 DÍAS, POSTERIOR A LO CUAL HA VENIDO PRESENTANDO EPISODIOS DE PALPITACIONES, DISNEA SÚBITA Y SENSACIÓN DE MUERTE INMINENTE.

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS: DIABETES MELLITUS TIPO 2 (HACE 2 AÑOS), HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HACE 10 AÑOS), DISCOPATÍA DEGENERATIVA CON 7 HERNIAS DISCALES (SEGÚN REFIERE), APNEA DEL SUEÑO MANEJADA CON CPAP, IAM CON COLOCACIÓN DE STENT MEDICADO EN SITIO NO ESPECIFICADO 29/12/2018, CA DE MAMÁ NO ESPECIFICADO DIAGNOSTICADO EN 2008 CON REMISIÓN COMPLETA SEGÚN REFIERE TRAS MÚLTIPLES SESIONES DE RADIOTERAPIA EN CONTROL, ÚLTIMO HACE 15 DÍAS, ECV ISQUÉMICO LACUNAR HACE 1 AÑO?. EPILEPSIA FOCAL? QUIRURGICOS: EXTRACCIÓN DE MASA MAMARIA DERECHA Y GANGLIO CENTINELA EN 2008. HOSPITALARIOS: EN MÚLTIPLES EPISODIOS CON SOSPECHA DE IAM. FARMACOLÓGICOS: CARVEDILOL 6.25 MG C/12H, METFORMINA 850 MG CADA 12 HORAS, LOSARTAN 50 MG CADA 12 H, AMLODIPINO 5 MG DIA, CLONAZEPAM 0.5 MG 1-1-1-1, IBUPROFENO 400 MG 1-1-1, LOVASTATINA 20 MG 1, SERTRALINA 50 MG 1, ASA 100 MG 1, ESOMEPRAZOL 1-0-1. ALÉRGICOS: CODEÍNA TOXICOLÓGICOS: NIEGA PSIQUIÁTRICOS: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MANEJO

EXAMEN FÍSICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

SIGNOS VITALES: TA 120/80 MMHG FC: 106 LPM FR: 15 RPM SAO2: 92 % AL AMBIENTE T: 36.8 °C

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

CYC: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL, SIN PRESENCIA DE MEGALIAS, NO DOLOROSO.

CARDIOPULMONAR:

PECTUS EXCAVATUM, CICATRIZ EN REGIÓN ANTERIOR TORACOABDOMINAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS VELADOS, SIN SOPLOS, MURMULLO

VESICULAR CONSERVADO GLOBALMENTE SIN AGREGADOS, NO HAY DOLOR A LA PALPACIÓN. DORSAL: ESPASMO MUSCULAR EN REGIÓN DORSAL

ASOCIADO A DOLOR A LA PALPACIÓN. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, HIPOTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.

NEUROPSIQUIÁTRICO: ESTABLECE CONTACTO VISUAL Y VERBAL, ACTITUD COLABORADORA, AFECTO: MODULADO, DE FONDO ANSIOSO, PENSAMIENTO LÓGICO, COHERENTE, NO VERBALIZA DELIRIOS, ALERTA, ORIENTADA, PARES CONSERVADOS, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO HAY SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA.

PARACLINICOS

EXTRAINSTITUCIONALES:

GLUCOMETRÍA 102 MG/DL

EKG: ANORMAL. INFARTO POSIBLE. RITMO SINUSAL, BLOQUEO COMPLETO DE RAMA DERECHA, INFARTO INFERIOR POSIBLE (III, AVF), T NEGATIVO (V2), ONDA T BIFÁSICA (V3), BAJO VOLTAJE (POMOS DEL PECHO), DESVIACIÓN DERECHA DEL EJE MARCADO.

INSTITUCIONALES:

EKG: FC: 74 LP, RITMO SINUSAL, BLOQUEO COMPLETO DE RAMA DERECHA, INVERSIÓN DE LA ONDA T EN DIII, AVF, V1-V3.

HEMOGRAMA: LEUCOS: 9670, N: 57.9%, LINF: 29.1, HB: 13.1, HCTO: 36.1, PLAQ: 362000

07-12-18 BUN 11.3 CREAT 0.76 TROPONIN T 0.009

SODIO 135 POTASIO 3.72 CLORO 95.5

ANÁLISIS:

PACIENTE ADULTO MAYOR CON HISTORIA DE ENFERMEDAD CORONARIA INTERVENIDA EN CONTEXTO DE EVENTO COROARIO AGUDO HACE 1 AÑO.

SUMADO A ELLO HISTORIA DE ANSIEDAD/DEPRESIÓN - DOLOR CRÓNICO Y ABUSO DE OPIOIDES PARA LO CUAL EN LAS ULTIMAS 3 SEMANAS

SE HA RETIRADO TRAMADOL, POSTERIOR A ELLO CON SINTOMAS REFERIDOS COMO AUMENTO DE ANSIEDAD Y VERTIGOS. PACIENTE EN MANEJO DE PATOLOGÍAS EN UNIDAD DE SALUD MENTAL EN LA QUE PRESENTÓ DOLOR TORÁCICO SIN CAMBIOS DINÁMICOS EN EKG Y TROPONINA ES NEGATIVA. EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS, SE CONSIDERO DOLOR TORÁCICO NO CARDIOGÉNICO, AUN PENDIENTE REALIZACIÓN DE ECOCARDIOGRAMA. PACIENTE CON SIGNOS VITALES ESTABLES, MÁS CON AGITACIÓN PSICOMOTORA, GESTOS ANSIOSOS, POR LO QUE SE ADICIONA HALOPERIDOL A LA FORMULACIÓN. PENDIENTE VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA. SE EVIDENCIA BAJA RED DE APOYO, SIN VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL. ESTÁ PENDIENTE RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE COPROLOGICO PARA ESTUDIO DE CUADRO DIARREICO

