

RESUMEN DE HISTORIA

NOMBRE: CONSTANZA LUCIA ORTEGA VELEZ **TIPO DE DOC:** CC **Nº DOC:** 41422615
EDAD: 71 AÑOS **SEXO:** F **FECHA DE NACIMIENTO:** 29/10/1947

FECHA DE INGRESO: 19/02/2019 01:21:5 **FECHA DE EGRESO:** / / 00:00:00
SERVICIO INGRESO: HOSPITALIZACION **SERVICIO EGRESO:** HOSPITALIZACION
PABELLON EVOLUCIÓN: 9 BIPERSONAL

INGRESO DEL PACIENTE

FECHA: 19/02/2019 **HORA:** 01:21: **SERVICIO:** HOSPITALIZACION **CAUSA EXTERNA:** ENFERMERDAD GENERAL

MOTIVO DE CONSULTA

RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRÍA

Edad: 71 años
Natural: Bogotá
Procedente: Bogotá
Ocupación: trabajó en idiomas
Vive sola.
Es entrevistada en compañía de cuidadora.

Motivo de interconsulta. "Trastorno depresivo ansioso + hiponatremia".

Enfermedad actual: Paciente quien ya es conocida por nuestro servicio, en hospitalización anterior fue es remitida a esta institución por movimientos anormales en miembros superiores e inferiores sin encontrarse organicidad asociada a los mismos. Se indicó cambio de dosis de psicofármaco a Sertralina 50 mg al día sin embargo continuó con irritabilidad y heteroagresividad por lo que requirió hospitalización por Psiquiatría en Campo Abierto donde documentan hiponatremia por lo que remiten a urgencias y a su vez envían al HUN para estabilización.

EXAMEN MENTAL: Paciente evaluada en cama 321B de hospitalización, alerta, orientada en persona desorientada en espacio y tiempo, hipoproséxica, sin ideas delirantes, afecto embotado, no impresiona alucinada, introspección y prospección inciertas, juicio comprometido.

ANÁLISIS: Paciente con síntomas neurocognitivos de larga data que se agudizan en últimos días en relación con trastorno electrolítico. Por presentar alteración hidroelectrolítica se indica suspender medicación psiquiátrica, se continuará seguimiento por Psiquiatría

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Delirium de predominio hipoactivo
Trastorno hidroelectrolítico

PLAN

Sertralina SUSPENDER
Seguimiento por Psiquiatría.

DIAGNOSTICOS

Principal F050 DELIRIO NO SUPERPUESTO A UN CUADRO DE DEMENCIA ASI DESCRITO

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : CARLOS DANIEL HENAO ZULUAGA
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 5574512

NOTA MEDICA

FECHA: 19/02/2019 HORA: 02:54:23

****Ingreso medicina general 19/02/2019****

Se toman datos de historia clínica (no hay familiares, sólo está con una enfermera que la cuida desde la noche previa)

Constanza Lucía Ortega Vélez

Edad: 71 años

DI: 41422615

Natural: Bogotá

Procedente: Bogotá

Estado civil: soltera, al parecer sin hijos

Vive con: sin datos

Escolaridad: sin datos

Ocupacion: trabajó en idiomas

Religion: sin datos

Calidad de la informacion: mala

Informante: cuidadora (enfermera Xiomara Heredia)

Confiabilidad: regular

EPS: Sanitas

FI HUN 19/02/2019

Motivo de consulta: "Remitida de Puente Aranda por hiponatremia"

Enfermedad actual: Paciente de 71 años, con historia de HTA, dislipidemia, artrosis severa de rodilla izquierda, arritmia cardíaca no clara y al parecer un trastorno depresivo ansioso en manejo por psiquiatría extrahospitalaria, hospitalizada en nuestra institución entre el 04/02/2019 y el 08/02/2019 por cuadro de 1 mes de evolución de movimientos mioclónicos de extremidades izquierdas, asincrónicos, de aparición súbita, de corta duración y con frecuencia variable, asociados a heterograsividad, con progresión de síntomas en tiempo hasta que el 01/02/2019 fue encontrada por familiares con marcada alteración de la conducta motora y disminución del nivel de alertamiento; es llevada en este momento a Clínica Colombia donde se documentó hiponatremia y fue trasladada a HUN para continuar atención; en esa hospitalización fue evaluada por medicina interna, psiquiatría y neurología y se determinó que debido a evidentes síntomas afectivos estaba cursando con un TAB descompensado, pero debido a hallazgos piramidales al examen físico se quería descartar enfermedad de Binswanger por lo que se solicitó estudio por resonancia de cerebro; finalmente se descartó esta condición y ante mejoría clínica y estabilidad de cifras de sodio luego de la suspensión de diurético se dio egreso para seguimiento ambulatorio por especialidades tratantes (último sodio 125 mEq/L - no requirió corrección parenteral). Debido a persistencia de síntomas afectivos con presencia de disfuncionalidad social importante se trasladó el 18/02/2019 a Clínica Campo Abierto para hospitalización en dicho centro, sin embargo durante el interrogatorio la notan somnolienta, por momentos ansiosa, con movimientos estereotipados de manos, rígida, con limitación para la marcha, con aparente trastorno de la deglución y asociado se refería anorexia, náuseas y varios episodios de emesis; se le realiza un sodio nuevo con resultado de 119 mg/dl y es llevada en traslado primario a Sanitas Puente Aranda; allí se confirma el trastorno hidroelectrolítico y se decide enviar a HUN para diagnóstico y manejo; no hay familiares que reporten datos adicionales y cuidadora (contratada desde el día previo) desconoce lo sucedido con la paciente. Aparentemente no ha desarrollado convulsiones, ni

RESUMEN DE HISTORIA

ha tenido traumas.

Antecedentes:

1. Patológicos: HTA, dislipidemia mixta, artrosis severa de rodilla izquierda, arritmia cardíaca, trastorno depresivo ansioso (TDM?), trastorno neurocognitivo leve, síndrome de intestino irritable
2. Farmacológicos: verapamilo 80 mg/bid, losartan 50 mg/bid, sertralina 50 mg/día
3. Quirúrgicos: osteotomía de coccix, amigdalectomía
4. Traumáticos: no reportados
5. Alérgicos: gentamicina
6. Tóxicos: no reportados
7. Transfusiones: no reportados
8. Hospitalizaciones: entre el 02/02/2019 y el 08/02/2019 en nuestra institución por delirium multifactorial e hiponatremia asociada a diurético
9. Ginecológicos: G0P0
10. Familiares: madre enfermedad de Alzheimer, hermano enfermedad psiquiátrica (se desconoce cual)

RxS: negativa

Examen físico:

General: regular condición general, sin disnea, no luce tóxica, confabula historias

Signos vitales: TA 125/65, FC 78, FR 16, T° 36.4, SaO2 94% FiO2 0.21, Glasgow 13/15

Cabeza y cuello: normocéfala, conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, mucosa oral semiseca, cuello sin linfadenopatías, no distensión yugular o soplos carotídeos

Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni galopes, tórax simétrico, expande bien, no tirajes, murmullo vesicular conservado, no sobreagregados

Abdomen: blando, depresible, no distendido, no se percibe doloroso, no masas ni megalias detectables, no signos de irritación peritoneal, no circulación colateral, peristaltismo normal en 4 cuadrantes

Genitourinario: puñopercusión renal negativa, no se ha cuantificado diuresis

Extremidades: hipotróficas, hipertónicas (parecieran con rigidez), con edema en mantequilla grado II de miembros inferiores

Vascular periférico: pulsos simétricos, de buena intensidad, llenado capilar < 2 segundos, no Raynaud

Piel: rosada, fría, algo xerótica, no patrón moteado

Neurológico: somnolienta pero alertable al llamado, desorientada en tiempo, espacio y persona, sigue órdenes sencillas pero es lenta en la respuesta, se incorpora parcialmente y no es capaz de mantenerse en posición sedente, bradilálica, bradipsíquica, pupila discórica izquierda con reflejo fotomotor lento; la derecha es isocórica y también tiene respuesta fotomotora lenta; movimientos oculares conjugados en todas las direcciones, no skew deviation, no diplopia, reflejos consensual y de acomodación presentes, simetría facial, corneano sin alteraciones, úvula central, elevación simétrica del velo del paladar, reflejo nauseoso normoactivo, movimientos y fuerza de músculos de cintura escapular conservados, marcha no evaluada, fuerza 5/5 en 4 extremidades, RMT ++/++++ en 4 extremidades, respuesta aquiliana lenta, respuesta plantar neutra bilateral, reflejo genupectoral bilateral +, no reflejos de liberación frontal, presenta impersistencia motora, no colabora con pruebas de coordinación, no movimientos anormales detectados durante examen, sensibilidad dolorosa conservada, no rigidez nuchal, signos meníngeos negativos

Paraclínicos extrainstitucionales:

18/02/2019: -Hemograma: leucocitos 8870, N:6960, L:880, Hb 13.3, Hto 35, VCM 79.4, RDW 12.3, plaquetas 262000

-PCR 25.6

-Uroanálisis: amarillo, turbio, densidad 1.010, pH 6, estearasa -, nitritos -, proteínas -, glucosa normal, cetónicos -, urobilinógeno normal, bilirrubinas -, sangre 25, sedimento con células epiteliales +, eritrocitos

0-2 cap, leucocitos 8-10 cap, bacterias ++

RESUMEN DE HISTORIA

-Función renal: BUN 19.7, creatinina 0.71
-Glicemia 104.4
-Ionograma: Na+ 116.1, K+ 3.92, Cl- 80.4
-EKG: ritmo sinusal, FC 60, onda P normal, PR 0.13, no infra o supra PR, QRS estrecho pero de bajo voltaje en derivaciones de los miembros, regular progresión de la R en las precordiales, ST normal, onda T invertida asimétrica en V2-V4, QTc 0.42, no ondas de lesión, isquemia o necrosis.

Paraclínicos previos:

06/02/2019: -RN cerebral simple: Leucoencefalopatía microangiopática extensa confluyente supra a infratentorial. No hay edema citotóxico ni vasogénico. Cambios involutivos difusos en el volumen del encéfalo. Dolicoectasia y ateromatosis del polígono arterial. No hay signos de hemorragia reciente axial o extraaxial. No hay signos obstructivos del sistema ventricular ni colecciones. Hipófisis y pineal sin lesiones infiltrativas. Núcleos basales de señal habitual. Infartos antiguos cavitados de pequeño vaso en el hemisferio cerebeloso derecho. Globos oculares, cavidades paranasales y unión cráneo espinal sin lesiones expansivas. Opinión: Leucoencefalopatía microangiopática extensa confluyente supra a infratentorial. Cambios involutivos difusos en el volumen del encéfalo. Dolicoectasia y ateromatosis del polígono arterial. Infartos antiguos cavitados de pequeño vaso en el hemisferio cerebeloso derecho.

04/02/2019: -TAC de cráneo simple: focos de hipodensidad de las sustancia blanca, probable microangiopatía.

03/02/2019: -Prueba B24X negativ

-RPR no reactiva

-Proteínas: totales 6.68, globulinas 2.32, albúmina 4.36

A: Constanza es una mujer de 71 años, con historia comórbida de HTA, dislipidemia, artrosis de rodilla y un trastorno depresivo ansioso, recientemente hospitalizada en HUN por hiponatremia moderada asociada a uso de diurético y síntomas afectivos severos; ahora fue enviada por empeoramiento de síntomas neurocognitivos y disminución del nivel de alertamiento, nuevamente documentándose hiponatremia crónica, esta vez severa; en este contexto requiere reposición de salina hipertónica sin bolo y con meta máxima a reponer de 10 mEq/día (promedio 7 mEq); se solicitan pruebas de función tiroidea para descartar hipotiroidismo como causa de hiponatremia refractoria, esto en vista a edemas periféricos blandos y síntomas sugestivos de hipometabolismo (incluyendo bajo voltaje electrocardiográfico). Por lo pronto se hospitaliza por medicina interna. Se completará historia clínica una vez lleguen los familiares que conviven con la paciente. El uroanálisis muestra bacteriuria asintomática, por lo que no se brinda tratamiento; tiene PCR elevada pero no hay signos de infección local; se solicitan paraclínicos de control. Por el momento se suspende sertralina debido a riesgo de empeorar hiponatremia y se solicita concepto a psiquiatría. No hay hallazgos compatibles con SIADH.

Diagnósticos:

1. Hiponatremia crónica severa
- Hipotiroidismo a confirmar
2. Trastorno depresivo mayor?
3. Trastorno neurocognitivo leve
4. Hipertensión arterial
5. Dislipidemia

P: Se hospitalizar por medicina interna

Interconsulta de ingreso a medicina interna

Valoración por psiquiatría

Por el momento nada vía oral hasta mejoría del nivel de alertamiento

Glucometrías cada 4 horas

RESUMEN DE HISTORIA

SSH3% 20 cc/hora IV (meta de reposición 7 mEq/24 horas - 10 ampollas de cloruro de sodio en SSN 0.9% 400 cc)
Verapamilo 80 mg VO cada 12 horas
Losartan 50 mg VO cada 12 horas
SS/Paraclínicos de ingreso a hospitalización
Control de signos vitales
Avisar cambios

MEDICO : CARLOS DANIEL HENAO ZULUAGA
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 5574512

NOTA MEDICA

FECHA: 19/02/2019 **HORA:** 08:41:35

RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRÍA

Edad: 71 años
Natural: Bogotá
Procedente: Bogotá
Ocupación: trabajó en idiomas
Vive sola.
Es entrevistada en compañía de cuidadora.

Motivo de interconsulta. "Trastorno depresivo ansioso + hiponatremia".

Enfermedad actual: Paciente quien ya es conocida por nuestro servicio, en hospitalización anterior fue es remitida a esta institución por movimientos anormales en miembros superiores e inferiores sin encontrarse organicidad asociada a los mismos. Se indicó cambio de dosis de psicofármaco a Sertralina 50 mg al día sin embargo continuó con irritabilidad y heteroagresividad por lo que requirió hospitalización por Psiquiatría en Campo Abierto donde documentan hiponatremia por lo que remiten a urgencias y a su vez envían al HUN para estabilización.

EXAMEN MENTAL: Paciente evaluada en cama 321B de hospitalización, alerta, orientada en persona desorientada en espacio y tiempo, hipoproséxica, sin ideas delirantes, afecto embotado, no impresiona alucinada, introspección y prospección inciertas, juicio comprometido.

ANÁLISIS: Paciente con síntomas neurocognitivos de larga data que se agudizan en últimos días en relación con trastorno electrolítico. Por presentar alteración hidroelectrolítica se indica suspender medicación psiquiátrica, se continuará seguimiento por Psiquiatría

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Delirium de predominio hipoactivo
Trastorno hidroelectrolítico

PLAN

Sertralina SUSPENDER
Seguimiento por Psiquiatría.

MEDICO : MIGUEL COTE MENENDEZ
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 19476924

RESUMEN DE HISTORIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 19/02/2019 HORA: 08:42:

ver folio en hc.

Solicitado por : MIGUEL COTE MENENDEZ
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 19476924

Realizado por : MIGUEL COTE MENENDEZ
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 19476924

NOTA MEDICA

FECHA: 19/02/2019 HORA: 18:44:07

*****Ingreso Geriatria 19/02/2019*****

Nombre: Constanza Lucia Ortega Vélez
Edad: 71 años
Documento: 41422615
Natural: Bogotá
Procedente: Bogotá
Ocupación: Trabajo en idiomas- cesante
Escolaridad: Bachillerato completo
Acompañante: Cuidadora
Vive con: Cuidadora
Ingreso HUN: 19/01/2019

Motivo de consulta:

Remitida de puente aranda por hiponatremia

Enfermedad Actual:

Paciente de 71 años quien desde hace 5 dias presenta cuadro clínico de debilidad generalizada y estados fluctuantes de somnolencia, hace 2 dias presenta aumento de sintomatología asociado a ansiedad, alucinaciones, anorexia, alteración de patron de marcha, alteraciones en el patron de deglución y náuseas, por lo que deciden llevarla a Clínica Campo abierto para hospitalización, durante el interrogatorio la encuentran somnolienta, ansiosa, con movimientos estereotipados en manos, rígida, con limitación para la marcha, realizan prueba de sodio el cual se encontraba en 119 mg/dl y se traslada a centro de salud de Puente Aranda donde se confirma trastorno hidroelectrolítico y remiten para su manejo en esta institución.

Al ingreso con signos vitales normales, confabula historias, hipotrofia e hipertonía en miembros inferiores, con edema blando grado II en miembros inferiores, desorientada en las 3 esferas, sigue órdenes sencillas de manera lenta. Se inicia reposición con solución salina hipertónica, se solicitan pruebas tiroideas para descartar hiponatremia refractaria, suspenden sertralina por riesgo de empeoramiento de la hiponatremia hospitalizan por medicina interna y solicitan valoración por psiquiatría.

Revisión por sistemas:

Urinario: Oliguria con orina oscura

Psicomotor: No refiere caídas recientes

Antecedentes:

Patológicos: HTA, dislipidemia mixta, artrosis severa de rodilla izquierda, arritmia cardiaca, trastorno depresivo ansioso (TDM?), trastorno neurocognitivo leve, síndrome de intestino irritable

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: AMALAGON, ANDRIANA MALAGON SIERRA

RESUMEN DE HISTORIA

Farmacológicos: verapamilo 80 mg/bid, losartan 50 mg/bid, sertralina 50 mg/día
Quirúrgicos: osteotomía de cóccix, amigdalectomía
Traumáticos: no reportados
Alérgicos: gentamicina
Tóxicos: no reportados
Transfusiones: no reportados
Hospitalizaciones: entre el 02/02/2019 y el 08/02/2019 en nuestra institución por delirium multifactorial e hiponatremia asociada a diurético
Ginecológicos: G0P0
Familiares: madre enfermedad de Alzheimer, hermano enfermedad psiquiátrica (se desconoce cual)

Examen Físico:

Paciente alerta, desorientada, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria
SV: TA: 140/80 mmHg FC: 74 LPM FR:20 RPM SaO2: 90% T°36.2°C
Cabeza: escleras anictericas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral semihumeda, rosada
Cuello: Móvil, no se palpan masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular.
Tórax: Simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular bilateral conservado, sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, no retracciones
Abdomen: No depresible, con dolor a la palpación de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hídricos presentes, se palpan globo vesical
Extremidades: Simétricas, con edema grado II en miembros inferiores con fovea, llenado capilar menor a 2 segundos.
Neurológico: Paciente alerta, ansiosa, desorientada en tiempo y espacio, interactúa con examinador, sigue ordenes sencillas, lenguaje comprensible, hipoproxesia, bradilálica, con rigidez en extremidades, reflejos generales +++/++++, tono conservado, no signos de irritación meníngea, aumento de polígono de sustentación, marcha lenta,

Escalas geriátricas:

Barthel: 100/100

Paraclínicos institucionales:

BUN 16.3 Creatinina 0.64
Na 113 K 3.79 Cl 81 Mg 1.72
PCR 20.79
leucos 8270 N 73.1% L 15.1% Hto 32.8 Hb 12.2% Plaquetas 266000

Paraclínicos extrainstitucionales:

18/02/2019: -Hemograma: leucocitos 8870, N:6960, L:880, Hb 13.3, Hto 35, VCM 79.4, RDW 12.3, plaquetas 262000
-PCR 25.6
-Uroanálisis: amarillo, turbio, densidad 1.010, pH 6, estearasa -, nitritos -, proteínas -, glucosa normal, cetónicos -, urobilinógeno normal, bilirrubinas -, sangre 25, sedimento con células epiteliales +, eritrocitos 0-2 cap, leucocitos 8-10 cap, bacterias ++
-Función renal: BUN 19.7, creatinina 0.71
-Glicemia 104.4
-Ionograma: Na+ 116.1, K+ 3.92, Cl- 80.4
-EKG: ritmo sinusal, FC 60, onda P normal, PR 0.13, no infra o supra PR, QRS estrecho pero de bajo voltaje en derivaciones de los miembros, regular progresión de la R en las precordiales, ST normal, onda T invertida asimétrica en V2-V4, QTc 0.42, no ondas de lesión, isquemia o necrosis.

