HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:GENERAL
Fecha Historia:25/10/2022 02:23 p.m.
Lugar y Fecha:RIONEGRO,ANTIOQUIA 25/10/2022 02:23 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 22048459 MARIA MARIN DE LOPEZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 22048459 Cons. Historia: 2223181
Atención: Ambulatorio

NOMBRE PLANTILLA
ATENCION GENERAL:

NOMBRE PLANTILLA
IDENTIFICACION
Historia: 22048459
Nombre: MARIA MARIN DE LOPEZ
Edad: 90 Años
Sexo: Femenino
Escolaridad.: PRIMARIA COMPLETA
Años aprobados: 0
Estado Civil: Casado
Ocupación: Geronte
Direccion: ASILO SANTA ANA
Telefono: 5610947
E.A.P.B.: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S
Convenio: AlianzaCapitado
Acompañante (Parentesco): SOLA
Telefono (Acompañante).: SOLA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ AÑO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ AÑO: No
La Atención Actual es derivada de un Incidente o Evento Adverso
La Atención Actual es derivada de un Incidente o Evento Adverso: No
MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
Fecha: 25/10/2022
Hora: 14:18
MOTIVO DE CONSULTA: " TIENE MUCHAS GANAS DE ORINAR CADA RATO"
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA CON ANTECDENTE DE CANCER DE UTERO (SE DEFINIO NO MANEJO) HIPERTENSION ARTERIAL, EPOC NO OXIGENORREQUIRIENTEQUIRURGICOS NIEGA ALERGICOS NIEGA CON CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION DE SINTOMAS URINARIOS, INFORMAN QUE TENIA SALIDA DE UN LIQUIDO BLANCO PERO NO SE SABE POR DONDE , SE EMPEZO DESDE EL DIA 20 DE OCTUBRE CEFALEXINA PERO NO HAY MEJORIA CONSIDERO TRASLADO A URGENCIAS PARA EXAMENES DE LABORATORIO Y DEFINIR CAUSA DEL MISMO
REVISION POR SISTEMAS
Revision por sistemas: LO REFERIDO ENLA ENFERMEDAD ACTUAL
Sintomático Respiratorio: NO
ANTECEDENTES PERSONALES
Verificacion de recomendaciones: El paciente incorpora recomedaciones dada en anterior consulta SI NO, RESULTADOS:
Hipertensión: SI
Diabetes Mellitus: NO
Asma: NO
E.P.O.C.: SI
Hipotiroidismo: NO
IAM: NO
Tuberculosis: NO
Enfermedad Renal Crónica: NO
Cardiopatias: NO
VIH-SIDA: NO
ALERGICO A:: no es alergica a ningun medicamento.
Quirúrgicos-Cuál?: negativos.
Transfusiones-Cuándo?: nunca.
Traumáticos-Cuál?: negativos.
Tratamiento Actual (Actualizar Siempre): Captopil 50 mg cada 12 horas, furosemida 40 mg/am, salbutamol inhalador 2 puff cada 12 h, esomeprazol 20 mg/dìia, atorvastatina 20 mg dia, Amlodipino 5 mg noche (se le adiciona al tto. para su epoc bromuro de ipatropium 2 puff cada 6 horas) (El 24/02/2016 se le suspende el amlodipino porque le esta provocando edemas de miembros inferiores, le aumento la dosis de captopril a 50 mgs. via oral cada 8 horas)
Otros Antecedentes Personales: EPOC, HTA, ICC, EAP, Constipación, ECO abdominal total abril/2013: higado graso, endoscopia digestiva de enero/2013: con esofagitis peptica leve, esbozo de hernia hiatal, gastritis eritematosa antral cronica por BX. 30 ene 2013 Colonoscopia de enero/,2013: enfermedad diverticular severa. decidio negarse a la cx . Gases arteriales del dia 11 de junio del 2015: ph:7.417, pco2:35mmhg, po2:59.3% ,saturacion funcional de oxigeno:90% .compatible con hipoxemia. El 14 de julio del 2015 se remite a MEDICINA INTERNA. sep 2015 espirometria obstruccion leve , broncodilatador no significativa. EXAMENES DE LABORATORIO del dia: 18/02/2016: perfil lipidico:col hdl:47mgs/d, col total:203mgs/dl, tgc:91mgs/dl, col ldl:137mgs/dl, col vldl:18mgs/dl, ind art:4.3mil/dl, creatinina:0.74mgs/dl, hlg:gb:5.400xmm, gr:4.61mill, hb:14grs/dl, hto:42%, pla: 337.000xmm, neu:53%, lin:33%, mon:12%, vcm:92ft, glucosa en ayunas:89mgs/dl, parcial de orina:densidad:1010, ph:8, sedimento: normal. El 24/02/2016 se remi te a OFTALMOLOGIA. El 10 de noviembre del 2016 se remite a TERAPIA RESPIRATORIA, se ordenan numero 10 sesiones, se remite a PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA. EXAMENES DE LABORATORIO del dia: 17/03/2017: perfil lipidico: col hdl:42, col total:145, ocl vldl:21, col ldl:81, tgc:106, ind art:3.4mil/dl, glucosa en ayunas: 99mgs/dl, creatinina: 0.85mgs/dl, parcial de orina: densidad: 1015, ph:8, sedimento: normal. El 24/03/2017 se remite a MEDICINA INTERNA. Fue valorada por MEDICINA INTERNA el 5 de junio del 2017. El 16/08/2017 se remite a NEUROLOGIA.
Ginecobstétricos
Partos: 0
Cesarea: 0
Abortos: 15
Embarazada Actualmente ?: NO
Cirugía Ginecológica: NO
Eclampsia: NO
Preeclampsia: NO
Infertilidad: NO
ANTECEDENTES FAMILIARES
Hipertension arterial familiar: SI
Diabetes Mellitus Familiar: NO
Infarto Agudo del miocardio Familiar: NO
Insuficiencia Renal Crónica Familiar: NO
Enfermedad Mental Familiar: NO
Epilepsia Familiar: NO
Cáncer familiar- Cuál: -
Actualizar Antecedentes Familiares: hermana Hipertension arterial , Diabetes mellitus: no sabe, epilepsia: no sabe, tuberculosis:no sabe, cancer: no sabe, enfermedad renal cronica: no sabe, trastornos mentales: no sabe, infarto agudo de miocardio: no sabe.
HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL
Ejercicio: NO
Licor: NO
Droga: NO
Stress: NO
Fuma: NO
Lugar donde vive (descripción) :: en el CBA (asilo)
Posesión de Mascotas:: NOP
Relaciones Familiares:: buenas
Actualizar Historia Personal y Social: Residente en el CBA viuda no tiene habitos toxicos, no fuma, no toma licor.
EXAMEN FISICO
Estado General: Buenas condiciones generales conciente y orientado en las tres esferas, mucosas hidratadas SO2
Presión Arterial Sistolica: 120
Presión Arterial Diástolica: 78
FCxmin: 78
FRxmin: 18
Temperatura: 36.50
Peso(Klg): 50.00
Talla (m): 1.55
IMC: 20.81
Cabeza y Cuello: Normocefalo, sin adenopatías en cuello, no cervicalgia, otoscopia normal, rinoscopia normal, orofaringe normal