PLAN

HOSPITALIZACIÓN EN PISO

ACOMPañANTE PERMANENTE

DIETA PARA PACIENTE CORONARIO

LACTATO DE RINGER A 1CC/KG/HORA

OMEPRAZOL 20 MG VO DIA

LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS

AMLODIPINO 5 MG VO DIA

CARVEDILOL 6.25 MG VO CADA 12H

LOVASTATINA 20 MG VO DIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

ASA 100 MG DÍA
METADONA 5 MG VO CADA 12 HORAS
ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 6 HORAS
CLONAZEPAM 0.5 MG 1-1-1-1
SERTRALINA 50 MG VO DIA
HALOPERIDOL 3 MG IV CADA 8 HORAS
PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA TT COPROLOGICO
S/ GLUCOMETRIA
PENDIENTE VALORACIÓN POR PSIQUIATRIA
CSV AC

MEDICO : SANDRA MILENA SANCHEZ GONZALEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 16922-12

NOTA MEDICA

FECHA: 09/12/2018 **HORA:** 15:10:43

**** Evolucion medicina interna Dra Sandra Sanchez ****

Dolor torácico en estudio
-Origen cardiogénico a descartar
-Enfermedad coronaria intervenida Dic 2017
Síndrome de abstinencia por opioides
Discopatía Degenerativa dorsal
Ca de mama en remisión
HTA controlada
SAHOS

Subjetivo: no dolor torácico, disminución leve de estado ansioso. ,
Objetivo: Adecuado estado general.alerta orientada
Signos vitales: PA 140/90mmHg Fc 80 Fr 16 T 36.3 sat 90%
Conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda. Ruidos cardiacos rítmicos no soplos Murmullo vesicular en ambos campos pulmonares sin agregados Abdomen blando no doloroso extremidades eutróficas no edemas. Neurológico sin déficit sensitivo o motor evidente

Análisis: Paciente en manejo en centro de salud mental donde venía en manejo por síndrome de abstinencia asociado a consumo de opioides, en donde presentó episodio de dolor torácico por lo cual remite. inicialmente se descarta SCA dad Troponina negativa, sin embargo dado antecedente de enfermedad coronaria intervenida y cambios electrocardiográficos se indica echocardiogram el cual está pendiente. Paciente estable clínicamente ansiedad modulada parcialmente en progreso ademas valoración por psiquiatria.Según reporte de ecocardiograma se tomarán conductas adicionales.

plan

hospitalización en piso
acompañante permanente
dieta para paciente coronario
lactato de ringer a 1cc/kg/hora
omeprazol 20 mg vo dia
losartan 50 mg cada 12 horas
amlodipino 5 mg vo dia
carvedilol 6.25 mg vo cada 12h

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

lovastatina 20 mg vo día
asa 100 mg día
metadona 5 mg vo cada 12 horas
acetaminofen 1 gr vo cada 6 horas
clonazepam 0.5 mg 1-1-1-1
sertralina 50 mg vo día
haloperidol 3 mg iv cada 8 horas
pendiente ecocardiograma tt coprologico
s/ glucometria
pendiente valoración por psiquiatria
csv ac

MEDICO : SANDRA MILENA SANCHEZ GONZALEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 16922-12

NOTA MEDICA

FECHA: 10/12/2018 **HORA:** 10:58:44

EVOLUCIÓN MEDICINA INTERNA

MARIA CRISTINA CASTAÑO DE GONZÁLEZ PACIENTE DE 72 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE
DOLOR TORÁCICO EN ESTUDIO
-ORIGEN CARDIOGÉNICO A DESCARTAR
-ENFERMEDAD CORONARIA INTERVENIDA DIC 2017
SINDROME DE ABSTINENCIA POR OPIOIDES
DISCOPATÍA DEGENERATIVA DORSAL
CA DE MAMA EN REMISIÓN
HTA CONTROLADA
SAHOS

S/ PACIENTE PERSISTE CON ANSIEDAD , REFIERE LOGRA CONCILIAR EL SUEÑO , NIEGA FIEBRE , NO DISNEA . NIEGA
NUEVAS DEPOSICIONES DIARREICAS. REFIERE VERTIGO POSICIONAL D EPREDOMINIO EN LAS MAÑANAS .

O/PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

SIGNOS VITALES: TA 107/58 MMHG FC: 78 LPM FR: 15 RPM SAO2: 92 % AL AMBIENTE T: 36.8 °C
CYC: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL, SIN PRESENCIA DE MEGALIAS, NO DOLOROSO.
CARDIOPULMONAR:
PECTUS EXCAVATUM, CICATRIZ EN REGIÓN ANTERIOR TORACOABDOMINAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS VELADOS, SIN SOPLOS,
MURMULLO
VESICULAR CONSERVADO GLOBALMENTE SIN AGREGADOS, NO HAY DOLOR A LA PALPACIÓN. DORSAL: ESPASMO MUSCULAR EN
REGIÓN DORSAL
ASOCIADO A DOLOR A LA PALPACIÓN. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE
IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, HIPOTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.
NEUROPSIQUIÁTRICO: ESTABLECE CONTACTO VISUAL Y VERBAL, ACTITUD COLABORADORA, AFECTO: MODULADO, DE FONDO
ANSIOSO, PENSAMIENTO LÓGICO, COHERENTE, NO VERBALIZA DELIRIOS, ALERTA, ORIENTADA, PARES CONSERVADOS, SIN
DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO HAY SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA.