RESUMEN DE HISTORIA

Paraclínicos previos:

06/02/2019: -RN cerebral simple: Leucoencefalopatía microangiopática extensa confluyente supra a infratentorial. No hay edema citotóxico ni vasogénico. Cambios involutivos difusos en el volumen del encéfalo. Dolicoectasia y ateromatosis del polígono arterial. No hay signos de hemorragia reciente axial o extraaxial. No hay signos obstructivos del sistema ventricular ni colecciones. Hipófisis y pineal sin lesiones infiltrativas. Núcleos basales de señal habitual. Infartos antiguos cavitados de pequeño vaso en el hemisferio cerebeloso derecho. Globos oculares, cavidades paranasales y unión cráneo espinal sin lesiones expansivas. Opinión: Leucoencefalopatía microangiopática extensa confluyente supra a infratentorial. Cambios involutivos difusos en el volumen del encéfalo. Dolicoectasia y ateromatosis del polígono arterial. Infartos antiguos cavitados de pequeño vaso en el hemisferio cerebeloso derecho.

04/02/2019: -TAC de cráneo simple: focos de hipodensidad de las sustancia blanca, probable microangiopatía.

03/02/2019: -Prueba B24X negativ

-RPR no reactiva

-Proteínas: totales 6.68, globulinas 2.32, albúmina 4.36

Análisis:

Paciente de 71 años con antecedente de trastorno depresivo mayor? y trastorno neurocognitivo leve, quien presenta cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en estados fluctuantes de somnolencia, alteración en patrón de la marcha, alucinaciones con evidencia de hiponatremia leve por lo que remiten a esta institución. Al momento paciente desorientada en tiempo y espacio, sin signos de dificultad respiratoria, con dificultad para la marcha, rigidez en extremidades, agitada, hipoproxia, bradilalia, globo vesical. Se encontraba en reposición endovenosa de sodio, sin embargo en paraclínicos de control con persistencia de déficit severo del mismo. Se considera continuar reposición, se inicia vía oral, por estado de agitación se indica dosis de alprazolam, se indica paso de sonda vesical por globo vesical con cuantificación estricta de líquidos y se solicita osmolaridad urinaria, sodio en orina. Se continua suspensión de sertralina y se solicita concepto por endocrinología. Se explica a acompañante quien refiere entender y aceptar

Diagnósticos clínicos:

Hiponatremia crónica severa de origen a establecer
Delirium hiperactivo secundario
Hipertensión arterial
Dislipidemia

Diagnósticos funcionales:

Previa independencia en actividades básicas

Diagnósticos neurocognitivos:

Trastorno depresivo mayor?
Trastorno neurocognitivo leve

Diagnósticos sociales:

Red de apoyo formal

RESUMEN DE HISTORIA

Plan:

Hospitalización por geriatría y seguimiento por psiquiatría

Dieta blanda hipernatrémica

Restricción hídrica

SS 3% 40 cc/hora IV (meta de reposición 7 mEq/24 horas - 10 ampollas de cloruro de sodio en SSN 0.9% 400 cc)*****AJUSTE*****

Verapamilo 80 mg VO cada 12 horas

Losartan 50 mg VO cada 12 horas

SS//Osmolaridad urinaria, sodio en orina, cortisol

SS// Valoración por endocrinología

P// Valoración por psiquiatría

P// TSH,

Poner sonda vesical a cistoflo

Glucometrias cada 8 horas

Cuantificación estricta de líquidos administrados y eliminados

Control de signos vitales

Avisar cambios

MEDICO : JORGE HERNAN LOPEZ RAMIREZ

RM: 10247478

ESPECIALIDAD: GERIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 19/02/2019 HORA: 21:25:33

PACIENTE CON EPISODIOS DE AGITACION, PACIENTE TOMA DE FORMA CRONICA BZPN LAS CUALES NO PUEDEN SER SUSPENDIDAS DE FORMA ABRUPTA. SE REINICIA MEDICACION

MEDICO : YOLY ALEJANDRA IBARRA CHACON

RM: 52-1932

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

NOTA MEDICA

FECHA: 20/02/2019 HORA: 09:33:04

Se abre folio para indicar suspensión de reposición con SS hipertónica y clonazepam.

MEDICO : JORGE HERNAN LOPEZ RAMIREZ

RM: 10247478

ESPECIALIDAD: GERIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 20/02/2019 HORA: 11:54:47

INGRESO ENDOCRINOLOGÍA 20/02/2019

Nombre: Constanza Lucia Ortega Vélez

Edad: 71 años

Documento: 41422615

Natural: Bogotá

Procedente: Bogotá

Ocupación: Trabajo en idiomas- cesante

Escolaridad: Bachillerato completo

Acompañante: Cuidadora

RESUMEN DE HISTORIA

Vive con: Cuidadora

Ingreso HUN: 19/01/2019

Motivo de consulta:

Remitida de puente aranda por hiponatremia

Enfermedad Actual:

Paciente de 71 años quien desde hace 5 días presenta cuadro clínico de debilidad generalizada y estados fluctuantes de somnolencia, hace 2 días presenta aumento de sintomatología asociado a ansiedad, alucinaciones, anorexia, alteración del patrón de marcha, alteraciones en el patrón de deglución y náuseas, por lo que deciden llevarla a Clínica Campo abierto para hospitalización, durante el interrogatorio la encuentran somnolienta, ansiosa, con movimientos estereotipados en manos, rígida, con limitación para la marcha, encuentran sodio en 119 mg/dl y se traslada a centro de salud de Puente Aranda donde se confirma trastorno hidroelectrolítico y remiten para su manejo en esta institución, solicitan valoración por nuestro servicio para aclarar etiología

Revisión por sistemas:

Gastrointestinal: baja ingesta alimentos en los últimos días, no vomito ni diarrea

Urinario: Oliguria con orina oscura

Psicomotor: No refiere caídas recientes

Antecedentes:

Patológicos: Hipertensión arterial dislipidemia mixta, artrosis severa de rodilla izquierda, arritmia cardiaca, trastorno depresivo ansioso, trastorno neurocognitivo leve, síndrome de intestino irritable

Farmacológicos: verapamilo 80 mg/bid, losartan/hidroclorotiazida 50/12.5mg/ cada 12 horas tomado hasta el día de ayer, sertralina 50 mg/día

Quirúrgicos: osteotomía de cóccix, amigdalectomía

Traumáticos: no reportados

Alérgicos: gentamicina

Tóxicos: no reportados

Transfusiones: no reportados

Hospitalizaciones: entre el 02/02/2019 y el 08/02/2019 en nuestra institución por delirium multifactorial e hiponatremia

asociada a diurético

Ginecológicos: G0P0

Familiares: madre enfermedad de Alzheimer, hermano enfermedad psiquiátrica (se desconoce cual)

Examen Físico:

Paciente somnolienta alertable, desorientada, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria

SV: TA: 106/64 mmHg FC: 54 LPM FR:20 RPM SaO2: 90% T°36.2°C

Cabeza: escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral semi húmeda, rosada

Cuello: Móvil, no se palpan masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular.

Tórax: Simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular bilateral conservado, sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, no retracciones

Abdomen: No depresible, con dolor a la palpación de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes, se palpa globo vesical

Extremidades: Simétricas, con edema grado II en miembros inferiores con fovea, llenado capilar menor a 2 segundos.

Neurológico: Paciente alerta, ansiosa, desorientada en tiempo y espacio, interactúa con examinador, sigue órdenes sencillas, lenguaje comprensible, hipoproxesia, Bradilalica, con rigidez en extremidades, reflejos

RESUMEN DE HISTORIA

generales +++/++++, tono conservado, no signos de irritación meníngea, aumento de polígono de sustentación, marcha lenta

Paraclínicos institucionales:

20/02/2019 Sodio 130 potasio 3.22 cloro 97.2

19/02/2019

BUN 16.3 Creatinina 0.64 Na/ 113 K 3.79 Cl 81 Mg 1.72 PCR 20.79

leucos 8270 N 73.1% L 15.1% Hto 32.8 Hb 12.2% Plaquetas 266000

TSH: 3.7

Paraclínicos extrainstitucionales:

18/02/2019: -Hemograma: leucocitos 8870, N:6960, L:880, Hb 13.3, Hto 35, VCM 79.4, RDW 12.3, plaquetas 262000

-PCR 25.6

-Uroanálisis: amarillo, turbio, densidad 1.010, pH 6, estearasa -, nitritos -, proteínas -, glucosa normal, cetónicos -, urobilinógeno normal, bilirrubinas -, sangre 25, sedimento con células epiteliales +, eritrocitos

0-2 cap, leucocitos 8-10 cap, bacterias ++

-Función renal: BUN 19.7, creatinina 0.71

-Glicemia 104.4

-Ionograma: Na+ 116.1, K+ 3.92, Cl- 80.4

-EKG: ritmo sinusal, FC 60, onda P normal, PR 0.13, no infra o supra PR, QRS estrecho pero de bajo voltaje en derivaciones de los miembros, regular progresión de la R en las precordiales, ST normal, onda T invertida asimétrica en V2-V4, QTc 0.42, no ondas de lesión, isquemia o necrosis.

Paraclínicos previos:

06/02/2019: -RNM cerebral simple: Opinión: Leucoencefalopatía microangiopática extensa confluyente supra a infratentorial. Cambios involutivos difusos en el volumen del encéfalo. Dolicoectasia y ateromatosis del polígono arterial. Infartos antiguos cavitados de pequeño vaso en el hemisferio cerebeloso derecho.

04/02/2019: -TAC de cráneo simple: focos de hipodensidad de las sustancia blanca, probable microangiopatía.

03/02/2019: -Prueba VIH negativa

-RPR no reactiva

-Proteínas: totales 6.68, globulinas 2.32, albúmina 4.36

Análisis:

Paciente de 71 años con antecedente de trastorno depresivo mayor y trastorno neurocognitivo leve, hipertensión arterial previamente con independencia funcional con consumo de inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina y ARA II y diurético tiazídico en presentación conjunta, benzodiacepina consumido hasta el día de ayer, que presenta hiponatremia profunda moderadamente sintomática, la cual se considera multifactorial (medicamentos y baja ingesta). Actualmente pte somnolienta, con deshidratación grado I. Sodio control 130 (previo 113). Se sugiere suspender infusión de solución salina 3 %, suspender diurético tiazidico y sertralina. Intercosulta a psiquiatría para ajuste de medicamento.

Por alteración de estado de conciencia y cambio de 17 Meq en niveles de natremia, se sugiere vigilancia del estado neurológico y considerar RM cerebral.

MEDICO : JUAN MANUEL ARTEAGA DIAZ

RM: 19404467

ESPECIALIDAD: ENDOCRINOLOGIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

RESUMEN DE HISTORIA

FECHA: 20/02/2019 **HORA:** 11:55:

Análisis:

Paciente de 71 años con antecedente de trastorno depresivo mayor y trastorno neurocognitivo leve, hipertensión arterial previamente con independencia funcional con consumo de inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina y ARA II y diurético tiazídico en presentación conjunta, benzodiacepina consumido hasta el día de ayer, que presenta hiponatremia profunda moderadamente sintomática, la cual se considera multifactorial (medicamentos y baja ingesta). Actualmente pte somnolienta, con deshidratación grado I. Sodio control 130 (previo 113). Se sugiere suspender infusión de solución salina 3 %, suspender diurético tiazidico y sertralina. Intercosulta a psiquiatría para ajuste de medicamento. Por alteracion de estado de conciencia y cambio de 17 Meq en niveles de natremia, se sugiere vigilancia del estado neurológico y considerar RM cerebral.

Solicitado por : JUAN MANUEL ARTEAGA DIAZ
ESPECIALIDAD: ENDOCRINOLOGIA

RM: 19404467

Realizado por : JUAN MANUEL ARTEAGA DIAZ
ESPECIALIDAD: ENDOCRINOLOGIA

RM: 19404467

NOTA MEDICA

FECHA: 20/02/2019 **HORA:** 15:55:35

*****Evolución Geriatria 20/02/19*****

Nombre: Constanza Lucia Ortega Vélez
Edad: 71 años
Documento: 41422615
Natural: Bogotá
Procedente: Bogotá
Ocupación: Trabajo en idiomas- cesante
Escolaridad: Bachillerato completo
Acompañante: Cuidadora
Vive con: Cuidadora
Ingreso HUN: 19/01/2019
Días de estancia: 1

Diagnósticos clínicos:

Hiponatremia relacionada con uso de diuretico?
Delirium hiperactivo secundario
Hipertensión arterial
Dislipidemia

Diagnósticos funcionales:

Previa independencia en actividades básicas

Diagnósticos neurocognitivos:

Trastorno depresivo mayor?
Trastorno neurocognitivo leve

Diagnósticos sociales:

Red de apoyo formal

RESUMEN DE HISTORIA

Subjetivo:

Paciente en compañía de cuidadora, refiere insomnio ocasional intermitente, orientada en persona. Tolerancia a alimentos líquidos y blandos, disfagia de sólidos, niega fiebre, niega emesis.

Examen Físico:

Paciente alerta, desorientada, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria, orina por sonda vesical concentrada

SV: TA: 110/64 mmHg FC: 60 LPM FR: 18 RPM SaO₂: 90% T° 36.4°C

Balance hídrico:

Líquidos administrados: 750cc

Líquidos eliminados: 1050cc

Balance de líquidos: -390cc

Glucometría: 77 mg/dL

Cabeza: escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral semi húmeda, rosada

Cuello: Móvil, no se palpan masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular.

Tórax: Simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular bilateral conservado, sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, no retracciones

Abdomen: No depresible, con dolor a la palpación de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes.

Extremidades: Simétricas, con edema grado II en miembros inferiores con fovea, llenado capilar menor a 2 segundos.

Neurológico: Paciente alerta, ansiosa, desorientada en tiempo y espacio, interactúa con examinador, sigue órdenes sencillas, lenguaje comprensible, hipoproxia, bradilírica, con rigidez en extremidades, reflejos generales +++/++++, tono conservado, no signos de irritación meníngea, aumento de polígono de sustentación, marcha lenta,

Disminución murmullo vesicular. Edema grado dos en miembros inferiores fovea

Murmullo vesicular disminuido

Paraclínicos:

20/02/2019:

Na: 130 K: 3.22 Cl: 97.2

Na en orina: 43

19/02/2019:

TSH: 3.7

BUN 16.3 Creatinina 0.64

Na 113 K 3.79 Cl 81 Mg 1.72

PCR 20.79

leucos 8270 N 73.1% L 15.1% Hto 32.8 Hb 12.2% Plaquetas 266000

Análisis:

Paciente con antecedentes descritos, quien cursa con hiponatremia en reposición, electrolitos de control con hiponatremia leve, sin embargo llama la atención corrección tan rápida por lo cual se decide repetir valores de electrolitos. Al momento la paciente alerta, con mejoría del estado de conciencia respecto a ayer, con persistencia de rigidez en extremidades, sin signos de dificultad respiratoria, posterior a la colocación de sonda con salida de 100cc, sin indicación de continuar con la misma se decide retirar sonda, con tendencia a la mejoría. Al reinterrogar a cuidadora indica que paciente continuó consumiendo posterior a su egreso (hospitalización reciente) losartán + hidroclorotiazida por lo que se considera hiponatremia secundaria a uso

RESUMEN DE HISTORIA

de diuretico, sin embargo se encuentra pendiente concepto de endocrinología. Se espera reporte de electrolitos solicitados y según resultados se definirán nuevas conductas, por el momento se continua indicación de suspensión de infusión. Se solicita concepto de psiquiatría para definir necesidad de institucionalización de la paciente por sus comorbilidades psiquiátricas, o posibilidad de continuar manejo en casa a su egreso teniendo en cuenta que la paciente vive sola. Se solicita valoración por trabajo social. Por lo demás se continua igual manejo. Se explica a cuidadora quien refiere entender y aceptar.

Plan:

Hospitalización por geriatría y seguimiento por psiquiatría

Dieta blanda

SS 3% 40 cc/hora IV (meta de reposición 7 mEq/24 horas - 10 ampollas de cloruro de sodio en SSN 0.9% 400 cc)*****SUSPENDER*****

Verapamilo 80 mg VO cada 12 horas

Losartan 50 mg VO cada 12 horas

Alprazolam 25 mg VO cada 8 horas*****CONTINUAR*****

P//Cortisol en ayunas

P// Valoración por endocrinología

P// Valoración por trabajo social

P// Nueva valoración por psiquiatría

Retiro de sonda vesical *****NUEVO*****

Glucometrias cada 8 horas

Cuantificación estricta de líquidos administrados y eliminados

Control de signos vitales

Avisar cambios

MEDICO : JORGE HERNAN LOPEZ RAMIREZ

RM: 10247478

ESPECIALIDAD: GERIATRIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 20/02/2019 **HORA:** 17:54:

TRABAJO SOCIAL

Se realiza contacto telefonico con familiar Alejandro Jaramillo (3213139792) y se programa reunión familiar para el día viernes a las 10:00 am.