Torax: Ruidos cardiacos rítmicos simétricos, sin soplos ni desdoblamientos, murmullo vesicular conservado sin sobreagregados.

Abdomen y Pelvis: Abdomen sin distension, peristaltimos presente normal, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias.

Genitales: No se evaluan
Dorso y Extremidades: Miembros superiores e inferiores eutróficos ROT +++/+++, no edema, no rubor ni calor en las extremidades, Neurosensorial normal, llenado capilar adecuado.

Neurologico: Sin signos meníngeos, Glasgow 15/15

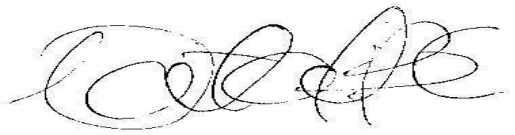
Piel, Faneras y Otra Alteración al Examen Físico: Normal

DATOS DE RIPS

Dx. Principal: N390-INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO **Finalidad de la Consulta:** NO APLICA
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

CONDUCTA

Informacion-Educacion-Recomendaciones: TRASLADO A URGENCIAS
Manejo del Paciente: PACIENTE FEMENINA CON ANTECDENTE DE CANCER DE UTERO (SE DEFINIO NO MANEJO) HIPERTENSION ARTERIAL, EPOC NO OXIGENORREQUIRIENTEQUIRURGICOS NIEGA ALERGICOS NIEGA CON CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION DE SINTOMAS URINARIOS, INFORMAN QUE TENIA SALIDA DE UN LIQUIDO BLANCO PERO NO SE SABE POR DONDE , SE EMPEZO DESDE EL DIA 20 DE OCTUBRE CEFALEXINA PERO NO HAY MEJORIA CONSIDERO TRASLADO A URGENCIAS PARA EXAMENES DE LABORATORIO Y DEFINIR CAUSA DEL MISMO
REMITIDO.: NO



DR. NATALI BELLO CIFUENTES
CC 1037586071
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1037586071