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS: DIABETES MELLITUS TIPO 2 (HACE 2 AÑOS), HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HACE 10 AÑOS), DISCOPATÍA
DEGENERATIVA CON 7

RESUMEN DE HISTORIA

HERNIAS DISCALES (SEGÚN REFIERE), APNEA DEL SUEÑO MANEJADA CON CPAP, IAM CON COLOCACIÓN DE STENT MEDICADO EN SITIO NO

ESPECIFICADO 29/12/2018, CA DE MAMÁ NO ESPECIFICADO DIAGNOSTICADO EN 2008 CON REMISIÓN COMPLETA SEGÚN REFIERE TRAS

MÚLTIPLES SESIONES DE RADIOTERAPIA EN CONTROL, ÚLTIMO HACE 15 DÍAS, ECV ISQUÉMICO LACUNAR HACE 1 AÑO?.
EPILEPSIA FOCAL?

QUIRURGICOS: EXTRACCIÓN DE MASA MAMARIA DERECHA Y GANGLIO CENTINELA EN 2008.

HOSPITALARIOS: EN MÚLTIPLES EPISODIOS CON SOSPECHA DE IAM.

FARMACOLÓGICOS: CARVEDILOL 6.25 MG C/12H, METFORMINA 850 MG CADA 12 HORAS, LOSARTAN 50 MG CADA 12 H, AMLODIPINO 5 MG

DÍA, CLONAZEPAM 0.5 MG 1-1-1-1, IBUPROFENO 400 MG 1-1-1-1, LOVASTATINA 20 MG 1, SERTRALINA 50 MG 1, ASA 100 MG 1, ESOMEPRAZOL 1-0-1.

ALÉRGICOS: CODEÍNA

TOXICOLÓGICOS: NIEGA

PSIQUIÁTRICOS: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MANEJO

PARACLINICOS

EXTRAINSTITUCIONALES:

GLUCOMETRÍA 102 MG/DL

EKG: ANORMAL. INFARTO POSIBLE. RITMO SINUSAL, BLOQUEO COMPLETO DE RAMA DERECHA, INFARTO INFERIOR POSIBLE (III, AVF), T NEGATIVO (V2), ONDA T BIFÁSICA (V3), BAJO VOLTAJE (POMOS DEL PECHO), DESVIACIÓN DERECHA DEL EJE MARCADO.

INSTITUCIONALES:

EKG: FC: 74 LP, RITMO SINUSAL, BLOQUEO COMPLETO DE RAMA DERECHA, INVERSIÓN DE LA ONDA T EN DIII, AVF, V1-V3.

HEMOGRAMA: LEUCOS: 9670, N: 57.9%, LINF: 29.1, HB: 13.1, HCTO: 36.1, PLAQ: 362000

07-12-18 BUN 11.3 CREAT 0.76 TROPONIA T 0.009

SODIO 135 POTASIO 3.72 CLORO 95.5

ANÁLISIS:

PACIENTE FEMENINA DE 72 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CORONARIA INTERVENIDA EN CONTEXTO DE EVENTO COROARIO AGUDO HACE 1 AÑO, QUE SE ENCONTRABA HOSPITALIZADA EN UNIDADE DE SALUD MENTAL DADO DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD/DEPRESIÓN - DOLOR CRÓNICO Y ABUSO DE OPIOIDES DURANTE ESTE TIEMPO CON SÍNTOMAS DE AUMENTO DE ANSIEDAD Y VERTIGO. REMITIDA PARA ESTUDIO DE DOLOR TORÁCICO ATÍPICO, IN CAMBIOS DINÁMICOS EN EKG Y TROPONINA ES NEGATIVA., QUE DADO LOS ANTECEDENTES ESTÁ PENDIENTE REALIZACIÓN DE ECOCARDIOGRAMA . PACIENTE CON SIGNOS VITALES ESTABLES, MÁS CON AGITACION PSICOMOTORA , GESTOS ANSIOSOS ,ESTÁ PENDIENTE VALORACIÓN POR PSIQUIATRIA Y DEFINIR INDICACIÓN DE CONTRARREMISION A UNIDAD DE SALUD MENTAL . DADA BAJA RED DE APOYO ,SE ESPERA VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL.

PLAN

HOSPITALIZACION EN PISO

ACOMPañANTE PERMANENTE

DIETA PARA PACIENTE CORONARIO

LACTATO DE RINGER A 1CC/KG/HORA ** SUSPENDER **

OMEPRAZOL 20 MG VO DIA

LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

AMLODIPINO 5 MG VO DIA
CARVEDILOL 6.25 MG VO CADA 12H
LOVASTATINA 20 MG VO DIA
ASA 100 MG DÍA
METADONA 5 MG VO CADA 12 HORAS
ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 6 HORAS
CLONAZEPAM 0.5 MG 1-1-1-1
SERTRALINA 50 MG VO DIA
HALOPERIDOL 3 MG IV CADA 8 HORAS
PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA TT
S/ GLUCOMETRIA
TERAPIA FISICA
PENDIENTE VALORACIÓN POR PSIQUIATRIA Y TRABAJO SOCIAL
CSV AC

MEDICO : HUGO ALBERTO FAJARDO RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 19297986

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 10/12/2018 **HORA:** 13:09:

Maria Cristina González

72 años, Ingresa el 07-12, Natural y Procedente de Bogotá. Estado Civil: Viuda (hace 25 años)

Hijos de 47 años, 44 años y su hija menor de 33 años. Ocupación: Abogada (cesante), Terapeuta Ocupacional con voluntariado en Carcel la Picota.