Solicitado por : JORGE HERNAN LOPEZ RAMIREZ

RM: 10247478

ESPECIALIDAD: GERIATRIA

Realizado por : MARIA FERNANDA SANDOVAL PINEDA

RM: 1013602009

ESPECIALIDAD: TRABAJO SOCIAL

NOTA MEDICA

FECHA: 20/02/2019 **HORA:** 18:42:07

SE VALORA CONTROL DE SODIO SERICO 124 EN DESCENSO RESPECTO A CONTROL PREVIO

SE CONSIDERA REINICIO DE SOLUCION HIPERTONICA

SS 3% 40 cc/hora IV (meta de reposición 7 mEq/24 horas - 10 ampollas de cloruro de sodio en SSN 0.9% 400 cc)

SE SOLICITA CONTROL DE SODIO SERICO EN 8 HRS

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : EDWIN YESID SANTAMARIA REYES
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1019014757

NOTA MEDICA

FECHA: 21/02/2019 HORA: 05:41:55

SE RECIBIÓ REPORTE DE SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS 119.00

EVIDENCIANDO DESCENSO CON RESPECTO A CONTROL PREVIO, SE CONTINUA SOLUCION HIPERTONICA, EN ESPERA DE REPORTE DE CORTISOL

MEDICO : EDWIN YESID SANTAMARIA REYES
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

RM: 1019014757

NOTA MEDICA

FECHA: 21/02/2019 HORA: 08:37:00

EVOLUCIÓN ENDOCRINOLOGÍA 21/02/2019

Paciente de 71 años con diagnósticos de:

Hiponatremia profunda moderadamente sintomática

Trastorno depresivo mayor

Trastorno neurocognitivo leve

S/ Paciente somnolienta, en compañía de cuidadora, refiere periodos de desorientación durante la noche, con periodos de lucidez y somnolencia

O/ Paciente somnolienta alertable, desorientada, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria

SV: TA: 160/81 mmHg FC: 70 LPM FR:22 RPM SaO2: 91% T°36.5°C

Cabeza: escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral semi húmeda, rosada

Cuello: Móvil, no se palpan masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular.

Tórax: Simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular bilateral conservado, sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, no retracciones

Abdomen: No depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes

Extremidades: Simétricas, con edema grado II en miembros inferiores con fovea, llenado capilar menor a 2 segundos.

Neurológico: Paciente somnolienta,, con rigidez en extremidades, reflejos generales +++/++++, tono conservado, no signos de irritación meníngea

Paraclínicos

21/02/19

Na sérico: 119

20/02/19

Na sérico: 124

K: 3.57

Cl: 89

Glucosa: 100

Na en orina: 43

RESUMEN DE HISTORIA

Análisis: Paciente de 71 años con antecedente de trastorno depresivo mayor y trastorno neurocognitivo leve, hipertensión arterial previamente con independencia funcional actualmente cursa con hiponatremia profunda moderadamente sintomática, la cual se considera multifactorial (medicamentos y baja ingesta). Inician manejo con SS 3 % con aumento rápido de niveles de sodio, que descienden progresivamente. Paciente con deshidratación grado I, sin hipotensión, ni hipoglicemia, por lo que tiene baja probabilidad de insuficiencia suprarrenal, TSH dentro de límites normales.

Se considera completar estudio con sodio en orina muestra aislada, toma previa a inicio de reposición con solución hipertonica.

Inicio posteriormente SS 3 % para reponer 8 Meq /24 horas (pasar SS3 % 18 cc/hora). Tomar Sodio control 6 horas posterior a inicio de infusión.

No uso de hidrocorotizida ni sertralina.

Medidas antidelirium no farmacológicas

Continuamos pendientes de evolución.

MEDICO : ROBERTO FRANCO VEGA

RM: 19344422

ESPECIALIDAD: ENDOCRINOLOGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 21/02/2019 HORA: 16:21:33

nota hospitalaria: se realiza orden de nuevo sodio para control en 6 hr según nota de endocrinología

MEDICO : LIZETH NATALIA MELGAREJO MORENO

RM: 1015435808

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

NOTA MEDICA

FECHA: 21/02/2019 HORA: 19:21:20

*****Evolución Geriatria 21/02/19*****

Nota retrospectiva 10 am

Nombre: Constanza Lucia Ortega Vélez

Edad: 71 años

Documento: 41422615

Natural: Bogotá

Procedente: Bogotá

Ocupación: Trabajo en idiomas- cesante

Escolaridad: Bachillerato completo

Acompañante: Cuidadora

Vive con: Cuidadora

Ingreso HUN: 19/01/2019

Días de estancia: 1

Diagnósticos clínicos:

Sospecha de secreción inadecuada de ADH

Hiponatremia severa sintomática

- Delirium hiperactivo secundario

- Uso de diuréticos

Hipertensión arterial

Dislipidemia

Diagnósticos funcionales:

RESUMEN DE HISTORIA

Previa independencia en actividades básicas

Diagnósticos neurocognitivos:

Trastorno depresivo mayor?

Trastorno neurocognitivo leve

Diagnósticos sociales:

Red de apoyo formal

Subjetivo:

Paciente refiere sentirse mal. Cuidadora, refiere insomnio ocasional intermitente, tiene dificultad para orinar, la orina es color "colombiana". Además tiene muy poca fuerza en las piernas.

Examen Físico:

Paciente alerta, desorientada, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria, SV: TA: 110/58 mmHg

FC: 58 FR:20 SaO2: 93% T°36.2°C

Glucometria: 115 mg/dl

Cabeza: escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral semi húmeda, rosada

Cuello: Móvil, no se palpan masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular.

Tórax: Simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular bilateral conservado, sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, no retracciones

Abdomen: No depresible, con dolor a la palpación de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes.

Extremidades: Simétricas, con edema grado II en miembros inferiores con fóvea, llenado capilar menor a 2 segundos.

Neurológico: Paciente alerta, ansiosa, desorientada en tiempo y espacio, interactúa con examinador, sigue órdenes sencillas, lenguaje comprensible, hipoproxia, bradilálica, con rigidez en extremidades, reflejos generales +++/++++, tono conservado, no signos de irritación meníngea, aumento de polígono de sustentación, marcha lenta,

Disminución murmullo vesicular. Edema grado dos en miembros inferiores fóvea

Murmullo vesicular disminuido

Paraclínicos:

21/02/2019

Na: 119

Paraclínicos:

20/02/2019:

Na: 130 K: 3.22 Cl: 97.2

Na en orina: 43

19/02/2019:

TSH: 3.7

BUN 16.3 Creatinina 0.64

Na 113 K 3.79 Cl 81 Mg 1.72

PCR 20.79

leucos 8270 N 73.1% L 15.1% Hto 32.8 Hb 12.2% Plaquetas 266000

Análisis:

Paciente con antecedentes descritos, quien cursa con hiponatremia en estudio y en reposición. Al momento paciente alerta, con mejoría del estado de conciencia respecto a ayer, con persistencia de rigidez en

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: AMALAGON ADRIANA MALAGON SIERRA

RESUMEN DE HISTORIA

extremidades, sin signos de dificultad respiratoria, bien perfundida. Se considera necesario esclarecer causa de deterioro cognitivo asociado a rigidez muscular y limitación para la marcha razón por la cual se solicita TAC de cráneo en busca de eventos cerebrales que lo expliquen. Adicionalmente hiponatremia de etiología no clara con sospecha de secreción inadecuada de hormona antidiurética, se requiere ampliar estudios por lo cual se solicita osmolaridad urinaria, sodio en orina en 24 horas, volúmenes urinarios. Por el momento se decide suspender alprazolam y verapamilo por sospecha de relación con hiponatremia. Se explica a cuidadora conducta a seguir quien refiere entender y aceptar.

Plan:

Hospitalización por geriatría y seguimiento por psiquiatría

Dieta blanda

SS 0.9% 40 cc/hora *****NUEVO*****

Verapamilo 80 mg VO cada 12 horas*****SUSPENDER*****

Losartan 50 mg VO cada 12 horas

Alprazolam 25 mg VO cada 8 horas*****SUSPENDER*****

P//Cortisol en ayunas

P// Nueva valoración por psiquiatría

P//osmolaridad urinaria, sodio en orina, volúmenes urinarios en 24 horas

Glucometrias cada 8 horas

Cuantificación estricta de líquidos administrados y eliminados

Control de signos vitales

Avisar cambios

MEDICO : JORGE HERNAN LOPEZ RAMIREZ

RM: 10247478

ESPECIALIDAD: GERIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 21/02/2019 HORA: 23:44:30

Nota de turno**** Paciente quien refiere sensacion de ansiedad y dificultad para conciliacion de sueño, se ordena trazodona ahora

MEDICO : WILSON PERTUZ MANOTAS

RM: 1140820982

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

NOTA MEDICA

FECHA: 22/02/2019 HORA: 10:29:00

EVOLUCIÓN PSIQUIATRÍA

Paciente femenina de 71 años, con diagnósticos:

Delirium hipoactivo en resolución

Trastorno hidroelectrolítico en resolución

S/Paciente quién la noche anterior cursó con ansiedad en insomnio de conciliación por lo que Medicina General indica Trazodona. Cuidadora coincide en que la ha notado ansiosa.

O/ Examen mental: Alerta, actitud quejumbrosa, orientada, euproséxica, pensamiento sin alteraciones en curso ni contenido, ideas de preocupación sobre su estado de salud, afecto ansioso, sin alteración en sensopercepción, introspección y prospección inciertas, juicio conservado.

RESUMEN DE HISTORIA

A/ Paciente con síntomas confusionales en resolución. Por dificultades en conciliación de sueño y ansiedad se inició Trazodona, se mantiene sin otros cambios en manejo farmacológico. Continuará seguimiento por Psiquiatría.

Plan

Trazodona Tab 50 mg 0-0-1
Seguimiento por Psiquiatría

MEDICO : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 80244483

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 22/02/2019 HORA: 10:29:

ver folio en hc.

Solicitado por : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 80244483

Realizado por : HERNANDO SANTAMARIA GARCIA
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 80244483

NOTA MEDICA

FECHA: 22/02/2019 HORA: 12:32:02

NOTA SEGUIMIENTO ENDOCRINOLOGÍA 22/02/2019

Paciente de 71 años con diagnósticos de:
Hiponatremia profunda moderadamente sintomática
Trastorno depresivo mayor
Trastorno neurocognitivo leve

S/ Paciente somnolienta, en compañía de cuidadora, refiere periodos de desorientación durante la noche, con periodos de lucidez y somnolencia

O/ Paciente somnolienta alertable, desorientada, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria
SV: TA: 158/76 mmHg FC: 56 LPM FR:22 RPM SaO2: 91% T°37°C
Cabeza: escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral semi húmeda, rosada
Cuello: Móvil, no se palpan masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular.
Tórax: Simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular bilateral conservado, sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, no retracciones
Abdomen: No depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes
Extremidades: Simétricas, con edema grado II en miembros inferiores con fóvea, llenado capilar menor a 2 segundos.
Neurológico: Paciente somnolienta,, con rigidez en extremidades, reflejos generales +++/++++, tono conservado, no signos de irritación meníngea

Paraclínicos

RESUMEN DE HISTORIA

22/02/19

Na sérico: 135

21/02/19

Na sérico: 130

Análisis: Paciente de 71 años con antecedente de trastorno depresivo mayor y trastorno neurocognitivo leve, hipertensión arterial previamente con independencia funcional actualmente cursa con hiponatremia profunda moderadamente sintomática, la cual se considera multifactorial (medicamentos y baja ingesta). Actualmente con sodio en rango se seguridad consideramos, continuar vigilancia de natremia, según hallazgos de TAC cráneo considera RNM cerebral, por nuestro servicio no se indican otras conductas. Se cierra inteconsulta

MEDICO : LUIS MIGUEL MALDONADO ACOSTA
ESPECIALIDAD: ENDOCRINOLOGIA

RM: 79783135

NOTA MEDICA

FECHA: 22/02/2019 HORA: 15:19:22

*****Evolución Geriatria 22/02/19*****

Nombre: Constanza Lucia Ortega Vélez

Edad: 71 años

Documento: 41422615

Natural: Bogotá

Procedente: Bogotá

Ocupación: Trabajo en idiomas- cesante

Escolaridad: Bachillerato completo

Ingreso HUN: 19/01/2019

Días de estancia: 3

Diagnósticos clínicos:

Hiponatremia severa sintomática

- Sospecha de secreción inadecuada de ADH

- Delirium hiperactivo secundario

- Uso de diuréticos

Trastorno depresivo mayor?

Trastorno neurocognitivo leve

Hipertensión arterial

Dislipidemia

Diagnósticos funcionales:

Previa independencia en actividades básicas

Diagnósticos neurocognitivos:

Trastorno depresivo mayor?

Trastorno neurocognitivo leve

Diagnósticos sociales:

Red de apoyo formal

RESUMEN DE HISTORIA

Subjetivo

Cuidadora refiere que la paciente presento insomnio de conciliación y persistencia de rigidez en extremidades que limitan la marcha. Refiere oliguria, en la mañana colocaron sonda vesical, refiere tolera dieta blanda sin embargo con disminución de ingesta. Refiere episodio de agitación e ideas delirantes en la madrugada.

Objetivo:

Paciente alerta, hipoprosexica, desorientada en tiempo, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria.

SV: TA: 140/80 mmHg FC: 72 FR:16 SaO2: 93% T°36.2°C

Glucometria: 135 mg/dl

Cabeza: escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral semi húmeda, rosada, disfónica.

Cuello: Móvil, no se palpan masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular.

Tórax: Simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular bilateral conservado, sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, no retracciones

Abdomen: No depresible, con dolor a la palpación de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes.

Extremidades: Simétricas, con edema grado II en miembros inferiores con fóvea, llenado capilar menor a 2 segundos.

Neurológico: Paciente alerta, ansiosa, desorientada en tiempo y espacio, interactúa con examinador, sigue órdenes sencillas, lenguaje comprensible, hipoproxesis, bradilálica, con rigidez en extremidades, reflejos generales +++/++++, tono conservado, no signos de irritación meníngea, aumento de polígono de sustentación, marcha lenta,

Disminución murmullo vesicular. Edema grado dos en miembros inferiores fóvea

Murmullo vesicular disminuido

Paraclínicos:

22/02/2019

Na: 135

21/02/2019

Na: 119

Paraclínicos:

20/02/2019:

Na: 130 K: 3.22 Cl: 97.2

Na en orina: 43

22/02/2019: TAC de cráneo simple

Área focal hiperdensa en el giro orbitario del lóbulo frontal izquierdo que puede corresponder con artefacto de endurecimiento del rayo.

Hipodensidades de la sustancia blanca subcortical y profunda.

Aumento de la amplitud del espacio subaracnoideo de la convexidad y de las cisternas de la base en relación con cambios involutivos por la edad.

No se identifican signos sugestivos de evento isquémico agudo o hemorrágico en territorio vascular mayor.

Línea media central. Sin evidencia de colecciones o masas intra-extra axiales.

Sistema ventricular supra-infratentorial de volumen normal.

Núcleos basales, silla turca, tallo cerebral, cerebelo y unión cráneo espinal sin alteraciones.

Calota y tejidos blandos de cráneo sin lesiones de origen traumático.

Neumatización del cornete medio izquierdo.

Órbitas, su contenido y celdillas mastoideas de apariencia usual.

Conclusión

Cambios involutivos del parénquima secundarios a la edad.

Leucoencefalopatía microangiopática confluyente.

RESUMEN DE HISTORIA

Resto de hallazgos, ver descripción.

19/02/2019:

TSH: 3.7

BUN 16.3 Creatinina 0.64

Na 113 K 3.79 Cl 81 Mg 1.72

PCR 20.79

leucos 8270 N 73.1% L 15.1% Hto 32.8 Hb 12.2% Plaquetas 266000

Análisis:

Paciente femenino de 71 años de edad, con antecedentes descritos, con hiponatremia severa sintomática corregida se sospecha asociada a uso de diuréticos sin embargo no se descarta secreción inadecuada de ADH, para lo que se solicitaron paraclínicos de sodio y osmolaridad en orina de 24 horas los cuales se encuentran pendientes. Al momento paciente estable clinicamente, sin signos de dificultad respiratoria, con persistencia de rigidez en extremidades sin embargo con mejoría en patrón de marcha con respecto a día previo. Tiene TAC de cráneo simple donde no se observan cambios hemorrágicos, isquémicos ni efecto de masa que pudiera explicar deterioro cognitivo.

Servicio de endocrinología cierra interconsulta por normalización de valores de sodio y TAC de cráneo normal considerando hiponatremia multifactorial (medicamentos y baja ingesta). Por el momento se continúa vigilancia clínica con solución salina a 0.9%. Se espera reporte de paraclínicos para definir nuevas conductas, se solicita sodio de control para mañana. Se solicita nueva valoración por psiquiatría dado que se corrigió trastorno electrolítico pero paciente persiste con sintomatología psicótica. Se explica a cuidadora quien refiere entender y aceptar.

Plan:

Hospitalización por geriatría y seguimiento por psiquiatría

Dieta blanda

SS 0.9% 40 cc/hora

Losartan 50 mg VO cada 12 horas

Trazodona 50mg cada noche

P//Cortisol en ayunas*****PENDIENTE TOMAR*****

P// Nueva valoración por psiquiatría

P//osmolaridad urinaria, sodio en orina, volúmenes urinarios en 24 horas

P// Sodio tomar mañana 4 am

Glucometrias cada 24 horas

Cuantificación estricta de líquidos administrados y eliminados

Control de signos vitales

Avisar cambios

MEDICO : CATALINA TORRES ESPINOSA

RM: 52517161

ESPECIALIDAD: GERIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 22/02/2019 HORA: 18:00:58

*** NOTA TURNO TARDE ***

INTERNISTA DR CAMARGO - HOSPITALARIA DRA MELGAREJO

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE

*SD MOTONEURONA SUPERIOR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: AMALAGON, ANDRIANA MALAGON SIERRA

RESUMEN DE HISTORIA

-SOSPECHA DE DESMIELINIZACION OSMOTICA PONTINA

*HIPONATREMIA SEVERA SINTOMATICA

SOSPECHA DE INADECUADA SECRECION DE ADH

DELIRIUM HIPERACTIVO SECUNDARIO

USO DE DIURETICOS

*TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

*TRASTORNO NEURO COGNITIVO LEVE

*HTA

*DILIPIDEMIA

SE ATIENDE LLAMADO DE GRUPO DE TERAPIA FISICA Y FONOAUDIOLOGICA, QUE REPORTAN NOTAR A PACIENTE CON IMPORTANTE AUMENTO DE TONO MUSCULAR, ESPASTICIDAD, TRASTORNO LEVE A MODERADO DE DISFAGIA.

PACIENTE EN COMPAÑIA DE CUIDADORA, QUIEN MANIFIESTA QUE EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HA NOTADO AUMENTO DE TONO MUSCULAR EN EXTREMIDADES CON DISMINUCIÓN DE MOVILIDAD, EXACERBADA EL DÍA DE HOY CON DISMINUCIÓN DE MOVILIDAD DE LA CABEZA

GRUPO DE ENFERMERIA REPORTA ADEMAS, ANTE ORDEN DE PASO DE Sonda Vesical, PACIENTE CON DIURESIS DE 1600CC AL PASO

SE VALORA PACIENTE , EN EL MOMENTO CON TA158/76 FC 56 FR 12 SAT 90% AL AMBIENTE

ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA

CUELLO SIN MASAS , NO IY, NI ADENOPATIAS. DISFONICA

TÓRAX SIMÉTRICO EXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR BILATERAL CONSERVADO NO AGREGADOS, NO USO DE MUSCULOS

ACCESORIOS. RSCS RÍTMICOS SIN SOPLOS

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO MASAS, NO IRRITACIÓN PERITONEAL.

EXTREMIDADES CON EDEMA EN PIES SIMETRICO, CON FOVEA, PERFUSIÓN DISTAL <2SEG

NEURO: PACIENTE ALERTA, ANSIOSA, DESORIENTADA EN ESPACIO Y TIEMPO, SIGUE ORDENES SENCILLAS, RESPUESTA VERBAL, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, SIMETRIA FACIAL, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, UVULA CENTRADA, RIGIDEZ NUCAL PRESENTE, FUERZA MIEMBROS SUPERIORES 3/4, IMPRESIONA HIPERREFLEXIA DE MIEMBROS SUPERIORES +++/++++, BABNSKY DERECHO POSITIVO, AUMENTO POLIGONO DE SUSTENTACIÓN CON MARCHA ESCASA CON APOYO.

PARACLINICOS 22/02/2019 NA 135

ANALISIS

PACIENTE EN SEGUIMIENTO INTRAHOSPITALARIO POR DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN QUIEN SE ATIENDE LLAMADO POR GRUPO DE TERAPIAS Y CON REPEROTE DE ACOMPAÑANTE, EN QUIEN SE NOTA DETERIORO NEUROLOGICO DADO POR AUMENTO DE TONO MUSCULAR HACIA ESPASTICIDAD PROGRESIVO CON AGUDIZACIÓN EL DÍA DE HOY.

EN QUIEN SE CONSIDERA QUE CURSA CON SINDROME DE MOTONEURONA SUPERIOR, POSIBLE DESMIELINIZACIÓN OSMOTICA PONTINA, EN RELACION POSIBLE A REQUERIMIENTO DE CORRECCIÓN DE HIPONATREMIA CON SOLUCIÓN HIPERTONICA, SIN EMBARGO PREVIAMENTE SUSPENDIDA Y CON VALOR ACUTAL DE SODIO EN LIMITE INFERIOR DE NORMALIDAD, PERO PARA VALORES PREVIOS Y BASALES DE LA PACIENTE SE PODRIA CONSIDERAR ELEVADO; POR LO QUE SE REALIZARAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DE ELECTROLITOS Y RNM CEREBRAL CONTRASTADA, CON LO CUAL SE DEFINIRIAN MEDIDAS ADICIONALES

POR HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO SE INDICA INICIO DE ANTIBIOTICO EMPIRICO ANTE POSIBLE NEUROINFECCIÓN, SIN EMBARGO SE CONSIDERA DE MUY BAJA PROBABILIDAD POR NO CONTAR CON OTROS DATOS , POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR NEUROLOGIA Y SEGÚN PUNCIÓN LUMBAR SE REORIENTARIA MANEJO.

ANTE DETERIORO NEUROLOGICO EVIDENCIADO POR PERSONAL DE ATENCIÓN Y HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO ACTUAL, SE CONSIDERA RIESGO DE DETERIORO VENTILATORIO POR LO CUAL SE COMENTA EN UCIN CON DR PEREZ, Y ES ACEPTADA PARA TRASLADO A UNIDAD.

RESUMEN DE HISTORIA

EXPLICAMOS SOSPECHA DIAGNOSTICA Y CONDUCTA A CUIDADORA ACOMPAÑANTE, REFIERE ENTENDER Y

PLAN

TRASLADO A UCIN

SSN 40CC/HR

LOSARTAN 850MG VO C/12HR

TRAZODONA 50MG /NOCHE

CEFTRIAJONA 2 GR C/24 HR FI 22/02/2019

SS AZOADOS PREVIO A CONTRASTE DE RNM , HEMOGRAMA, ELECTROLITOS, CPK

SS RNM CEREBRAL SIMPLE Y CONTRASTADA

SS VALORACIÓN POR NEUROLOGIA

PENDIENTE

-OSMOLARIDAD URINARIA, SODIO EN ORINA, VOL URINARIOS EN 24HR

- REVALORACIÓN PSIQUIATRIA

MEDICO : CARLOS ANDRES CAMARGO MOLANO

RM: 1716722

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 22/02/2019 **HORA:** 19:49:04

INGRESO A UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO

FI HUN: 19/02/2019

FI UCIN HUN: 22/02/2019

Constanza Lucia Ortega Vélez

71 años

CC 41422615

Natural: Bogotá

Procedente: Bogotá

Ocupación: Trabajó en idiomas - cesante

Escolaridad: Bachillerato completo

Vive con: Cuidadora

Datos obtenidos de historia clínica

Enfermedad actual: Paciente hospitalizada en nuestra institución entre el 04/02/2019 y el 08/02/2019 por cuadro de 1 mes de evolución de mioclonías de extremidades izquierdas, de aparición súbita, asociados a heteroagresividad, que progresan hasta que el 01/02/2019 se encuentra marcada alteración de la conducta motora y disminución del nivel de alertamiento; es llevada a Clínica Colombia donde se documentó hiponatremia y fue trasladada a HUN; en esa hospitalización fue evaluada por medicina interna, psiquiatría y neurología y se determinó que cursaba con TAB descompensado, pero debido a hallazgos piramidales se quería descartar enfermedad de Binswanger por lo que se solicitó estudio por resonancia de cerebro; finalmente se descartó esta condición y ante mejoría clínica y estabilidad de cifras de sodio luego de la suspensión de diurético se dio egreso para seguimiento ambulatorio por especialidades tratantes. Debido a persistencia de síntomas afectivos con presencia de disfuncionalidad social importante se trasladó el 18/02/2019 a Clínica Campo Abierto para hospitalización, sin embargo la notan somnolienta, ansiosa, con movimientos estereotipados de manos, rígida, con limitación para la marcha, con aparente trastorno de la deglución y asociado se refería anorexia, náuseas y varios episodios de emesis. Se toma sodio nuevo con resultado de 119 y es llevada a Sanitas Puente Aranda donde confirman el trastorno hidroelectrolítico y se decide enviar a HUN para diagnóstico y manejo.

RESUMEN DE HISTORIA

Inician reposición con solución salina hipertónica, al día siguiente se documenta corrección rápida de sodio y suspenden infusión. Posteriormente se evidencia descenso progresivo y es valorada por endocrinología quienes consideran hiponatremia de origen multifactorial (medicamentos y baja ingesta) con baja probabilidad de insuficiencia suprarrenal y reinician reposición. Geriátrica solicita TAC de cráneo ante sospecha de eventos cerebrovasculares que expliquen el cuadro y plantean probabilidad de secreción inadecuada de hormona antidiurética que viene en estudio.

El día de hoy reportan deterioro neurológico dado por aumento de tono muscular hacia espasticidad progresivo con agudización el día de hoy, consideran que cursa con síndrome de motoneurona superior, posible desmielinización osmótica pontina, en relación posible a corrección de hiponatremia con solución hipertónica, sin embargo con valor actual de sodio en límite inferior de normalidad y trasladan a la unidad por riesgo de deterioro neurológico.

Revisión por sistemas: Barthel previo: 100/100

Antecedentes:

Patológicos: HTA, dislipidemia mixta, artrosis severa de rodilla izquierda, arritmia cardíaca, trastorno depresivo ansioso (TDM?), trastorno neurocognitivo leve, síndrome de intestino irritable

Farmacológicos: verapamilo 80 mg/bid, losartan 50 mg/bid, sertralina 50 mg/día, hidroclorotiazida 25 mg/día

Quirúrgicos: osteotomía de cóccix, amigdalectomía

Traumáticos: no reportados

Alérgicos: gentamicina

Tóxicos: no reportados

Transfusiones: no reportados

Hospitalizaciones: entre el 02/02/2019 y el 08/02/2019 en la institución por delirium multifactorial e hiponatremia asociada a diurético

Ginecológicos: G0P0

Familiares: madre enfermedad de Alzheimer, hermano enfermedad psiquiátrica (se desconoce cual)

Examen físico:

Paciente en aceptable estado general, disfónica, en el momento con TA 142/78 FC 66 FR 18 Sat 90% a ambiente

Escleras anictéricas, conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda

Cuello sin masas, sin ingurgitación yugular, ni adenopatías

Tórax simétrico expansible, murmullo vesicular bilateral conservado no agregados, no uso de músculos accesorios, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos

Abdomen blando depresible no doloroso, no masas, no irritación peritoneal.

Extremidades con edema en pies simétrico, con fovea, perfusión distal <2 segundos

Neurológico: paciente alerta, ansiosa, desorientada en espacio y tiempo, sigue órdenes sencillas, respuesta verbal, apertura ocular espontánea, simetría facial, movimientos oculares conservados, úvula centrada, rigidez nuchal moderada, fuerza miembros superiores 3/4, impresiona hiperreflexia de bicipital bilateral +++/++++, demás ++/++++, Babinsky bilateral positivo, no se evalúa marcha, historia refiere aumento polígono de sustentación con marcha escasa con apoyo.

Paraclínicos institucionales:

22/02/2019 Na 135

21/02/2019 Mañana Na 119

Tarde 130

20/02/2019 Mañana Na 130 K 3.22 Cl 97.2

Na en orina parcial 43

Tarde Na 124 K 3.57 Cl 89 Glucemia 100.3

RESUMEN DE HISTORIA

19/02/2019 BUN 16.3 Creatinina 0.64
Na 113 K 3.79 Cl 81 Mg 1.72
PCR 20.79
Leu 8270 N 73.1% L 15.1% Hto 32.8 Hb 12.2% Plaquetas 266000

Paraclínicos extrahistóricos:

18/02/2019: -Hemograma: leucocitos 8870, N:6960, L:880, Hb 13.3, Hto 35, VCM 79.4, RDW 12.3, plaquetas 262000
-PCR 25.6
-Uroanálisis: amarillo, turbio, densidad 1.010, pH 6, estearasa -, nitritos -, proteínas -, glucosa normal, cetónicos -, urobilinógeno normal, bilirrubinas -, sangre 25, sedimento con células epiteliales +, eritrocitos 0-2 cap, leucocitos 8-10 cap, bacterias ++
-Función renal: BUN 19.7, creatinina 0.71
-Glicemia 104.4
-Ionograma: Na+ 116.1, K+ 3.92, Cl- 80.4
-EKG: ritmo sinusal, FC 60, onda P normal, PR 0.13, no infra o supra PR, QRS estrecho pero de bajo voltaje en derivaciones de los miembros, regular progresión de la R en las precordiales, ST normal, onda T invertida asimétrica en V2-V4, QTc 0.42, no ondas de lesión, isquemia o necrosis.

Paraclínicos previos:

06/02/2019: -RNM cerebral simple: Leucoencefalopatía microangiopática extensa confluyente supra a infratentorial. No hay edema citotóxico ni vasogénico. Cambios involutivos difusos en el volumen del encéfalo. Dolicoectasia y ateromatosis del polígono arterial. No hay signos de hemorragia reciente axial o extraaxial. No hay signos obstructivos del sistema ventricular ni colecciones. Hipófisis y pineal sin lesiones infiltrativas. Núcleos basales de señal habitual. Infartos antiguos cavitados de pequeño vaso en el hemisferio cerebeloso derecho. Globos oculares, cavidades paranasales y unión cráneo espinal sin lesiones expansivas. Opinión: Leucoencefalopatía microangiopática extensa confluyente supra a infratentorial. Cambios involutivos difusos en el volumen del encéfalo. Dolicoectasia y ateromatosis del polígono arterial. Infartos antiguos cavitados de pequeño vaso en el hemisferio cerebeloso derecho.

04/02/2019: -TAC de cráneo simple: focos de hipodensidad de las sustancia blanca, probable microangiopatía.

03/02/2019: -VIH negativo

-RPR no reactiva

-Proteínas: totales 6.68, globulinas 2.32, albúmina 4.36

Análisis:

Paciente femenina de 71 años con antecedente de hipertensión arterial, dislipidemia y trastorno afectivo bipolar, quien es hospitalizada para manejo de hiponatremia de origen multifactorial (baja ingesta y diuréticos). Es trasladada a la unidad de cuidado intermedio por aumento progresivo de tono muscular agudizado el día de hoy. Adicionalmente refieren rigidez nuchal e inician tratamiento antibiótico empírico para neuroinfección, sin embargo no se han documentado signos de respuesta inflamatoria sistémica y no se ha realizado punción lumbar. Se considerará suspender antibiótico acorde a resultados de la misma. En el momento paciente con signos vitales dentro de límites normales, sin soportes vasopresor ni ventilatorio, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, agitada, desorientada. Se considera alto riesgo de deterioro neurológico por sospecha de desmielinización osmótica pontina, pendiente resonancia cerebral y valoración por neurología. Se solicitan paraclínicos de ingreso a la unidad.

Diagnósticos:

Hiponatremia severa en reposición

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: AMALAGON ANDRIANA MALAGON SIERRA

RESUMEN DE HISTORIA

-Sospecha de desmielinización osmótica pontina
-Delirium hiperactivo secundario
-Uso de diuréticos
Sospecha de inadecuada secreción de ADH
Trastorno depresivo mayor
Trastorno neurocognitivo leve
Hipertensión arterial
Dislipidemia

Plan:

Estancia en unidad de cuidado intermedio
Nada vía oral
SSN 40 cc/hr
Losartan 50 mg vo c/12 hr
Trazodona 50 mg /noche
Ceftriaxona 2 gr c/24 hr fi 22/02/2019
Hoja neurológica cada 2 horas
Se solicitan paraclínicos de ingreso
Se solicita punción lumbar
Pendiente hemograma, electrolitos, CPK
Pendiente RNM cerebral simple y contrastada
Pendiente valoración por neurología
Pendiente revaloración psiquiatría
Pendiente osmolaridad urinaria, sodio en orina, vol urinarios en 24 horas
Control de signos vitales, avisar cambios

MEDICO : OSCAR MAURICIO MORENO OJEDA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79690914

NOTA MEDICA

FECHA: 23/02/2019 **HORA:** 00:30:18
EVOLUCIÓN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO
TURNO NOCHE 22/02/19
FI HUN: 19/02/2019
FI UCIN HUN: 22/02/2019

Constanza Lucia Ortega Vélez
71 años
CC 41422615

Diagnósticos:

Hiponatremia severa en reposición
-Sospecha de desmielinización osmótica pontina
-Delirium hiperactivo secundario
-Uso de diuréticos
Sospecha de inadecuada secreción de ADH
Trastorno depresivo mayor
Trastorno neurocognitivo leve
Hipertensión arterial
Dislipidemia

RESUMEN DE HISTORIA

Problemas

Riesgo de deterioro neurológico
Agitación psicomotora y desorientación

Accesos

Sonda vesical
Acceso venoso periférico

Subjetivo

Paciente desorientada que dificulta valoración.

Objetivo

Paciente en aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria, afebril
TA 165/95 PAM: 125 FC 72 FR 30 T 36 SO2 96
Glucometras 82
Escleras anictéricas, conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda
Cuello sin masas, sin ingurgitación yugular, ni adenopatías
Tórax simétrico expansible, murmullo vesicular bilateral conservado no agregados, no uso de músculos accesorios, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos
Abdomen blando depresible no doloroso, no masas, no irritación peritoneal.
Extremidades con edema en pies simétrico, con fovea, perfusión distal <2 segundos
Neurológico: paciente alerta, ansiosa, desorientada en espacio y tiempo, sigue órdenes sencillas, respuesta verbal, apertura ocular espontánea, simetría facial, movimientos oculares conservados, úvula centrada, rigidez nuchal moderada, fuerza miembros superiores 3/4, impresiona hiperreflexia de bicipital bilateral +++/++++, demás ++/++++, Babinsky bilateral positivo, no se evalúa marcha, historia refiere aumento polígono de sustentación con marcha escasa con apoyo.

Paraclínicos:

Pendiente paraclínicos de ingreso

Análisis:

Paciente femenina de 71 años con antecedente de hipertensión arterial quien se encuentra en vigilancia en unidad de cuidado intermedio por sospecha de desmielinización osmótica pontina y riesgo de deterioro Neurológico.
En el momento clínicamente estable, persiste con desorientación y agitación psicomotora ocasional con poca colaboración con el personal de salud. En manejo antibiótico por sospecha de Neuroinfección que tiene pendiente realización de punción lumbar para confirmar diagnóstico y definir pertinencia de manejo antibiótico.
Continúa seguimiento en unidad de cuidados intermedios.
Pendiente toma de RMN la cual por el momento presenta dificultad para realización por agitación.
Pendiente valoración mañana por Neurología y Psiquiatría.

Plan:

Estancia en unidad de cuidado intermedio
Nada vía oral
SSN 40 cc/hr
Losartan 50 mg vo c/12 hr
Trazodona 50 mg /noche
Ceftriaxona 2 gr c/24 hr fi 22/02/2019
Hoja neurológica cada 2 horas

RESUMEN DE HISTORIA

P/ Paraclínicos de ingreso
P/ Punción lumbar
Pendiente hemograma, electrolitos, CPK
Pendiente RNM cerebral simple y contrastada
Pendiente valoración por neurología
Pendiente revaloración psiquiatría
Pendiente osmolaridad urinaria, sodio en orina, vol urinarios en 24 horas
Control de signos vitales, avisar cambios

MEDICO : OSCAR MAURICIO MORENO OJEDA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79690914

NOTA MEDICA

FECHA: 23/02/2019 **HORA:** 12:15:17

EVOLUCIÓN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO

TURNO MAÑANA 23/02/19

FI HUN: 19/02/2019

FI UCIN HUN: 22/02/2019

Constanza Lucia Ortega Vélez

71 años

CC 41422615

Diagnósticos:

1. Síndrome de alteración del sensorio

-Sospecha de desmielinización osmótica pontina (secundaria a rápida repocisión de hiponatremia severa)

-Hiponatremia severa corregida (uso de diuréticos- SIADH descartado)

-Menos probable neuroinfección.

2. Trastorno depresivo mayor

3. Trastorno neurocognitivo leve

4 Hipertensión arterial

5. Dislipidemia

Problemas

Persistencia de la alteración del sensorio

Agitación psicomotora intermitente

Accesos

Sonda vesical

Acceso venoso periférico

Examen físico

Paciente en aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria,

afebril. Somnolienta pero alertable

TA 136/60 FC 78 FR 24 T 36.5 SO2 96%

Glucometras 92

Escleras anictéricas, conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda

Cuello sin masas, sin ingurgitación yugular, ni adenopatías

Tórax simétrico expansible, murmullo vesicular bilateral conservado no

agregados, no uso de músculos accesorios, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos

Abdomen blando depresible no doloroso, no masas, no irritación peritoneal.