Antecedentes: Episodios de Angina inestable en 13 de septiembre, último el 4 de diciembre con IAM.

Motivo de consulta: Remitida de Clínica Santo Tomás por Dolor Torácico en Estudio

Enfermedad Actual: La paciente comenta historia de varios años de dolor, en tratamiento crónico con tramadol (4 años), con aumento progresivo de la dosis hasta llegar a 45 gotas al día. menciona que hace cerca de 20 días, se le retiró este medicamento de súbito con lo que empezó a hacer síntomas de abstinencia a opiáceos. (vertigo, diaforésis, angustia, taquicardia, urgencia del pensamiento, espasmos musculares, epífora, parestesias en MMII, diarrea, piloerección, rinorrea) por lo que consultó de forma prioritaria 8 días después, se inició tratamiento con metadona.

Además uso crónico (más de 30 años) de clonazepam se ha hecho un aumento reciente a 2mg/día, enfermería reporta que si se demora la dosis, la paciente se torna marcadamente ansiosa.

hace un mes se le inició sertralina por un trastorno de ansiedad.

historia personal

tiene preocupación ya que siente haberse alejado de su hijo mayor por multiples cuestiones personales, con su hija de 44 años dice no poder contar por encontrarse ocupada trabajando y no tener mucho tiempo libre y con la hija menor quien vive en el extranjero (Francia, París) aunque habla por teléfono frecuentemente dice que la cuestión de la distancia es importante, lo que en conjunto le hace sentir angustiada, abandonada, por en un futuro creer, niega sentirse triste.

Examen mental

porte cuidado, actitud de colaboración, demandante, alerta, orientada en las tres esferas, memoria conservada, euproséxica, sin alteraciones en el curso del pensamiento, no ideas delirantes, no cogniciones depresivas, no ideas de muerte o suicidio, algunas ideas de preocupación con respecto a su estado de salud, afecto ansioso, sin alucinaciones, euquímica, inteligencia aparenta promedio, lenguaje: taquilálica, juicio de la realidad conservado, introspección parcial, prospección realista.

Análisis: la paciente consumía tramadol de forma crónica lo que le causó una dependencia al opioide, en el momento, dado el tratamiento con metadona, no tiene signos o síntomas de abstinencia.

RESUMEN DE HISTORIA

en la entrevista se encuentran factores de riesgo para ansiedad y depresión, la paciente además consume de forma crónica clonazepam, lo que es un riesgo adicional para hacer abstinencia a este medicamento. considero que no requiere ajustes en la dosis de metadona, y que debe de seguir recibiendo el clonazepam a las dosis actuales, cuidando de evitar saltar dosis.

continuaremos la evolución clínica de la paciente con una escala de abstinencia a opioides para definir la conducta por nuestro servicio, a largo plazo, se plantea continuar los controles por la consulta externa para suspender de forma controlada ambos medicamentos.

plan

continuar con clonazepam 0.5mg 1-1-1-1

metadona 5mg 1-0-1

control en hospitalización con psiquiatría para aplicación de la escala de abstinencia.

Solicitado por : HUGO ALBERTO FAJARDO RODRIGUEZ

RM: 19297986

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

Realizado por : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 10/12/2018 **HORA:** 13:10:31

Maria Cristina González

72 años, Ingresa el 07-12, Natural y Procedente de Bogotá. Estado Civil: Viuda (hace 25 años)

Hijos de 47 años, 44 años y su hija menor de 33 años. Ocupación: Abogada (cesante), Terapeuta Ocupacional con voluntariado en Carcel la Picota.

Antecedentes: Episodios de Angina inestable en 13 de septiembre, último el 4 de diciembre con IAM.

Motivo de consulta: Remitida de Clínica Santo Tomás por Dolor Torácico en Estudio

Enfermedad Actual: La paciente comenta historia de varios años de dolor, en tratamiento crónico con tramadol (4 años), con aumento progresivo de la dosis hasta llegar a 45 gotas al día. menciona que hace cerca de 20 días, se le retiró este medicamento de súbito con lo que empezó a hacer síntomas de abstinencia a opiáceos. (vertigo, diaforésis, angustia, taquicardia, urgencia del pensamiento, espasmos musculares, epífora, parestesias en MMII, diarrea, piloerección, rinorrea) por lo que consultó de forma prioritaria 8 días después, se inició tratamiento con metadona.

Además uso crónico (más de 30 años) de clonazepam se ha hecho un aumento reciente a 2mg/día, enfermería reporta que si se demora la dosis, la paciente se torna marcadamente ansiosa.

hace un mes se le inició sertralina por un trastorno de ansiedad.

historia personal

tiene preocupación ya que siente haberse alejado de su hijo mayor por multiples cuestiones personales, con su hija de 44 años dice no poder contar por encontrarse ocupada trabajando y no tener mucho tiempo libre y con la hija menor quien vive en el extranjero (Francia, París) aunque habla por teléfono frecuentemente dice que la cuestión de la distancia es importante, lo que en conjunto le hace sentir angustiada, abandonada, por en un futuro creer, niega sentirse triste.