Extremidades con edema en pies simétrico, con fovea, perfusión distal <2

segundos

Neurológico: paciente somnolienta pero alertable , ansiosa, desorientada en espacio y tiempo, sigue

RESUMEN DE HISTORIA

órdenes sencillas, respuesta verbal, apertura ocular espontánea, simetría facial, movimientos oculares conservados, úvula centrada, fuerza simétrica 5/5, reflejos conservados, simétricos, sin rigidez de nuca, sin espasticidad.

Paraclínicos:

23.02.19: cloro 101 calcio 7.9 mg 1.7 potasio 3.5 sodio 135 pck 165 albumina 3.2

hb 11.2 hto 31 leucocitos 5950 neutrofilos 4580 plaquetas 240000

20.2.19: sodio en orina; 43 tsh 3.7

Pendiente RM cerebral control

Análisis:

Paciente femenina de 71 años con antecedente de hipertensión arterial quien se encuentra en vigilancia en unidad de cuidado intermedio por sospecha de desmielinización osmótica pontina y riesgo de deterioro Neurológico. Tuvo hiponatremia severa al parecer por uso de diuréticos y baja ingesta y posteriormente hubo rápida corrección, cambios neurológicos actuales se explican entonces por posible desmielinización osmótica pontina, menos probable neuroinfección pues no hay clínica sugestiva, valorada en conjunto con neurología quien está de acuerdo y recomienda suspensión de antibióticos.

Esta pendiente RM cerebral para objetivar cambios de posible desmielinización osmótica. Ayer fue difícil su realización por el estado de agitación de la paciente.

Pendiente valoración por psiquiatría por componente de delirium hiperactivo asociado.

Plan:

Estancia en unidad de cuidado intermedio

Glucometría cada 4 horas.

Nada vía oral

SSN 40 cc/hr

Losartan 50 mg vo c/12 hr

Trazodona 50 mg /noche

Ceftriaxona 2 gr c/24 hr fi 22/02/2019***** suspender

Hoja neurológica cada 2 horas

Pendiente RNM cerebral simple y contrastada

Pendiente revaloración psiquiatría

Control de signos vitales, avisar cambios

MEDICO : MANUELA RUBIO RIVERA

RM: 1036617596

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 23/02/2019 **HORA:** 12:16:42

****Respuesta interconsulta neurología 23/02/19****

Constanza Ortega

cc41422615

Edad: 71 años

Natural: Bogotá

Procedente: Bogotá

Ocupación: trabajó en idiomas

Vive sola.

FI HUN 19/02/2019

Motivo de consulta: Agresividad, ansiedad, somnolencia y emesis

RESUMEN DE HISTORIA

Motivo de interconsulta: sospecha de neuroinfección y desmielinización osmótica secundaria a reposición rápida de sodio.

Enfermedad actual.

Enfermedad actual: Paciente hospitalizada en nuestra institución entre el 04/02/2019 y el 08/02/2019 por cuadro de 1 mes de evolución de mioclonías de extremidades izquierdas, de aparición súbita, asociados a heteroagresividad, que progresan hasta que el 01/02/2019 se encuentra marcada alteración de la conducta motora y disminución del nivel de alertamiento; es llevada a Clínica Colombia donde se documentó hiponatremia y fue trasladada a HUN; en esa hospitalización fue evaluada por medicina interna, psiquiatría y neurología y se determinó que cursaba con TAB descompensado. Ante mejoría clínica y estabilidad de cifras de sodio luego de la suspensión de diurético se dio egreso para seguimiento ambulatorio por especialidades tratantes. Debido a persistencia de íntomas afectivos con presencia de disfuncionalidad social importante se trasladó el 18/02/2019 a Clínica Campo Abierto para hospitalización, sin embargo la notan somnolienta, ansiosa, con movimientos estereotipados de manos, rígida, con limitación para la marcha, con aparente trastorno de la deglución y asociado se refería anorexia, náuseas y varios episodios de emesis. Se toma sodio nuevo con resultado de 119 y es llevada a Sanitas Puente Aranda donde confirman el trastorno hidroelectrolítico y se decide enviar a HUN para diagnóstico y manejo. Inician reposición con solución salina hipertónica, al día siguiente se documenta corrección rápida de sodio y suspenden infusión. Posteriormente se evidencia descenso progresivo y es valorada por endocrinología quienes consideran hiponatremia de origen multifactorial (medicamentos y baja ingesta) con baja probabilidad de insuficiencia suprarrenal y reinician reposición. El día de ayer en la valoración por medicina interna reportan deterioro neurológico dado por aumento de tono muscular hacia espasticidad progresivo con agudización el día de hoy, consideran que cursa con síndrome de motoneurona superior, posible desmielinización osmótica pontina, en relación posible a corrección de hiponatremia con solución hipertónica, además con rigidez nuchal por lo que inician ceftriaxona bajo sospecha de neuroinfección.

Antecedentes:

1. Patológicos: HTA, dislipidemia mixta, artrosis severa de rodilla izquierda, arritmia cardiaca, trastorno depresivo ansioso (TDM?), trastorno neurocognitivo leve, síndrome de intestino irritable
2. Farmacológicos: verapamilo 80 mg/bid, losartan 50 mg/bid, sertralina 50 mg/día
3. Quirúrgicos: osteotomía de coxis, amigdalectomía
4. Traumáticos: no reportados
5. Alérgicos: gentamicina
6. Tóxicos: no reportados
7. Transfusiones: no reportados
8. Hospitalizaciones: entre el 02/02/2019 y el 08/02/2019 en nuestra institución por delirium multifactorial e hiponatremia asociada a diurético
9. Ginecológicos: G0P0
10. Familiares: madre enfermedad de Alzheimer, hermano enfermedad psiquiátrica (se desconoce cual)

Examen Físico

Paciente en regular estado general, con signos vitales de:

TA 145/75 mmHg FC 44 FR 18 Sat 90% a ambiente

Escleras anictéricas, conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: AMALAGON, DRIANA MALAGON SIERRA

RESUMEN DE HISTORIA

Cuello sin masas, sin ingurgitación yugular, ni adenopatías
Tórax simétrico expansible, murmullo vesicular bilateral conservado no agregados, no uso de músculos accesorios, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos
Abdomen blando depresible no doloroso, no masas, no irritación peritoneal.
Extremidades con edema en pies simétrico, con fovea, perfusión distal <2 segundos
Neurológico:

Esfera mental: Somnolienta, orientada en persona, desorientada en tiempo y lugar, sigue órdenes sencillas, bradipsíquica, bradilálica, hipoproséxica, repite, nomina, juicio alterado.
Pares craneanos: Isocoria normorreactiva bilateral, movimientos oculares con paresia de oblicuo resto de pares craneanos normales, simetría facial, sensibilidad facial conservada, con disfonía y disfagia
Fuerza.? en 4 extremidades tono aumentado, trofismo disminuido, RMN +++/++++ bicipital, estilorradiar, pectoral y rotuliano derecho, RMN ++/++++ en hemicuerpo izquierdo. Babinsky bilateral positivo. Sensibilidad superficial conservada. Hoffman izquierdo positivo. Sin clonus inducible.
Coordinación: no es capaz de ejecutar la orden por somnolencia.
Signos meníngeos: sin rigidez nuchal, sin kernig ni brudzinsky.
Marcha no evaluada.

Paraclínicos extrainstitucionales:

18/02/2019: -Hemograma: leucocitos 8870, N:6960, L:880, Hb 13.3, Hto 35, VCM 79.4, RDW 12.3, plaquetas 262000

-PCR 25.6

-Uroanálisis: amarillo, turbio, densidad 1.010, pH 6, estearasa -, nitritos -, proteínas -, glucosa normal, cetónicos -, urobilinógeno normal, bilirrubinas -, sangre 25, sedimento con células epiteliales +, eritrocitos 0-2 cap, leucocitos 8-10 cap, bacterias ++

-Función renal: BUN 19.7, creatinina 0.71

-Glicemia 104.4

-Ionograma: Na+ 116.1, K+ 3.92, Cl- 80.4

-EKG: ritmo sinusal, FC 60, onda P normal, PR 0.13, no infra o supra PR, QRS estrecho pero de bajo voltaje en derivaciones de los miembros, regular progresión de la R en las precordiales, ST normal, onda T invertida asimétrica en V2-V4, QTc 0.42, no ondas de lesión, isquemia o necrosis.

Paraclínicos institucionales:

23/02/19: albumina 3.2 cpk 165 sodio 135 potasio 3.5 cloro 101 ca 7.9 mg 1.7 leucocitos 5950 N 4580 hto 31 hb 11 plaquetas 240.000

22/02/2019 Na 135

21/02/2019 Mañana Na 119 Tarde 130

20/02/2019:

Na: 130 K: 3.22 Cl: 97.2

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: AMALAGON ANDRIANA MALAGON SIERRA

RESUMEN DE HISTORIA

Na en orina: 43

20/02/2019 Sodio 130 potasio 3.22 cloro 97.2

19/02/2019

BUN 16.3 Creatinina 0.64 Na/ 113 K 3.79 Cl 81 Mg 1.72 PCR 20.79

leucos 8270 N 73.1% L 15.1% Hto 32.8 Hb 12.2% Plaquetas 266000

TSH: 3.7

06/02/2019: -RN cerebral simple: Leucoencefalopatía microangiopática extensa confluyente supra a infratentorial. No hay edema citotóxico ni vasogénico. Cambios involutivos difusos en el volumen del encéfalo. Dolicoectasia y ateromatosis del polígono arterial. No hay signos de hemorragia reciente axial o extraaxial. No hay signos obstructivos del sistema ventricular ni colecciones. Hipófisis y pineal sin lesiones infiltrativas. Núcleos basales de señal habitual. Infartos antiguos cavitados de pequeño vaso en el hemisferio cerebeloso derecho. Globos oculares, cavidades paranasales y unión cráneo espinal sin lesiones expansivas. Opinión: Leucoencefalopatía microangiopática extensa confluyente supra a infratentorial. Cambios involutivos difusos en el volumen del encéfalo. Dolicoectasia y ateromatosis del polígono arterial. Infartos antiguos cavitados de pequeño vaso en el hemisferio cerebeloso derecho.

Análisis

Paciente de 71 años de edad, ya conocida por el servicio, con antecedente de hipertensión arterial, dislipidemia, trastorno depresivo mayor y trastorno neurocognitivo leve quien en hospitalización anterior cursó con movimientos anormales y heroagresividad como queja principal que se consideraron descompensación de tab e hiponatremia moderada crónica que resolvió con retiro de diuretico intrahospitalario. Ahora se encuentra hospitalizada por somnolencia, afectación mayor del estado de ánimo con agresividad y movimientos anormales en manos con dificultad para la marcha. Se documentó hiponatremia severa sintomática multifactorial (baja ingesta alimentaria + medicamentos) por lo que se inició reposición con solución hipertónica al 3% con cambio de sodio de 119 a 130mg en un día. Posteriormente presenta aumento del tono muscular con empeoramiento de la disfonía y disfagia orofaríngea por lo que es trasladada a UCIN con sospecha clínica de desmielinización osmótica. Además en el examen físico encuentran rigidez nuchal por lo que cubren con ceftriaxona por sospecha de neuroinfección. A la evaluación por neurología el día de hoy consideramos que se trata de una paciente con riesgo alto de desmielinización osmótica secundario a corrección rápida de sodio, clínicamente con hiperreflexia generalizada y aumento del tono muscular y somnolencia marcada. Nos encontramos a la espera de realización de RMN cerebral simple con la cual revaloraremos el día de mañana. El sodio control desde hace dos días se ha mantenido estable dentro de rangos normales. En relación con sospecha de neuroinfección, consideramos que dado que la paciente no ha presentado respuesta inflamatoria sistémica ni clínica ni paraclínica, sin focos parameningeos asociados, sin rigidez nuchal ni otros signos de meningismo presentes al examen físico. Por lo anterior se sugiere suspender ceftriaxona y por baja probabilidad de meningitis bacteriana no se indica punción lumbar por el momento. Se explica a cuidadora.

RESUMEN DE HISTORIA

Diagnósticos:

- Hiponatremia severa en reposición de causa multifactorial (medicamentos y baja ingesta).
- Sospecha de desmielinización osmótica pontina
- Delirium hiperactivo secundario
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno neurocognitivo leve
- Hipertensión arterial
- Dislipidemia

Plan

Estancia en unidad de cuidado intermedio

Ceftriaxona 2 gr c/24 hr fi 22/02/2019****Se sugiere suspender****

Hoja neurológica cada 2 horas

Pendiente RNM cerebral simple

Seguimiento por neurología clínica.

MEDICO : PABLO LORENZANA POMBO
ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA

RM: 19078948

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 23/02/2019 **HORA:** 12:40:

ver folio 207.

Solicitado por : PABLO LORENZANA POMBO
ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA

RM: 19078948

Realizado por : PABLO LORENZANA POMBO
ESPECIALIDAD: NEUROFISIOLOGIA CLINICA Y EPILEPSIA

RM: 19078948

NOTA MEDICA

FECHA: 23/02/2019 **HORA:** 15:00:35

EVOLUCIÓN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO

TURNOS TARDE 23/02/19

FI HUN: 19/02/2019

FI UCIN HUN: 22/02/2019

Constanza Lucia Ortega Vélez

71 años

CC 41422615

Diagnósticos:

1. Síndrome de alteración del sensorio

-Sospecha de desmielinización osmótica pontina (secundaria a rápida reposición de hiponatremia severa)

RESUMEN DE HISTORIA

-Hiponatremia severa corregida (uso de diuréticos- SIADH descartado)

-Menos probable neuroinfección.

2. Trastorno depresivo mayor

3. Trastorno neurocognitivo leve

4 Hipertensión arterial

5. Dislipidemia

Problemas

Persistencia de la alteración del sensorio

Agitación psicomotora intermitente

Accesos

Sonda vesical

Acceso venoso periférico

Examen físico

Paciente en aceptables condiciones generales, sin dificultad respiratoria, afebril. Somnolienta pero alertable

TA 127/80FC 61 FR 22 T 36 SO2 96%

Escleras anictéricas, conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda

Cuello sin masas, sin ingurgitación yugular, ni adenopatías

Tórax simétrico expansible, murmullo vesicular bilateral conservado no agregados, no uso de músculos accesorios, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos

Abdomen blando depresible no doloroso, no masas, no irritación peritoneal.

Extremidades con edema en pies simétrico, con fovea, perfusión distal <2 segundos

Neurológico: paciente somnolienta pero alertable , ansiosa, desorientada en espacio y tiempo, sigue

órdenes sencillas, respuesta verbal, apertura ocular espontánea, simetría facial, movimientos oculares conservados, úvula centrada, fuerza simétrica 5/5 , reflejos conservados, simétricos , sin rigidez de nuca, sin espasticidad.

Paraclínicos:

EKG turno mañana 23.02.19: Bradicardia sinusal FC 50. onda t plana en cara lateral, t negativas asimétricas en cara anterior. Sin ningún cambio con respecto a ekg ingreso a unidad.

23.02.19: cloro 101 calcio 7.9 mg 1.7 potasio 3.5 sodio 135 pck 165 albumina 3.2

hb 11.2 hto 31 leucocitos 5950neutrofilos 4580plaquetas 240000

20.2.19: sodio en orina; 43 tsh 3.7

Pendiente RM cerebral control

Análisis:

Paciente femenina de 71 años con antecedente de hipertensión arterial quien se encuentra en vigilancia en unidad de cuidado intermedio por sospecha de desmielinización osmótica pontina y riesgo de deterioro Neurológico. Tuvo hiponatremia severa al parecer por uso de diuréticos y baja ingesta y posteriormente hubo rápida corrección, cambios neurológicos actuales se explican entonces por posible desmielinización osmótica pontina, menos probable neuroinfección pues no hay clínica sugestiva, por lo cual se suspendió manejo antibiótico y se retiró aislamiento. En plan de llevarse a RM cerebral en la tarde. ayer no fue posible por la agitación, ordeno fentanilo para aplicar a dosis de sedación en caso que presente agitación durante el examen.

Pendiente valoración por psiquiatría por componente de delirium hiperactivo asociado. En turno de la mañana presento FC 50 asintomática , sin cambios dinámicos en ekg.

Plan:

Estancia en unidad de cuidado intermedio

dieta blanda

SSN 40 cc/hr

Losartan 50 mg vo c/12 hr

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: AMALAGON, DRIANA MALAGON SIERRA

RESUMEN DE HISTORIA

Trazodona 50 mg /noche
Hoja neurológica cada 2 horas
Pendiente RNM cerebral simple y contrastada
Pendiente revaloración psiquiatría
Control de signos vitales, avisar cambios

MEDICO : MANUELA RUBIO RIVERA

RM: 1036617596

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 24/02/2019 HORA: 11:28:58

EVOLUCIÓN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO

TURNO TARDE 23/02/19

FI HUN: 19/02/2019

FI UCIN HUN: 22/02/2019

Constanza Lucia Ortega Vélez

71 años

CC 41422615

Diagnósticos:

1. Síndrome de alteración del sensorio

-Sospecha de desmielinización osmótica pontina (secundaria a rápida reposición de hiponatremia severa)

-Hiponatremia severa corregida (uso de diuréticos- SIADH descartado)

-Delirium hiperactivo

-Neuroinfección descartada .

2. Trastorno depresivo mayor

3. Trastorno neurocognitivo leve

4 Hipertensión arterial

5. Dislipidemia

Problemas

Persistencia de la alteración del sensorio

Agitación psicomotora

Secuelas neurológicas a determinar

Accesos

Sonda vesical

Acceso venoso periférico

Examen físico

HA permanecido muy agitada y ansiosa durante la mañana, desorientada, sin fiebre.

TA 131/74/117 FC 90 FR 16 T 36 SO2 96%

LA LE Balance GU

Escleras anictéricas, conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda . Cuello sin masas, sin ingurgitación yugular, ni adenopatías.

Tórax simétrico expansible, murmullo vesicular bilateral conservado no agregados, no uso de músculos accesorios, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos

Abdomen blando depresible no doloroso, no masas, no irritación peritoneal.

Extremidades con edema en pies simétrico, con fovea, perfusión distal <2 segundos

Neurológico: paciente muy ansiosa y con agitación psicomotora, desorientada en espacio y tiempo, sigue órdenes sencillas, respuesta verbal, apertura ocular espontánea, simetría facial, movimientos oculares conservados, úvula centrada, fuerza simétrica 5/5 ,

RESUMEN DE HISTORIA

reflejos conservados, simétricos, sin rigidez de nuca, sin espasticidad.