Examen mental

porte cuidado, actitud de colaboración, demandante, alerta, orientada en las tres esferas, memoria conservada, euproséica, sin alteraciones en el curso del pensamiento, no ideas delirantes, no cogniciones depresivas, no ideas de muerte o suicidio, algunas ideas de preocupación con respecto a su estado de salud, afecto ansioso, sin alucinaciones, euquímica, inteligencia aparenta promedio, lenguaje: taquilálica, juicio de la realidad conservado, introspección parcial, prospección realista.

Análisis: la paciente consumía tramadol de forma crónica lo que le causó una dependencia al opioide, en el momento, dado el tratamiento con metadona, no tiene signos o síntomas de abstinencia.

en la entrevista se encuentran factores de riesgo para ansiedad y depresión, la paciente además consume de forma crónica clonazepam, lo que es un riesgo adicional para hacer abstinencia a este medicamento.

RESUMEN DE HISTORIA

considero que no requiere ajustes en la dosis de metadona, y que debe de seguir recibiendo el clonazepam a las dosis actuales, cuidando de evitar saltar dosis.

continuaremos la evolución clínica de la paciente con una escala de abstinencia a opioides para definir la conducta por nuestro servicio, a largo plazo, se plantea continuar los controles por la consulta externa para suspender de forma controlada ambos medicamentos.

plan

continuar con clonazepam 0.5mg 1-1-1-1

metadona 5mg 1-0-1

control en hospitalización con psiquiatría para aplicación de la escala de abstinencia

MEDICO : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 11/12/2018 **HORA:** 12:31:51

EVOLUCIÓN MEDICINA INTERNA

MARIA CRISTINA CASTAÑO DE GONZÁLEZ PACIENTE DE 72 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE

DOLOR TORÁCICO DE NO ORIGEN CARDIOGÉNICO

-ENFERMEDAD CORONARIA INTERVENIDA DIC 2017

SINDROME DE ABSTINENCIA POR OPIOIDES

DISCOPATÍA DEGENERATIVA DORSAL

CA DE MAMA EN REMISIÓN

HTA CONTROLADA

SAHOS

S/ PACIENTE PERSISTE CON ANSIEDAD , REFIERE LOGRA CONCILIAR EL SUEÑO , EN LA MAÑANA PRESENTÓ EPISODIO DE DISNEA ,DOLOR TORÁCICO OPRESIVO LEVE CON MAREO ASOCIADO E INESTABILIDAD A LA MARCHA

O/PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

SIGNOS VITALES: TA 154/85 MMHG FC: 78 LPM FR: 15 RPM SAO2: 92 % AL AMBIENTE T: 36.8 °C

CYC: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL, SIN PRESENCIA DE MEGALIAS, NO DOLOROSO.

CARDIOPULMONAR: PECTUS EXCAVATUM, CICATRIZ EN REGIÓN ANTERIOR TORACOABDOMINAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS VELADOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO GLOBALMENTE SIN AGREGADOS, NO HAY DOLOR A LA PALPACIÓN.

DORSAL: ESPASMO MUSCULAR EN REGIÓN DORSAL ASOCIADO A DOLOR A LA PALPACIÓN. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, SIN EDEMA,

HIPOTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. NEUROPSIQUIÁTRICO: ESTABLECE CONTACTO VISUAL Y VERBAL, ACTITUD COLABORADORA, AFECTO: MODULADO, DE FONDO ANSIOSO, PENSAMIENTO LÓGICO, COHERENTE, NO VERBALIZA DELIRIOS, ALERTA, ORIENTADA, PARES CONSERVADOS, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO HAY SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA.

PARACLINICOS

ECOCARDIOGRAMA 1. FUNCION SISTOLICA VENTRICULAR IZQUIERDA CONSERVADA FEVI 65%

2. DISFUNCION DIASTOLICA GRADO I (PRESIONES DE LLENADO NORMALES)

3. FUNCION SISTOLICA VENTRICULAR DERECHA CON COMPROMISO LEVE CON CAVIDAD DILATADA E HIPERTROFICA

4. VALVULOESCLEROSIS MITRO AORTICA LEVE

5. INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA LEVE

6. HIPERTENSION PULMONAR SEVERA PSAP 65 MMHG

7. AURICULA DERECHA DILATADA

RESUMEN DE HISTORIA

ANÁLISIS:

PACIENTE FEMENINA DE 72 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CORONARIA INTERVENIDA EN CONTEXTO DE EVENTO COROARIO AGUDO HACE 1 AÑO, QUE REFIERE HABER PRESENTADO EN EL ULTIMO MES 2 EPOSODISOS DE DOLOR TORÁCICO SUGESTIVOS DE ISQUEMIA. ECOCARDIOGRAMA INSTITUCIONAL CON ADECUADA FUNCIÓN VENTRICULAR SIN TRASTORNOS DE CONTRACTILIDAD, SE SOLICITA A PACIENTE Y DE FORMA INTERNA REPORTE DE PERFUSION MIOCARDICA REALIZADA EN EL ULTIMO MES. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SAHOS, POR LO QUE SE INDICA COLOCACION DE OXIGENO SOLO EN LA NOCHE. PACIENTE CONTINUA CON SÍNTOMAS Y SIGNOS ANSIOSOS, SE SOLICITA A PSIQUIATRIA SEGÚN SU CONSIDERACION REALIZAR AJUSTES EN EL MANEJO E INDICAR SI REQUIERE CONTINUAR EN UNIDAD MENTAL. DADA BAJA RED DE APOYO, SE ESPERA VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL.

PLAN

HOSPITALIZACION EN PISO
ACOMPAÑANTE PERMANENTE
DIETA PARA PACIENTE CORONARIO
OXÍGENO POR CÁNULA NASAL A 2 L /MIN SOLO EN LAS NOCHES
TAPON HEPARINIZADO
OMEPRAZOL 20 MG VO DIA
LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS
AMLODIPINO 5 MG VO DIA
CARVEDILOL 6.25 MG VO CADA 12H
LOVASTATINA 20 MG VO DIA
ASA 100 MG DÍA
METADONA 5 MG VO CADA 12 HORAS
ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 6 HORAS
CLONAZEPAM 0.5 MG 1-1-1-1
SERTRALINA 50 MG VO DIA
HALOPERIDOL 3 MG IV CADA 8 HORAS
PENDIENTE RE VALORACIÓN POR PSIQUIATRIA
TRAER RESULTADO DE PERFUSION MIOCARDICA EXTRAINSTITUCIONAL
CSV AC

MEDICO : HUGO ALBERTO FAJARDO RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 19297986

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 11/12/2018 HORA: 14:08:

TRABAJO SOCIAL

Paciente sin acompañamiento familiar, manifiesta que vivía sola en la localidad de Suba, casa de tenencia arrendada. Sin embargo hace unas semanas se traslada al domicilio con su hija Sandra Castaño ubicado en el barrio la Macarena. Paciente pensionada refiere que actualmente realiza asesorías jurídicas, pensionada. tres hijos. Sandra Castaño quien es la cuidadora principal, Camilo Castaño y Juliana Castaño quien vive en París, Francia.

Durante entrevista paciente refiere que debido a su condición de salud, proyecta vivir con su hija Sandra Castaño quien es la principal cuidadora vínculo filial cercano, manifiesta que con su hija Juliana Castaño tienen contacto telefonico todos los días, pero con su hijo Camilo Castaño quien reside en Bogotá la relación es distante y no es corresponsable frente al cuidado de la paciente, por lo que la responsabilidad recae en la

RESUMEN DE HISTORIA

hija Sandra.

Así mismo durante el espacio de intervención paciente manifiesta inconformidades con el servicio de enfermería pues dice que no cumplen con los tiempos de los medicamentos, se muestra muy ansiosa y se le dificulta responder de manera continua a las preguntas. difícil comunicación.

Se realiza contacto telefonico con su hija Sandra Castaño, quien confirma que es la principal cuidador pero manifiesta dificultades para realizar acompañamiento permante durante hospitalización debido a que tiene muchas responsabilidades familiares y economicas, por lo anterior se orienta a familiar a la activación de redes de apoyo familiares y sociales, así mismo a la distribución equitativa de roles y funciones frente al cuidado del paciente teniendo en cuenta que todos los miembros de la familia son corresponsables en la garantía del derecho de salud de María Cristina. Familiar refieren entender y generar espacio de dialogo a fin de buscar organización familiar.

PLAN

Se orienta a la activación de redes de apoyo familiares y sociales
Se educa frente a la distribución equitativa de roles y funciones.
Se fomenta generar espacios de dialogo con red de apoyo familiar para llegar a acuerdos.
Se realiza seguimiento.

Solicitado por : HUGO ALBERTO FAJARDO RODRIGUEZ

RM: 19297986

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

Realizado por : MARIA FERNANDA SANDOVAL PINEDA

RM: 1013602009

ESPECIALIDAD: TRABAJO SOCIAL

NOTA MEDICA

FECHA: 11/12/2018 HORA: 14:46:50

TRABAJO SOCIAL

Paciente sin acompañamiento familiar, manifiesta que vivía sola en la localidad de Suba, casa de tenencia arrendada. Sin embargo hace unas semanas se traslada al domicilio con su hija Sandra Castaño ubicado en el barrio la Macarena. Paciente pensionada refiere que actualmente realiza asesorías jurídicas, pensionada. tres hijos. Sandra Castaño quien es la cuidadora principal, Camilo Castaño y Juliana Castaño quien vive en Paris, Francia.

Durante entrevista paciente refiere que debido a su condición de salud, proyecta vivir con su hija Sandra Castaño quien es la principal cuidadora vinculo filial cercano, manifiesta que con su hija Juliana Castaño tienen contacto telefonico todos los días, pero con su hijo Camilo Castaño quien reside en Bogotá la relación es distante y no es corresponsable frente al cuidado de la paciente, por lo que la responsabilidad recae en la hija Sandra.

Así mismo durante el espacio de intervención paciente manifiesta inconformidades con el servicio de enfermería pues dice que no cumplen con los tiempos de los medicamentos, se muestra muy ansiosa y se le dificulta responder de manera continua a las preguntas. difícil comunicación.

Se realiza contacto telefonico con su hija Sandra Castaño, quien confirma que es la principal cuidador pero manifiesta dificultades para realizar acompañamiento permante durante hospitalización debido a que tiene muchas responsabilidades familiares y economicas, por lo anterior se orienta a familiar a la activación de redes de apoyo familiares y sociales, así mismo a la distribución equitativa de roles y funciones frente al

RESUMEN DE HISTORIA

cuidado del paciente teniendo en cuenta que todos los miembros de la familia son corresponsables en la garantía del derecho de salud de María Cristina. Familiar refieren entender y generar espacio de diálogo a fin de buscar organización familiar.