Paraclínicos:

*24.02.19: sodio 135 leucocitos 6810 neutrofilos 5190 linfocitos 900 plaquetas 244000

Pendiente reporte de RM cerebral simple y contrastada realizada ayer

EKG 23.02.19: Bradicardia sinusal FC 50. onda t plana en cara

lateral, t negativas asimétricas en cara anterior. Sin ningún cambio con respecto a ekg ingreso a unidad.

23.02.19: cloro 101 calcio 7.9 mg 1.7 potasio 3.5 sodio 135 pck 165 albumina 3.2

hb 11.2 hto 31 leucocitos 5950 neutrofilos 4580 plaquetas 240000

20.2.19: sodio en orina; 43 tsh 3.7

Análisis:

Paciente femenina de 71 años con antecedente de hipertensión arterial quien se encuentra en vigilancia en unidad de cuidado intermedio por sospecha de desmielinización osmótica pontina y riesgo de deterioro Neurológico. Tuvo hiponatremia severa al parecer por uso de diuréticos y baja ingesta con rápida corrección y posteriormente nuevo deterioro neurológico. Ya se realizó RM cerebral para objetivar posible diagnóstico de desmielinización osmótica pontina, pendiente lectura, por ahora sodio en metas y sin cambios abruptos. También hay componente de delirium hiperactivo en contexto de paciente adulta mayor con alteraciones hidroelectrolíticas asociadas y antecedente de trastorno depresivo, esta pendiente valoración por psiquiatría y por ahora se inician dosis bajas de haloperidol. Pendiente concepto de neurología acerca de neuro imágenes.

Plan:

Estancia en unidad de cuidado intermedio

dieta blanda

SSN 40 cc/hr

Losartan 50 mg vo c/12 hr

Trazodona 50 mg /noche

haloperidol 5 gotas cada 8 horas

Hoja neurológica cada 2 horas

Pendiente lectura RNM cerebral simple y contrastada

Pendiente revaloración psiquiatría

MEDICO : MANUELA RUBIO RIVERA

RM: 1036617596

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 24/02/2019 HORA: 13:51:48

Seguimiento Neurología Clínica

Constanza Ortega

cc41422615

FI HUN 19/02/2019

Paciente de 71 años de edad con diagnósticos de:

1. Hiponatremia severa corregida (baja ingesta-medicamentos)
 - 1.1 Desmielinización osmótica ?
2. Leucoencefalopatía microangiopática extensa
3. Trastorno neurocognitivo leve
4. Trastorno depresivo mayor

RESUMEN DE HISTORIA

- 5. Hipertensión arterial controlada
- 6. Dislipidemia

Subjetivo: Paciente en compañía de la cuidadora, refiere sensación de debilidad en todo el cuerpo, sin dolor, sin cefalea, sin escalofríos, sin fiebre, muy ansiosa a la valoración.

Objetivo:

Paciente en aceptables condiciones generales, con signos vitales de :

TA 156/78 MMHG FC 52 FR 14 SAT 99% FIO2 0.21 TEMP 35.8°C

Escleras anictéricas, conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda

Cuello sin masas, sin ingurgitación yugular, ni adenopatías

Tórax simétrico expansible, murmullo vesicular bilateral conservado no agregados, no uso de músculos accesorios, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos

Abdomen blando depresible no doloroso, no masas, no irritación peritoneal.

Extremidades con edema en pies simétrico, con fovea, perfusión distal <2 segundos

Neurológico:

Esfera mental: Alerta, orientada en persona, desorientada en tiempo y lugar, sigue órdenes sencillas, bradipsíquica, bradilálica, ansiosa durante la valoración

Pares craneanos: Isocoria normorreactiva bilateral, movimientos oculares con paresia de oblicuo superior, resto de pares craneanos normales, simetría facial, sensibilidad facial conservada, mejoría de la disfonía.

Fuerza ? en extremidades superiores, ? en extremidades inferiores, con temblor asimétrico bilateral, hipertonia generalizada, trófismo disminuido, RMN +++/++++ bicipital, estilorrádial, pectoral y rotuliano derecho, RMN ++/++++ en hemicuerpo izquierdo. Babinsky bilateral positivo. Sensibilidad superficial conservada. Hoffman izquierdo positivo. Sin clonus inducible.

Signos meníngeos: sin rigidez nuchal, sin kernig ni brudzinsky.

Marcha no evaluada.

Paraclínicos:

23/02/19: RMN cerebral: no se observan cambios agudos en relación con estudio anterior del 06/02/19

sodio en orina 98 volumen orina 24h 3.100

24/02/19: sodio 135 leucocitos 9810 N 5190 hto 34 hb 12.3 plaquetas 244.000

06/02/2019: -RN cerebral simple: Leucoencefalopatía microangiopática extensa confluyente supra a infratentorial. No hay edema citotóxico ni vasogénico. Cambios involutivos difusos en el volumen del encéfalo.

Dolicoectasia y ateromatosis del polígono arterial. No hay signos de hemorragia reciente axial o extraaxial.

No hay signos obstructivos del sistema ventricular ni colecciones. Hipófisis y pineal sin lesiones infiltrativas. Núcleos basales de señal habitual. Infartos antiguos cavitados de pequeño vaso en el hemisferio cerebeloso derecho. Globos oculares, cavidades paranasales y unión cráneo espinal sin lesiones expansivas.

Opinión: Leucoencefalopatía microangiopática extensa confluyente supra a infratentorial. Cambios involutivos difusos en el volumen del encéfalo. Dolicoectasia y ateromatosis del polígono arterial. Infartos antiguos cavitados de pequeño vaso en el hemisferio cerebeloso derecho.

Análisis:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: AMALAGON ANDRIANA MALAGON SIERRA

RESUMEN DE HISTORIA

Paciente de 71 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad de sustancia blanca de pequeño vaso, trastorno depresivo mayor y trastorno neurocognitivo leve, quien se encuentra en seguimiento por nuestro servicio por cambios neurológicos agudos con síndrome de motoneurona superior, empeoramiento de disfagia y disfonía, cuya sospecha clínica inicial fue la de desmielinización osmótica secundaria a reposición rápida de sodio. Clínicamente el día de hoy los niveles de sodio se han mantenido estables dentro de límites normales desde hace 3 días, persiste desorientada, muy ansiosa con agitación psicomotora leve, piramidalismo bilateral con aumento del tono de 4 extremidades, hiperreflexia generalizada y respuesta plantar extensora bilateral. Se solicitó RMN cerebral de control que no evidencia cambios agudos en relación con estudio previo del 06/02/19, lo cual no descarta que el empeoramiento de la sintomatología haya sido secundario a desmielinización ya que los cambios imagenológicos son reversibles. Por otro lado hay que tener en cuenta que el aumento del tono muscular, la hiperreflexia generalizada y respuesta plantar extensora pueden estar en relación con enfermedad de sustancia blanca de pequeño vaso de etiología microangiopática la cual se había evidenciado en hospitalización anterior en RMN previa. De igual manera, consideramos que actualmente puede estar cursando con un delirium hiperactivo en relación con hospitalización y trastorno hidroelectrolítico en corrección. Cabe aclarar que el temblor bilateral de la paciente es asimétrico, no estereotipado, por lo que no corresponde con actividad ictal de acuerdo a esta clínica. Por parte de neurología sin intervenciones adicionales por realizar por lo que se cierra interconsulta. Estaremos atentos a nuevo llamado de ser necesario

Plan:

- Se cierra interconsulta por neurología
- Cita ambulatoria por neurología con estudios neuropsicológicos.

MEDICO : PABLO LORENZANA POMBO
ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA

RM: 19078948

NOTA MEDICA

FECHA: 24/02/2019 **HORA:** 16:23:41
se abre folio por error

MEDICO : NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS
ESPECIALIDAD: CIRUGIA DE COLUMNA

RM: 80110695

NOTA MEDICA

FECHA: 24/02/2019 **HORA:** 16:24:11
EVOLUCIÓN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO
TURNO TARDE 24/02/19
FI HUN: 19/02/2019
FI UCIN HUN: 22/02/2019
Constanza Lucia Ortega Vélez
71 años
CC 41422615
Diagnósticos:
1. Síndrome de alteración del sensorio
-Sospecha de desmielinización osmótica pontina (secundaria a rápida reposición de hiponatremia severa)
-Hiponatremia severa corregida (uso de diuréticos- SIADH descartado)
-Delirium hiperactivo
-Neuroinfección descartada .

RESUMEN DE HISTORIA

2. Trastorno depresivo mayor

3. Trastorno neurocognitivo leve

-Enfermedad microangiopática de base

4 Hipertensión arterial

5. Dislipidemia

Problemas

Persistencia de la alteración del sensorio

Agitación psicomotora

Secuelas neurológicas a determinar

Accesos

Sonda vesical

Acceso venoso periférico

Examen físico

Con agitación psicomotora, disminuyo parcialmente con haloperidol.

TA 160/84/92 FC 86 FR 18 T 36.8 SO2 96%

Gast urinario 6 horas: 0.5 cc/kg/ h

Escleras anictéricas, conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda . Cuello sin masas, sin ingurgitación yugular, ni adenopatías.

Tórax simétrico expansible, murmullo vesicular bilateral conservado no agregados, no uso de músculos accesorios, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos

Abdomen blando depresible no doloroso, no masas, no irritación peritoneal.

Extremidades con edema en pies simétrico, con fovea, perfusión distal <2 segundos

Neurológico: paciente muy ansiosa y con agitación psicomotora, desorientada en espacio y tiempo, sigue órdenes sencillas, respuesta verbal, apertura ocular espontánea, simetría facial, movimientos oculares conservados, úvula centrada, fuerza simétrica 5/5 , reflejos conservados, simétricos , sin rigidez de nuca, hiperreflexia bilateral, Babinsky bilateral positivo.

Paraclínicos:

*24.02.19: sodio 135 leucocitos 6810 neutrofilos 5190 linfocitos 900 plaquetas 244000

sodio en orina 98 volumen orina 24h 3.100

Pendiente reporte de RM cerebral simple y contrastada realizada ayer

EKG 23.02.19: Bradicardia sinusal FC 50. onda t plana en cara lateral, t negativas asimétricas en cara anterior. Sin ningún cambio con respecto a ekg ingreso a unidad.

23.02.19: cloro 101 calcio 7.9 mg 1.7 potasio 3.5 sodio 135 pck 165 albumina 3.2

hb 11.2 hto 31 leucocitos 5950 neutrofilos 4580 plaquetas 240000

20.2.19: sodio en orina aislada 43 tsh 3.7

Concepto neurología: Se solicitó RMN cerebral de control que no evidencia cambios agudos en relación con estudio previo del 06/02/19, lo cual no descarta que el empeoramiento de la sintomatología haya sido secundario a desmielinización ya que los cambios imagenológicos son reversibles. Por otro lado hay que tener en cuenta que el aumento del tono muscular, la hiperreflexia generalizada y respuesta plantar extensora pueden estar en relación con enfermedad de sustancia blanca de pequeño vaso de etiología microangiopática la cual se había evidenciado en hospitalización anterior en RMN previa. De igual manera, consideramos que actualmente puede estar cursando con un delirium hiperactivo en relación con hospitalización y trastorno hidroelectrolítico en corrección. Cabe aclarar que el temblor bilateral de la paciente es asimétrico, no estereotipado, por lo que no corresponde con actividad ictal de acuerdo a esta clínica. Por parte de neurología sin intervenciones adicionales por realizar por lo que se cierra interconsulta. Estaremos atentos a nuevo llamado de ser necesario.

RESUMEN DE HISTORIA

Análisis:

Paciente femenina de 71 años con antecedente de hipertensión arterial quien se encuentra en vigilancia en unidad de cuidado intermedio por sospecha de desmielinización osmótica pontina y riesgo de deterioro Neurológico. Tuvo

hiponatremia con rápida corrección y posteriormente nuevo deterioro neurológico. Ya se realizó RM cerebral para objetivar posible diagnóstico de desmielinización osmótica

pontina, pendiente lectura oficial por radiología, sin cambios observados por parte de neurología, pero esto no descarta el diagnóstico puesto que las imágenes pueden ser reversibles, ha mantenido sodio en metas y sin nuevos cambios abruptos. Con respecto a la etiología de su hiponatremia, es una situación que venía presentándose desde hospitalización pasada, en la cual se ajustaron medicamentos y se suspendió hctz y sertralina, ya fue valorada por endocrinología quienes consideran esta es la causa de la hiponatremia, descartan SIADH. Tiene sodio en orina aumentado, puede ser por excreción inducida en el caso del diurético, pero teniendo en cuenta que este ya se suspendió debe considerarse causa intrínseca renal o endocrinológica una vez la paciente se encuentra más estable para realizar estudios adicionales.

También hay componente de delirium hiperactivo en contexto de paciente adulta mayor con alteraciones hidroelectrolíticas asociadas y antecedente de trastorno depresivo, se inició haloperidol a dosis bajas con parcial respuesta, esta pendiente valoración por psiquiatría.

Plan:

Estancia en unidad de cuidado intermedio

dieta blanda

SSN 40 cc/hr

Losartan 50 mg vo c/12 hr

Trazodona 50 mg /noche

haloperidol 5 gotas cada 8 horas

Hoja neurológica cada 2 horas

Pendiente lectura RNM cerebral simple y contrastada

Pendiente revaloración psiquiatría

MEDICO : MANUELA RUBIO RIVERA

RM: 1036617596

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 25/02/2019 **HORA:** 09:28:55

RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRÍA

Edad: 71 años

Natural: Bogotá

Procedente: Bogotá

Ocupación: trabajó en idiomas

Vive sola.

Es entrevistada en compañía de cuidadora.

Diagnósticos

1. Síndrome de alteración del sensorio

-Sospecha de desmielinización osmótica pontina (secundaria a rápida reposición de hiponatremia severa)

-Hiponatremia severa corregida (uso de diuréticos- SIADH descartado)

-Delirium mixto de predominio hiperactivo

-Neuroinfección descartada

RESUMEN DE HISTORIA

2. Trastorno depresivo mayor
3. Trastorno neurocognitivo leve
- Enfermedad microangiopática de base
- 4 Hipertensión arterial
5. Dislipidemia

Motivo de interconsulta. "Alteración del sensorio".

Enfermedad actual: Paciente quien ya es conocida por nuestro servicio, quién ingresa a hospitalización actual por hiponatremia dado lo cual se suspende Sertralina por parte de nuestra especialidad, servicio tratante inicia corrección hidroelectrolítica. Curso con episodios de ansiedad e insomnio de conciliación por lo que se inicia Trazodona, sin embargo paciente persiste con ansiedad e incluso presenta alteraciones comportamentales. La cuidadora comenta que la noche anterior se retira accesos venosos por lo que deciden realizar inmovilización física en extremidades superiores.

EXAMEN MENTAL: Paciente evaluada en cama 2 de UCIM, inmovilización física en miembros superiores. somnolienta, orientada en persona, desorientada en espacio y tiempo, hipoproséxica, sin ideas delirantes, afecto embotado, no impresiona alucinada, introspección y prospección inciertas, juicio comprometido.

ANÁLISIS: Paciente con síntomas neurocognitivos de larga data que se agudizan en últimos días en relación con trastorno electrolítico, con síntomas confusionales y comportamentales compatibles con delirium mixto de predominio hiperactivo. Dado lo anterior se decide suspender Trazodona y se optimiza dosis de Haloperidol. Continuaremos atentos por parte de nuestro servicio.

PLAN

Trazodona SUSPENDER
Haloperidol 2 mg/ml 10-0-20 gotas
Haloperidol 2.5 mg IM en caso de agitación psicomotora.
Seguimiento por Psiquiatría.

MEDICO : MIGUEL COTE MENENDEZ
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 19476924

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 25/02/2019 **HORA:** 09:29:

ver folio en hc.

Solicitado por : MIGUEL COTE MENENDEZ
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 19476924

Realizado por : MIGUEL COTE MENENDEZ
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 19476924

NOTA MEDICA

FECHA: 25/02/2019 **HORA:** 10:40:19
EVOLUCIÓN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO
TURNO MAÑANA 25/02/2019
FI HUN: 19/02/2019

RESUMEN DE HISTORIA

FI UCIN HUN: 22/02/2019

Constanza Lucia Ortega Vélez
71 años
CC 41422615

Diagnósticos:

1. Síndrome de alteración del sensorio
-Sospecha de desmielinización osmótica pontina (secundaria a rápida reposición de hiponatremia severa)
-Hiponatremia severa corregida (uso de diuréticos- SIADH descartado)
-Delirium hiperactivo
-Neuroinfección descartada .
2. Trastorno depresivo mayor
3. Trastorno neurocognitivo leve
-Enfermedad microangiopática de base
- 4 Hipertensión arterial
5. Dislipidemia

Problemas

Persistencia de la alteración del sensorio
Agitación psicomotora en manejo
Secuelas neurológicas a determinar

Accesos

Sonda vesical
Acceso venoso periférico

Examen físico

Con mejoría de agitación psicomotora, disminuyó parcialmente con haloperidol.
TA 96/55/68 mmhg FC 86 FR 20 T 36.8 SO2 93%
Gasto urinario 6 horas: 0.6 cc/kg/ h
Escleras anictéricas, conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda . Cuello sin masas, sin ingurgitación yugular, ni adenopatías.
Tórax simétrico expansible, murmullo vesicular bilateral conservado no agregados, no uso de músculos accesorios, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos
Abdomen blando depresible no doloroso, no masas, no irritación peritoneal.
Extremidades con edema en pies simétrico, con fóvea, perfusión distal <2 segundos
Neurológico: paciente tranquila, somnolienta pero fácilmente alertable, desorientada en espacio y tiempo, sigue órdenes sencillas, respuesta verbal, apertura ocular espontánea, simetría facial, movimientos oculares conservados, úvula centrada, fuerza simétrica 5/5 , reflejos conservados, simétricos , sin rigidez de nuca, hiperreflexia bilateral, Babinski bilateral positivo.

Paraclínicos:

25/02/2019: BUN 12.2 Creatinina 0.66 Na 136 K 3.82 Cl 103

*24.02.19: sodio 135 leucocitos 6810 neutrofilos 5190 linfocitos 900 plaquetas
244000

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: AMALAGON ANDRIANA MALAGON SIERRA

RESUMEN DE HISTORIA

sodio en orina 98 volumen orina 24h 3.100
Pendiente reporte de RM cerebral simple y contrastada realizada ayer
EKG 23.02.19: Bradicardia sinusal FC 50. onda t plana en cara lateral, t negativas asimétricas en cara anterior. Sin ningún cambio con respecto a ekg ingreso a unidad.
23.02.19: cloro 101 calcio 7.9 mg 1.7 potasio 3.5 sodio 135 pck 165 albumina 3.2
hb 11.2 hto 31 leucocitos 5950 neutrofilos 4580 plaquetas 240000
20.2.19: sodio en orina aislada 43 tsh 3.7

Concepto neurología: Se solicitó RMN cerebral de control que no evidencia cambios agudos en relación con estudio previo del 06/02/19, lo cual no descarta que el empeoramiento de la sintomatología haya sido secundario a desmielinización ya que los cambios imagenológicos son reversibles. Por otro lado hay que tener en cuenta que el aumento del tono muscular, la hiperreflexia generalizada y respuesta plantar extensora pueden estar en relación con enfermedad de sustancia blanca de pequeño vaso de etiología microangiopática la cual se había evidenciado en hospitalización anterior en RMN previa. De igual manera, consideramos que actualmente puede estar cursando con un delirium hiperactivo en relación con hospitalización y trastorno hidroelectrolítico en corrección. Cabe aclarar que el temblor bilateral de la paciente es asimétrico, no estereotipado, por lo que no corresponde con actividad ictal de acuerdo a esta clínica. Por parte de neurología sin intervenciones adicionales por realizar por lo que se cierra interconsulta. Estaremos atentos a nuevo llamado de ser necesario.