PLAN

Se orienta a la activación de redes de apoyo familiares y sociales
Se educa frente a la distribución equitativa de roles y funciones.
Se fomenta generar espacios de diálogo con red de apoyo familiar para llegar a acuerdos.
Se realiza seguimiento.

MEDICO : MARIA FERNANDA SANDOVAL PINEDA
ESPECIALIDAD: TRABAJO SOCIAL

RM: 1013602009

NOTA MEDICA

FECHA: 11/12/2018 **HORA:** 21:20:03

Médico hospitalaria de la tarde solicita cambio a habitación unipersonal porque la paciente ha presentado crisis de ansiedad y familiares de compañera de habitación no se sienten cómodos durante dichos episodios. Sin embargo, la paciente no acepta traslado y presenta crisis de ansiedad, y tampoco acepta quedarse sola en habitación bipersonal. Se suspende el mismo.

Antes de dicho episodio, atiendo llamado por sensación de disestesias en boca y manos. Glucometrías 112 mg/dl, TA 110/74 mmHg Sat 94% sin oxígeno. Síntomas mejoran con administración de clonazepam, dosis que tocó adelantar. Se solicita seguimiento por psiquiatría.

MEDICO : MARCELA PATRICIA PUENTES HERRERA
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1026274816

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 12/12/2018 **HORA:** 10:59:

paciente conocida por nuestro servicio, en tratamiento con sertralina 50mg al día, clonazepam 0.5mg cada 6 horas, trazodona 25mg cada 12 horas, y metadona 5mg cada 12 horas con impresión diagnóstica:

abstinencia a opioides (remisión)
uso crónico de benzodicepinas
Trastorno de ansiedad y depresión?

en la entrevista con la paciente, ésta enumera los estresores psicosociales a los que se ha visto expuesta, situaciones con su familia, su sentido de competencia y adaptación a la enfermedad, menciona como novedad lo que parece ser un desencadenante (se murió su gata de 16 años, en sus brazos) tras lo cual los síntomas se exacerbaban.

actualmente, la paciente dice sentirse en mejores condiciones, más tranquila, ha conciliado mejor el sueño, continúa preocupada por su situación psicosocial

Examen mental:

porte cuidado, colabora, sensorio sin alteraciones, pensamiento sin alteraciones en el curso, no cogniciones depresivas, no ideas de muerte o suicidio, manifiesta preocupación por la soledad y la relación con la familia, afecto modulado, sin alucinaciones, euquímica, inteligencia aparenta normal, juicio conservado

RESUMEN DE HISTORIA

Análisis

Paciente con múltiples estresores psicosociales en los que cuenta su situación familiar, el vivir sola y el deterioro de la salud, ha hecho algunos síntomas de ansiedad que parecen reactivos a dichas situaciones, que se han aunado a algunos de sus rasgos de personalidad, consideramos que no hay un trastorno primario de ansiedad y los síntomas actuales pueden mejorar con intervenciones psicosociales en psicología y terapia ocupacional, manejo del tiempo libre y involucramiento en otras actividades suspendemos la sertralina por esta causa. además con uso crónico de clonazepam, se ha hecho un aumento reciente de este medicamento por lo que no haremos modificaciones, con el fin de disminuir de forma gradual la dosis eventualmente, se cambia la presentación a gotas 2.5mg/ml 5-5-5-5. continuará en terapia de mantenimiento con metadona 5mg cada 12 horas y con trazodona 25mg cada 12 horas. si ya ha resuelto sus condiciones de salud por medicina general, puede ser manejada en la clínica santo tomás. alta por psiquiatría

Plan

suspender sertralina
trazodona 50mg 1/2-0-1/2
metadona 10mg 1/2-0-1/2
Clonazepam 2.5mg/ml dar 5 gotas cada 6 horas.
alta por psiquiatría

Solicitado por : MARCELA PATRICIA PUENTES HERRERA

RM: 1026274816

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

Realizado por : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 12/12/2018 **HORA:** 11:14:17

paciente conocida por nuestro servicio, en tratamiento con sertralina 50mg al día, clonazepam 0.5mg cada 6 horas, trazodona 25mg cada 12 horas, y metadona 5mg cada 12 horas con impresion diagnóstica:

abstinencia a opioides (remisión)
uso crónico de benzodicepinas
Trastorno de ansiedad y depresión?

en la entrevista con la paciente, ésta enumera los estresores psicosociales a los que se ha visto expuesta, situaciones con su familia, su sentido de competencia y adaptación a la enfermedad, menciona como novedad lo que parece ser un desencadenante (se murió su gata de 16 años, en sus brazos) tras lo cual los síntomas se exacerbaban.

actualmente, la paciente dice sentirse en mejores condiciones, más tranquila, ha conciliado mejor el sueño, continúa preocupada por su situación psicosocial

Examen mental:

porte cuidado, colabora, sensorio sin alteraciones, pensamiento sin alteraciones en el curso, no cogniciones depresivas, no ideas de muerte o suicidio, manifiesta preocupación por la soledad y la relación con la familia, afecto modulado, sin alucinaciones, euquímica, inteligencia aparenta normal, juicio conservado

Análisis

Paciente con múltiples estresores psicosociales en los que cuenta su situación familiar, el vivir sola y el

RESUMEN DE HISTORIA

deterioro de la salud, ha hecho algunos síntomas de ansiedad que parecen reactivos a dichas situaciones, que se han aunado a algunos de sus rasgos de personalidad, consideramos que no hay un trastorno primario de ansiedad y los síntomas actuales pueden mejorar con intervenciones psicosociales en psicología y terapia ocupacional, manejo del tiempo libre y involucramiento en otras actividades suspendemos la sertralina por esta causa. además con uso crónico de clonazepam, se ha hecho un aumento reciente de este medicamento por lo que no haremos modificaciones, con el fin de disminuir de forma gradual la dosis eventualmente, se cambia la presentación a gotas 2.5mg/ml 5-5-5-5.

continuará en terapia de mantenimiento con metadona 5mg cada 12 horas y con trazodona 25mg cada 12 horas. si ya ha resuelto sus condiciones de salud por medicina general, puede ser manejada en la clínica santo tomás. alta por psiquiatría

Plan

suspender sertralina

trazodona 50mg 1/2-0-1/2

metadona 10mg 1/2-0-1/2

Clonazepam 2.5mg/ml dar 5 gotas cada 6 horas.

alta por psiquiatría

MEDICO : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 12/12/2018 **HORA:** 11:15:

interconsulta respondida en el folio anterior..

Solicitado por : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

Realizado por : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 12/12/2018 **HORA:** 12:17:26

EVOLUCIÓN MEDICINA INTERNA

MARIA CRISTINA CASTAÑO DE GONZÁLEZ PACIENTE DE 72 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE
DOLOR TORÁCICO DE NO ORIGEN CARDIOGÉNICO
-ENFERMEDAD CORONARIA INTERVENIDA DIC 2017
SINDROME DE ABSTINENCIA POR OPIOIDES
DISCOPATÍA DEGENERATIVA DORSAL
CA DE MAMA EN REMISIÓN
HTA CONTROLADA
SAHOS

S/ PACIENTE PERSISTE CON ANSIEDAD , SIN NUEVO EPISODIO DE DOLOR TORÁCICO

O/PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
SIGNOS VITALES: TA 122/75 MMHG FC: 74 LPM FR: 15 RPM SAO2: 92 % AL AMBIENTE T: 36.8 °C
CYC: ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL, SIN PRESENCIA DE MEGALIAS, NO DOLOROSO.

RESUMEN DE HISTORIA

CARDIOPULMONAR:

PECTUS EXCAVATUM, CICATRIZ EN REGIÓN ANTERIOR TORACOABDOMINAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS VELADOS, SIN SOPLOS, MURMULLO

VESICULAR CONSERVADO GLOBALMENTE SIN AGREGADOS, NO HAY DOLOR A LA PALPACIÓN. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, HIPOTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. NEUROPSIQUIÁTRICO: ESTABLECE CONTACTO VISUAL Y VERBAL, ACTITUD COLABORADORA, AFECTO: MODULADO, DE FONDO ANSIOSO, PENSAMIENTO LÓGICO, COHERENTE, NO VERBALIZA DELIRIOS, ALERTA, ORIENTADA, PARES CONSERVADOS, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO HAY SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA.

ANÁLISIS:

PACIENTE FEMENINA DE 72 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CORONARIA INTERVENIDA EN CONTEXTO DE EVENTO COROARIO AGUDO HACE 1 AÑO, QUE REFIERE HABER PRESENTADO EN EL ÚLTIMO MES 2 EPISODIOS DE DOLOR TORÁCICO SUGESTIVOS DE ISQUEMIA. ECOCARDIOGRAMA INSTITUCIONAL CON ADECUADA FUNCIÓN VENTRICULAR SIN TRASTORNOS DE CONTRACTILIDAD, DADO QUE NO CONTAMOS CON RESULTADO DE ECOCARDIOGRAMA Y SIN NUEVO DETERIORO SE EVALUARA AMBULATORIAMENTE. PACIENTE CONTINUA CON SÍNTOMAS Y SIGNOS ANSIOSOS, SE COMENTA CON SERVICIO DE PSIQUIATRÍA SE INDICA REMISIÓN A UNIDAD DE SALUD MENTAL SE SUSPENDE HALOPERIDOL ..

PLAN

HOSPITALIZACIÓN EN PISO
ACOMPañANTE PERMANENTE
DIETA PARA PACIENTE CORONARIO
OXÍGENO POR CÁNULA NASAL A 2 L /MIN SOLO EN LAS NOCHES
TAPON HEPARINIZADO
OMEPRAZOL 20 MG VO DIA
LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS
AMLODIPINO 5 MG VO DIA
CARVEDILOL 6.25 MG VO CADA 12H
LOVASTATINA 20 MG VO DIA
ASA 100 MG DÍA
METADONA 5 MG VO CADA 12 HORAS
ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 6 HORAS
CLONAZEPAM 0.5 MG 1-1-1-1
SERTRALINA 50 MG VO DIA
HALOPERIDOL 3 MG IV CADA 8 HORAS ** SUSPENDER ***
SE INICIA CONTRARREMISION
CSV AC

MEDICO : HUGO ALBERTO FAJARDO RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 19297986

CIERRE DE EPICRISIS - EGRESO DE PACIENTE

FECHA: / / HORA: : :

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

Dx salida 1	F134	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICO
Dx salida 2	F113	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS ESTADO DE
Dx salida 3	I251	ENFERMEDAD ATROSCLEROTICA DEL CORAZON

RESUMEN DE HISTORIA

CONDICION DE SALIDA:

DIAS DE INCAPACIDAD: 0