PSIQUIATRÍA 25/02/2019 Paciente con síntomas neurocognitivos de larga data que se agudizan en últimos días en relación con trastorno electrolítico, con síntomas confusionales y comportamentales compatibles con delirium mixto de predominio hiperactivo. Dado lo anterior se decide suspender Trazodona y se optimiza dosis de Haloperidol. Continuaremos atentos por parte de nuestro servicio.
Haloperidol 2 mg/ml 10-0-20 gotas
Haloperidol 2.5 mg IM en caso de agitación psicomotora.

Análisis:

Paciente femenina de 71 años con antecedente de hipertensión arterial quien se encuentra en vigilancia en unidad de cuidado intermedio por sospecha de desmielinización osmótica pontina y riesgo de deterioro Neurológico. Tuvo hiponatremia con rápida corrección y posteriormente nuevo deterioro neurológico. Ya se realizó RM cerebral, pendiente lectura oficial por radiología, sin cambios observados por parte de neurología. En estudio etiológico se suspendió hidroclorotiazida y sertralina, ya fue valorada por endocrinología quienes descartan SIADH. Valorada por Psiquiatría quienes ordenan suspensión de trazodona y ajustan manejo para delirium hiperactivo con haloperidol. Presenta sodio sérico en rango normal durante más de 48 horas, sin nuevos episodios de cambio abrupto en concentración. Por estabilidad clínica, sin requerimiento de soportes, sin alteraciones adicionales se indica continuar atención en piso. Se explica a cuidadora.

Plan:

Traslado a piso
Dieta blanda
SSN 40 cc/hr
Losartan 50 mg vo c/12 hr
Trazodona SUSPENDER
Haloperidol 10 gotas vo am y 20 gotas vo pm
Hoja neurológica cada 2 horas

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: AMALAGON, ANDRIANA MALAGON SIERRA

RESUMEN DE HISTORIA

Pendiente lectura RNM cerebral simple y contrastada REALIZADA EL 22/02/2019

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO

RM: 91106137

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 25/02/2019 HORA: 17:10:48

*****Ingreso Medicina interna 25/02/19*****

Ingreso Hospitalización actual: 19/02/19

Hospitalización previa: 04-08/02/2019

Natural y Procedente de Bogotá

Ocupación: cesante (secretaria)

Soltera, sin hijos

Fuente de la historia: datos de historia clínica. Paciente mal informante, acompañante (auxiliar de enfermería) la conoce desde hoy, mala calidad de información.

MC: Ingreso de UCIn

EA:

Paciente previamente hospitalizada en la institución desde el 04/02/19 hasta el 08/02/19 por cuadro de por cuadro de 1 mes de evolución de movimientos mioclonicos de extremidades izquierdas, asincrónicos, de aparición súbita, de corta duración, asociados a heteroagresividad. El 01/02/19 su familia la encuentra con movimientos anormales y somnolencia por lo cual consultan. En la hospitalización previa estuvo con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, Trastorno neurocognitivo leve, Hiponatremia por diuréticos. Se realiza RMN cerebral que reporta 06/02/19: Leucoencefalopatía microangiopática extensa confluyente supra a infratentorial, Infartos antiguos cavitados de pequeño vaso en el hemisferio cerebeloso derecho. Neurología valora y da de alta al concluir que "En el examen físico con compromiso del afecto pero con marcada mejoría, cognición sin grandes déficits, y hallazgos piramidales bilaterales, que se correlacionan con enfermedad de sustancia blanca encontrada en resonancia cerebral...", dan de alta con manejo y seguimiento ambulatorio y sodio de control. Ambulatoriamente la paciente persiste sintomática, con alteración del estado de conciencia, disfunción social, por lo que es llevada el 18/02/2019 a Clínica Campo Abierto para hospitalización, allí encuentran sodio de 119 y trasladan a Puente Aranda donde al verificar alteración en sodio remiten a HUN para manejo.

Durante La hospitalización actual se inicio reposición de sodio con cambio brusco en los niveles del mismo, posterior a esto con empeoramiento de síntomas neurológicos por lo que se sospecha síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) por hiponatremia euvolémica, con sodio urinario bajo, no es claro el estudio con supresión de agua para SIADH. Se lleva a UCIn donde hacen monitorización neurológica, se estabilizan niveles de sodio. Psiquiatría da diagnóstico de delirium mixto de predominio hiperactivo, retira medicamentos que puedan empeorar este cuadro y generar hiponatremia y persiste en seguimiento. Endocrinología concluye que la hiponatremia es por causa medicamentosa y baja ingesta y cierra interconsulta. Nueva RMN cerebral reporta que no hay signos de mielolisis pontica pero neurología hace énfasis en que los cambios pueden ser transitorios y no ser vistos en RMN de control. Además sugiere "por otro lado hay que tener en cuenta que el aumento del tono muscular, la hiperreflexia generalizada y respuesta plantar extensora pueden estar en relación con enfermedad de sustancia blanca de pequeño vaso de etiología microangiopática la cual se había evidenciado en hospitalización anterior en RMN previa" y cierran interconsulta.

Antecedentes:

1. Patológicos: HTA, dislipidemia mixta, artrosis severa de rodilla izquierda, arritmia cardiaca, trastorno depresivo ansioso?, trastorno neurocognitivo leve, síndrome de intestino irritable.
2. Farmacológicos: verapamilo 80 mg/bid, losartan 50 mg/bid, sertralina 50 mg/día

RESUMEN DE HISTORIA

3. Quirúrgicos: osteotomía de coxis, amigdalectomía
4. Traumáticos: no reportados
5. Alérgicos: gentamicina
6. Tóxicos: no reportados
7. Transfusiones: no reportados
8. Hospitalizaciones: entre el 02/02/2019 y el 08/02/2019 en nuestra institución por delirium multifactorial e hiponatremia asociada a diurético
9. Ginecológicos: G0P0
10. Familiares: madre enfermedad de Alzheimer, hermano enfermedad psiquiátrica (se desconoce cual)

Examen físico:

Paciente en regulares condiciones generales, alerta, desorientada en tiempo y espacio, orientada en persona, con posición rígida con miembro superior derecho a 45° durante el 50% de la valoración.

PA 160/80, FC 67, FR 15, SO2 94% con FIO2 0.28.

Isocoria normorreactiva, escleras anictéricas, , movimientos oculares conjugados presentes. Disfonia, cuello móvil, sin masas.

Ruidos cardiacos arrítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin sobreagregados, sin uso de músculos accesorios.

Abdomen plano, peristaltismo presente, sin masas ni megalias, dolor a la palpación en cuadrante superior derecho, signo de murphy negativo. Sin signos de irritación peritoneal.

Extremidades móviles, con aumento del tono en las 4 extremidades de predominio en hemicuerpo izquierdo, sin edemas, llenado capilar menor de 2 segundos, temblor en manos

Neurológico: Bradipsiquia, bradilalia, habla en voz baja, ROT ++/++++ bicipital y rotuliano izquierdo. ROT +++/++++ bicipital y rotuliano derecho. Babinsky bilateral presente.

Paraclínicos recientes:

25/02/19:

BUN 12.2, creatinina 0.66

Sodio 136, potasio 3.82, cloro 103.1

25/02/19: RMN cerebral. Conclusión: Infartos antiguos cerebelosos. Leucoencefalopatía microangiopática confluyente. Cambios involutivos del parénquima encefálico, con afectación particular temporal mesial. No se identifican focos de hemorragia, tampoco edema citotóxico. No hay signos que indiquen mielinólisis pontina

Diagnósticos:

1. Síndrome de alteración del sensorio
 - Sospecha de desmielinización osmótica pontina (secundaria a rápida reposición de hiponatremia severa)
 - Hiponatremia severa corregida (uso de diuréticos- SIADH descartado)
 - Delirium hiperactivo
 - Neuroinfección descartada .
2. Trastorno depresivo mayor
3. Trastorno neurocognitivo leve
 - Enfermedad microangiopática de base
- 4 Hipertensión arterial
5. Dislipidemia

Análisis:

Paciente previamente conocida por el servicio de medicina interna, hospitalizada por hiponatremia severa

RESUMEN DE HISTORIA

sinomática (alteración del estado de conciencia) y delirium hiperactivo, además con antecedente personal de trastorno depresivo mayor, trastorno cognitivo leve, enfermedad microangiopática que compromete sustancia blanca e HTA. Con sospecha de mielinolisis pontina por reposición rápida de sodio, sin cambios en RMN cerebral respecto a la previa pero neurología hace énfasis que estos cambios pueden ser transitorios y no verse en la imagen, también refieren que los otros hallazgos neurológicos como el aumento del tono muscular, la hiperreflexia generalizada y respuesta plantar extensora pueden estar en relación con enfermedad de sustancia blanca de pequeño vaso de etiología microangiopática previamente descrito. En el momento con sodio estable con infusión de SSN 40cc/hr. No es claro el descarte del SIADH, pero paciente estable respecto al sodio. Psiquiatría retiró medicamentos que empeoran el delirium y continua en seguimiento con ellos. Paciente en el momento estable hemodinámicamente, sin SIRS, desorientada, con rigidez y temblor distal, sin empeoramiento de estado neurológico tomando como base examen físico previo de historia clínica. Se solicita Rx de tórax en busca de patología pulmonar, sodio de control y cortisol para continuar estudio de hiponatremia pues paciente llevar varios días sin diuréticos y a pesar de eso el sodio fluctúa sin infusión de SSN. Se explica esto a paciente y a cuidadores quienes dicen entender y aceptar.

Plan:

Hospitalizar por medicina interna
Acompañante permanente
Dieta blanda
SSN 40 cc/hr
Losartan 50 mg vo c/12 hr
Haloperidol 10 gotas vo am y 20 gotas vo pm
Hoja neurológica cada 2 horas
SS sodio, cortisol, Rx de torax portatil
Control de signos vitales, avisar cambios

MEDICO : HUGO ALBERTO FAJARDO RODRIGUEZ

RM: 19297986

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 26/02/2019 **HORA:** 10:19:07

*****EVOLUCIÓN PSIQUIATRÍA*****

Paciente femenina de 71 años con diagnósticos

1. Delirium mixto
 - Sospecha de desmielinización osmótica pontina (secundaria a rápida reposición de hiponatremia severa)
 - Hiponatremia severa corregida (uso de diuréticos- SIADH descartado)
 - Delirium mixto de predominio hiperactivo
 - Neuroinfección descartada
2. Trastorno depresivo mayor
3. Trastorno neurocognitivo leve
 - Enfermedad microangiopática de base
- 4 Hipertensión arterial
5. Dislipidemia

S/ Paciente en compañía de cuidadora quién dice que pasó la noche tranquila pero que la ha notado con debilidad especialmente en piernas.

RESUMEN DE HISTORIA

EXAMEN MENTAL: Paciente evaluada en cama 218 de hospitalización, somnolienta, orientada en persona, desorientada en espacio y tiempo, hipoproséxica, sin ideas delirantes, afecto embotado, no impresiona alucinada, introspección y prospección inciertas, juicio comprometido.

ANÁLISIS: Paciente quién síntomas confusionales y comportamentales compatibles con delirium mixto primando a la valoración actual síntomas hipoactivas, por lo que se reajusta dosis de Haloperidol. Continúa en seguimiento por Psiquiatría

PLAN

Haloperidol 2 mg/ml 5-0-10 gotas (se disminuye)
Haloperidol 2.5 mg IM en caso de agitación psicomotora.
Seguimiento por Psiquiatría.

MEDICO : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 26/02/2019 **HORA:** 11:57:12

****Evolución medicina interna 26/02/2019 ****

FI 19/02/19

Constanza Ortega Vélez, de 71 años de edad, en 7mo día de hospitalización con diagnóstico de:

1. Síndrome de alteración del sensorio
 - 1.1 Sospecha de desmielinización osmótica (secundaria a reposición de hiponatremia severa)
 - 1.2 Hiponatremia severa corregida (uso de diuréticos- SIADH descartado)
 - 1.3 Delirium hipoactivo
2. Trastorno depresivo mayor
3. Trastorno neurocognitivo leve
 - 3.1 Enfermedad microangiopática de base
4. Hipertensión arterial
5. Dislipidemia

Subjetivo: Paciente en regular condición general, en cama, somnolienta, con movilidad disminuida. Refiere tos durante la ingesta de alimentos. Refiere polaquiuria, tenesmo rectal, movimientos anormales en miembros inferiores y superiores durante la noche.

Acompañante refiere nistagmos oculares durante la noche anterior e hipertonía durante de la bipedestación.

Refiere dificultades para conciliar el sueño.

Objetivo:

Signos vitales: TA: 128/80; FC: 66; Saturación: 97% (FiO2 0,28); Temperatura: 36,1°C; Frecuencia respiratoria: 24.

Cabeza y cuello: Cuero cabelludo de adecuada implantación, no evidencia de masas, ni megalias, conjuntivas anictéricas, pupilas normoreactivas, movimientos oculares conjugados presentes, mucosa oral rosada. Disfonía, cuello sin adenopatías, ni masas, móvil.

Tórax: normoexpansible, simétrico, sin evidencia de cicatrices, ni lesiones. Durante la auscultación murmullo vesicular disminuido, sin sobreagregados. Ruidos cardíacos arrítmicos, sin soplos ni sobreagregados. No se evidencia utilización de músculos accesorios.

RESUMEN DE HISTORIA

Abdomen: simétrico, sin evidencia de cicatrices, ni lesiones. Blando, sin dolor a la palpación profunda.
Ruidos hidroaéreos presentes, sin masa s ni megalias.
Extremidades: móviles, llenado capilar menor a dos segundos. Catéter venoso periférico en antebrazo derecho sin signos de flebitis, sin edemas.
Neurológico: Bradipsíquica, bradilálica, desorientada en tiempo y espacio, orientada en persona. Reflejos osteotendinosos en miembros superiores: derecho ++/++++. izquierdo +++/++++. Babinsky negativo, hiperreactividad durante valoración de ROT.
Aumento del tono en las 4 extremidades de predominio en hemicuerpo izquierdo.

Análisis:

Paciente de 71 años, hospitalizada por hiponatremia severa sintomática la cual ya fue resuelta (alteración del estado de conciencia), a quien se le sospecha SIADH como causante de la hiponatremia, pendiente terminar estudios. Además, con diagnóstico de delirium, trastorno depresivo mayor, trastorno cognitivo leve, enfermedad microangiopática que compromete sustancia blanca e HTA. Con sospecha de desmielinización osmótica sin cambios en RMN cerebral respecto a la previa pero neurología hace énfasis que estos cambios pueden ser transitorios y no verse en la imagen, también refieren que los otros hallazgos neurológicos como el aumento del tono muscular, la hiperreflexia generalizada y respuesta plantar extensora pueden estar en relación con enfermedad de sustancia blanca de pequeño vaso de etiología microangiopática previamente descrito. Actualmente estable hemodinámicamente, sin SIRS, persiste desorientada en tiempo y espacio, interactúa un poco más con el medio. Pendiente cortisol para estudio de SIADH, tiene sodio urinario en 43 que concuerda con la impresión diagnóstica, esto podría estar en relación a alteraciones en SNC descritas previamente. Se decide disminuir infusión de SSN y ver comportamiento de sodio mañana. Se suspende vía oral pues ha descrito tos durante la ingesta de alimentos, y se solicita valoración por fonoaudiología y además, por terapia física. Se explica a acompañante y paciente quien dice entender y aceptar.

Plan:

Hospitalizar por medicina interna
Acompañante permanente
Nada vía oral hasta valoración por fonoaudiología. ****riesgo de broncoaspiración ****
SSN 40 cc/hr , y cuando fonoaudiología autorice dieta, disminuir a 30 cc/hr ***
Losartan 50 mg vo c/12 hr
Haloperidol 2 mg/ml 5-0-10 gotas ***Cambio***
Haloperidol 2.5 mg IM en caso de agitación psicomotora.
Hoja neurológica cada 2 horas
SS gram de orina, uroanálisis
SS sodio y potasio de control para mañana
SS Valoración por fonoaudiología y terapia física.
P/ cortisol
Control de signos vitales, avisar cambios
Continúa seguimiento por psiquiatría.

MEDICO : JAIRO ALBERTO MORANTES CABALLERO
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

RM: 151405

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 26/02/2019 **HORA:** 14:52:

interconsulta ya resuelta ver folio del 24/02/19.

RESUMEN DE HISTORIA

Solicitado por : JAIRO ALBERTO MORANTES CABALLERO **RM:** 151405
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA
Realizado por : RODRIGO PARDO TURRIAGO **RM:** 6309
ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA - DEMENCIA

NOTA MEDICA

FECHA: 26/02/2019 **HORA:** 17:05:22
NOTA MEDICA

LLAMAN DEL LABORATORIO, MUESTRA COAGULADA PARA CORTISOL SE ORDENA DENUEVO

MEDICO : TATIANA PATRICIA BUITRAGO GONZALEZ **RM:** 1014207132
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

NOTA MEDICA

FECHA: 27/02/2019 **HORA:** 11:12:42
EVOLUCIÓN PSIQUIATRÍA

Paciente femenina de 71 años con diagnósticos

1. Delirium mixto
 - Sospecha de desmielinización osmótica pontina (secundaria a rápida reposición de hiponatremia severa)
 - Hiponatremia severa corregida (uso de diuréticos- SIADH descartado)
 - Neuroinfección descartada
2. Sospecha de SIADH
3. Trastorno depresivo mayor
4. Trastorno neurocognitivo leve
 - Enfermedad microangiopática de base
5. Hipertensión arterial
6. Dislipidemia

S/ Paciente en compañía de cuidadora, persiste debilidad en miembros inferiores, mejoría leve en interacción con el medio.

EXAMEN MENTAL: Paciente evaluada en cama 218 de hospitalización, somnolienta, orientada en persona, desorientada en espacio y tiempo, hipoproséxica, sin ideas delirantes, afecto embotado, no impresiona alucinada, introspección y prospección inciertas, juicio comprometido.

ANÁLISIS: Paciente con mejoría leve síntomas confusionales y comportamentales compatibles, sin cambios en tratamiento por parte de nuestra especialidad. Continúa en seguimiento por Psiquiatría

PLAN

Haloperidol 2 mg/ml 5-0-10 gotas
Haloperidol 2.5 mg IM en caso de agitación psicomotora
Seguimiento por Psiquiatría.

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 27/02/2019 HORA: 13:52:06

*****Evolución Geriatria 27/02/19*****

Nombre: Constanza Lucia Ortega Vélez

Edad: 71 años

Documento: 41422615

Natural: Bogotá

Procedente: Bogotá

Ocupación: Trabajo en idiomas- cesante

Escolaridad: Bachillerato completo

Ingreso HUN: 19/01/2019

Días de estancia: 8

Diagnósticos clínicos:

Hiponatremia severa moderadamente sintomática corregida

Trastorno depresivo moderado

Trastorno neurocognitivo leve

- Delirium hiperactivo secundario

Hipertensión arterial por historia clínica

Dislipidemia

Diagnósticos funcionales:

Previa independencia en actividades básicas

Diagnósticos neurocognitivos:

Trastorno depresivo mayor?

Trastorno neurocognitivo leve

Diagnósticos sociales:

Red de apoyo formal

Subjetivo:

Paciente en compañía de cuidadora, refiere ha estado bien, tranquila, logra movilizarse con ayuda de cuidador.

Objetivo:

Paciente alerta, desorientada en espacio, orientada en tiempo y persona, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria.

SV: TA: 146/75 mmHg FC: 75 lpm FR:18 rpm SaO2: 94% con cánula nasal a 1 L/min (82% al ambiente) TC: 36.6°

Glucometria: 119 mg/dl

Cabeza: escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral semi húmeda, rosada, disfónica.

Cuello: Móvil, no se palpan masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular.

Tórax: Simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular bilateral conservado, sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, no retracciones.

Abdomen: No depresible, con dolor a la palpación de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes.

RESUMEN DE HISTORIA

Extremidades: Simétricas, sin edema, llenado capilar menor a 2 segundos.

Neurológico: Paciente alerta, ansiosa, desorientada en espacio, orientada en tiempo y persona, interactúa con examinador, sigue órdenes sencillas, lenguaje comprensible, hipoproxesis, bradilálica, no hay rigidez clara en extremidades, llama la atención que síntomas de rigidez inician cuando paciente interactúa con personal de salud. ROT ++/++++, tono conservado, no signos de irritación meníngea. Babinski negativo.

27/02/19

Gram de orina: Sin bacterias

Uroanálisis: No sugestivo de infección.

26/02/19

Sodio: 137

25/02/19

Creatinina: 0.66 BUN: 12 Na: 136 K: 3.82 Cl: 103

24/02/19

Sodio: 135

Hemograma: leu: 6810 N: 5190 L: 900 Hb: 12.3 Hcto: 34.9 Plq: 244000

CONCEPTO NEUROLOGÍA

Se solicitó RMN cerebral de control que no evidencia cambios agudos en relación con estudio previo del 06/02/19, lo cual no descarta que el empeoramiento de la sintomatología haya sido secundario a desmielinización ya que los cambios imagenológicos son reversibles. Por otro lado hay que tener en cuenta que el aumento del tono muscular, la hiperreflexia generalizada y respuesta plantar extensora pueden estar en relación con enfermedad de sustancia blanca de pequeño vaso de etiología microangiopática la cual se había evidenciado en hospitalización anterior en RMN previa.

23/02/19

CKP: 165 Albúmina: 3.2 Na: 135 K: 3.5 Cl: 101 Mg: 1.7

Hemograma: Leu: 5950 N: 4580 L: 700 Hb: 11.2 Hcto: 31 Plq: 240000

Sodio en orina 24 hrs: 303 mmol/ (40-220)

Sodio en orina concentración: 98 mEq/L

Volumen orina 24 hrs: 3100

GASES ARTERIALES

pH: 7.44, PCO2: 32.7 mmHg, PO2: 71.5 mmHg, HCO3: 22.1 mmol/L, BE: -1.3 Hb: 11.6 g/dL, SATO2: 94%, PAFI: 340, FIO2: 21% LACT: 0.93 mmol/L

22/02/2019

Na: 135

RNM CEREBRAL

Resonancia de cráneo con contraste.

Datos Clínicos: Síndrome extrapiramidal. Sospecha de mielínolisis pontica.

En magneto superconductor de 1.5 T se realizan secuencias spin-eco y eco gradiente axial y sagital T1, axial y coronal T2, axiales DWI/ADC, FLAIR, SWI, SWIf, T1 con supresión grasa axial y sagital posterior a la administración de medio contraste endovenoso paramagnético, encontrando lucientes hallazgos:

Infartos de pequeño vaso, (cavitados), antiguos, en el hemisferio cerebeloso derecho.

RESUMEN DE HISTORIA

Hiperintensidades en sustancia blanca profunda, periventricular y subcortical en T2/FLAIR, con tendencia a la confluencia, sin efecto de masa y sin realce con el medio de contraste.

Línea media central.

No se evidencian áreas de restricción a la difusión o focos de hemorragia.

Atrofia encefálica difusa, con patrón lobar que afecta particularmente los hipocampos.

No se evidencian colecciones o masas intra o extraaxiales.

Silla turca e hipófisis de morfología usual

Núcleos basales, tallo cerebral y unión cráneo espinal sin alteraciones.

Adecuado vacío de señal por flujo en las estructuras vasculares.

Órbitas, senos paranasales y celdillas mastoideas de morfología usual.

No hay focos de realce anormal con el medio de contraste.

Conclusión:

Infartos antiguos cerebelosos.

Leucoencefalopatía microangiopática confluyente.

Cambios involutivos del parénquima encefálico, con afectación particular temporal mesial.

No se identifican focos de hemorragia, tampoco edema citotóxico. No hay signos que indiquen mielinolisis pontina.

21/02/2019

Na: 119

Paraclínicos:

20/02/2019:

Na: 130 K: 3.22 Cl: 97.2

Na en orina: 43

22/02/2019: TAC de cráneo simple

Área focal hiperdensa en el giro orbitario del lóbulo frontal izquierdo que puede corresponder con artefacto de endurecimiento del rayo.

Hipodensidades de la sustancia blanca subcortical y profunda.

Aumento de la amplitud del espacio subaracnoideo de la convexidad y de las cisternas de la base en relación con cambios involutivos por la edad.

No se identifican signos sugestivos de evento isquémico agudo o hemorrágico en territorio vascular mayor.

Línea media central. Sin evidencia de colecciones o masas intra-extra axiales.

Sistema ventricular supra-infratentorial de volumen normal.

Núcleos basales, silla turca, tallo cerebral, cerebelo y unión cráneo espinal sin alteraciones.

Calota y tejidos blandos de cráneo sin lesiones de origen traumático.

Neumatización del cornete medio izquierdo.

Órbitas, su contenido y celdillas mastoideas de apariencia usual.

Conclusión

Cambios involutivos del parénquima secundarios a la edad.

Leucoencefalopatía microangiopática confluyente.

Resto de hallazgos, ver descripción.

19/02/2019:

TSH: 3.7

BUN 16.3 Creatinina 0.64

Na 113 K 3.79 Cl 81 Mg 1.72

PCR 20.79

leucos 8270 N 73.1% L 15.1% Hto 32.8 Hb 12.2% Plaquetas 266000

Análisis:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: AMALAGON, ANDRIANA MALAGON SIERRA

RESUMEN DE HISTORIA

Paciente con diagnósticos anotados, quien cursó con hiponatremia severa moderadamente sintomática corregida, en quien se sospechó síndrome de desmielinización osmótica, sin embargo no tenía cambios sugestivos de esta patología en Resonancia magnética cerebral. Paciente en el momento estable, con niveles de sodio normales, cursa con trastorno depresivo, probablemente causante de estado de la paciente. Paciente en quien se evidencia cambios en comportamiento cuando interactúa con personal médico. Cuidadora refiere se moviliza mejor cuando esta a solas con ella. Paciente con trastorno hidroelectrolítico corregido, con cambios comportamentales y trastorno de movimiento asociado a patología psiquiátrica, se considera solicitar nueva valoración por psiquiatría para definir institucionalización de paciente. Se considera cancelar orden de cortisol dado que no ha presentado otros trastornos hidroelectrolíticos o metabólicos acompañantes sugestivos de insuficiencia suprarrenal. Se suspende haloperidol dado que podría aumentar rigidez, se suspende LEV, se solicita sodio control mañana. Paciente quien persiste con saturaciones bajas de oxígeno, se inicia trámite de Oxígeno domiciliario.

Plan:

Hospitalizar por medicina interna
Acompañante permanente
Destete de oxígeno para saturación mayor a 86%
Nada vía oral hasta valoración por fonoaudiología. ****riesgo de broncoaspiración ****
SSN 40 cc/hr , y cuando fonoaudiología autorice dieta, disminuir a 30 cc/hr ***
Losartan 50 mg vo c/12 hr
Haloperidol 2 mg/ml 5-0-10 gotas
Hoja neurológica cada 2 horas
P// Valoración por fonoaudiología y terapia física.
Cancelar cortisol
Control de signos vitales, avisar cambios
Se solicita valoración y concepto por psiquiatría para determinar institucionalización de la paciente.
SS Oxígeno domiciliario

MEDICO : JORGE HERNAN LOPEZ RAMIREZ

RM: 10247478

ESPECIALIDAD: GERIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 28/02/2019 HORA: 09:09:05

NOTA GERIATRIA*

PACIENTE QUIEN PRESENTA DOLOR ABDOMINAL, SE DOCUMENTA GLOBO VESICAL AL EXAMEN FISICO, SE ORDENA PASO DE Sonda VESICAL AHORA

MEDICO : JORGE HERNAN LOPEZ RAMIREZ

RM: 10247478

ESPECIALIDAD: GERIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 28/02/2019 HORA: 13:42:18

*****Evolución Geriatria 28/02/19*****

Nombre: Constanza Lucia Ortega Vélez

Edad: 71 años

Documento: 41422615

Natural: Bogotá

RESUMEN DE HISTORIA

Procedente: Bogotá
Ocupación: Trabajo en idiomas- cesante
Escolaridad: Bachillerato completo
Ingreso HUN: 19/01/2019
Días de estancia: 9

Diagnósticos clínicos:
Hiponatremia severa sintomática corregida
Trastorno depresivo moderado
Trastorno neurocognitivo leve
Hipertensión arterial por historia clínica
Dislipidemia

Diagnósticos funcionales:
Previa independencia en actividades básicas

Diagnósticos neurocognitivos:
Trastorno depresivo mayor?
Trastorno neurocognitivo leve

Diagnósticos sociales:
Red de apoyo formal

Subjetivo:
Paciente en compañía de cuidadora, refiere ha estado bien, tranquila, logra movilizarse con ayuda de cuidador, tolera la vía oral, sin embargo no ha presentado diuresis desde el día de ayer en horas de la tarde.

Objetivo:
Paciente alerta, desorientada en espacio, orientada en tiempo y persona, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria.
SV: TA: 146/75 mmHg FC: 75 lpm FR:18 rpm SaO2: 94% con cánula nasal a 1 L/min (82% al ambiente) TC: 36.6°
Glucometria: 119 mg/dl
Cabeza: escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral semi húmeda, rosada, disfónica.
Cuello: Móvil, no se palpan masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular.
Tórax: Simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular bilateral conservado, sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, no retracciones.
Abdomen: Depresible, con dolor a la palpación de hipogastrio, globo vesical presente, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes.
Extremidades: Simétricas, sin edema, llenado capilar menor a 2 segundos.
Neurológico: Paciente alerta, ansiosa, desorientada en espacio, orientada en tiempo y persona, interactua con examinador, sigue órdenes sencillas, lenguaje comprensible, hipoproxesia, bradilalica, no hay rigidez clara en extremidades, llama la atención que síntomas de rigidez inician cuando paciente interactua con personal de salud. ROT ++/++++, tono conservado, no signos de irritación meníngea. Babinski negativo.

28/02/19
Sodio: 138

27/02/19
Gram de orina: Sin bacterias
Uroanálisis: No sugestivo de infeccion.

RESUMEN DE HISTORIA

26/02/19

Sodio: 137

25/02/19

Creatinina: 0.66 BUN: 12 Na: 136 K: 3.82 Cl: 103

24/02/19

Sodio: 135

Hemograma: leu: 6810 N: 5190 L: 900 Hb: 12.3 Hcto: 34.9 Plq: 244000

CONCEPTO NEUROLOGÍA

Se solicitó RMN cerebral de control que no evidencia cambios agudos en relación con estudio previo del 06/02/19, lo cual no descarta que el empeoramiento de la sintomatología haya sido secundario a desmielinización ya que los cambios imagenológicos son reversibles. Por otro lado hay que tener en cuenta que el aumento del tono muscular, la hiperreflexia generalizada y respuesta plantar extensora pueden estar en relación con enfermedad de sustancia blanca de pequeño vaso de etiología microangiopática la cual se había evidenciado en hospitalización anterior en RMN previa.

23/02/19

CKP: 165 Albúmina: 3.2 Na: 135 K: 3.5 Cl: 101 Mg: 1.7

Hemograma: Leu: 5950 N: 4580 L: 700 Hb: 11.2 Hcto: 31 Plq: 240000

Sodio en orina 24 hrs: 303 mmol/ (40-220)

Sodio en orina concentración: 98 mEq/L

Volumen orina 24 hrs: 3100

GASES ARTERIALES

pH: 7.44, PCO2: 32.7 mmHg, PO2: 71.5 mmHg, HCO3: 22.1 mmol/L, BE: -1.3 Hb: 11.6 g/dL, SATO2: 94%, PAFI: 340, FIO2: 21% LACT: 0.93 mmol/L

22/02/2019

Na: 135

RNM CEREBRAL

Resonancia de cráneo con contraste.

Datos Clínicos: Síndrome extrapiramidal. Sospecha de mielinólisis pontica.

En magneto superconductor de 1.5 T se realizan secuencias spin-eco y eco gradiente axial y sagital T1, axial y coronal T2, axiales DWI/ADC, FLAIR, SWI, SWIf, T1 con supresión grasa axial y sagital posterior a la administración de medio contraste endovenoso paramagnético, encontrando lucientes hallazgos:

Infartos de pequeño vaso, (cavitados), antiguos, en el hemisferio cerebeloso derecho.

Hiperintensidades en sustancia blanca profunda, periventricular y subcortical en T2/FLAIR, con tendencia a la confluencia, sin efecto de masa y sin realce con el medio de contraste.

Línea media central.

No se evidencian áreas de restricción a la difusión o focos de hemorragia.

Atrofia encefálica difusa, con patrón lobar que afecta particularmente los hipocampos.

No se evidencian colecciones o masas intra o extraaxiales.

Silla turca e hipófisis de morfología usual

Núcleos basales, tallo cerebral y unión cráneo espinal sin alteraciones.

Adecuado vacío de señal por flujo en las estructuras vasculares.

Órbitas, senos paranasales y celdillas mastoideas de morfología usual.

RESUMEN DE HISTORIA

No hay focos de realce anormal con el medio de contraste.

Conclusión:

Infartos antiguos cerebelosos.

Leucoencefalopatía microangiopática confluyente.

Cambios involutivos del parénquima encefálico, con afectación particular temporal mesial.

No se identifican focos de hemorragia, tampoco edema citotóxico. No hay signos que indiquen mielinolisis pontina.

21/02/2019

Na: 119

Paraclínicos:

20/02/2019:

Na: 130 K: 3.22 Cl: 97.2

Na en orina: 43

22/02/2019: TAC de cráneo simple

Área focal hiperdensa en el giro orbitario del lóbulo frontal izquierdo que puede corresponder con artefacto de endurecimiento del rayo.

Hipodensidades de la sustancia blanca subcortical y profunda.

Aumento de la amplitud del espacio subaracnoideo de la convexidad y de las cisternas de la base en relación con cambios involutivos por la edad.

No se identifican signos sugestivos de evento isquémico agudo o hemorrágico en territorio vascular mayor.

Línea media central. Sin evidencia de colecciones o masas intra-extra axiales.

Sistema ventricular supra-infratentorial de volumen normal.

Núcleos basales, silla turca, tallo cerebral, cerebelo y unión cráneo espinal sin alteraciones.

Calota y tejidos blandos de cráneo sin lesiones de origen traumático.

Neumatización del cornete medio izquierdo.

Órbitas, su contenido y celdillas mastoideas de apariencia usual.

Conclusión

Cambios involutivos del parénquima secundarios a la edad.

Leucoencefalopatía microangiopática confluyente.

Resto de hallazgos, ver descripción.

19/02/2019:

TSH: 3.7

BUN 16.3 Creatinina 0.64

Na 113 K 3.79 Cl 81 Mg 1.72

PCR 20.79

leucos 8270 N 73.1% L 15.1% Hto 32.8 Hb 12.2% Plaquetas 266000

Análisis:

Paciente con diagnósticos anotados, quien cursó con hiponatremia severa moderadamente sintomática corregida, en quien se sospechó síndrome de desmielinización osmótica, sin embargo no tenía cambios sugestivos de esta patología en Resonancia magnética cerebral. Paciente en el momento estable, con niveles de sodio normales, cursa con trastorno depresivo, probablemente causante de estado de la paciente. Paciente en quien se evidencia cambios en comportamiento cuando interactúa con personal médico. Cuidadora refiere se moviliza mejor cuando esta a solas con ella.

En el momento estable, afebril, sin sirs, se documentó globo vesical por lo que se solicitó cateterismo vesical único. Se considera continuar manejo instaurado, se inicia trámite de contrarreferencia a clínica psiquiátrica Campo Abierto. Atentos a aceptación contrarreferencia y autorización de oxígeno domiciliario para

RESUMEN DE HISTORIA

dar egreso.

Plan:

Hospitalizar por medicina interna

Acompañante permanente

Dieta corriente

Tapon venoso

Losartan 50 mg vo c/12 hr

P// Valoración por fonoaudiología y terapia física.

Control de signos vitales, avisar cambios

P// Oxígeno domiciliario *****

Se inicia trámite contrarreferencia a clínica Psiquiátrica campo abierto *****

MEDICO : JORGE HERNAN LOPEZ RAMIREZ

RM: 10247478

ESPECIALIDAD: GERIATRIA

CIERRE DE EPICRISIS - EGRESO DE PACIENTE

FECHA: / / HORA: : :

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

Dx salida 1	F050	DELIRIO NO SUPERPUESTO A UN CUADRO DE DEMENCIA ASI DESCRITO
Dx salida 2	G372	MIELINOLISIS CENTRAL PONTINA
Dx salida 3	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

CONDICION DE SALIDA:

DIAS DE INCAPACIDAD: 0
