HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:RIESGO-CAR
Fecha Historia:24/07/2023 02:58 p.m.
Lugar y Fecha:RIONEGRO,ANTIOQUIA 24/07/2023 02:58 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 34986819 CARMEN ROCIO GONZALEZ MARTINEZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: DESPLAZADO REGIMEN SUBSIDIADO
No Historia: 34986819 Cons. Historia: 2340958
Atención: Ambulatorio

NOMBRE PLANTILLA
PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR:

NOMBRE PLANTILLA
IDENTIFICACION
Tipo Documento F: CC
Historia: 34986819
Nombre: CARMEN ROCIO GONZALEZ MARTINEZ
Fecha Nacimiento F: 15/12/1955
Edad: 67 Años
Sexo: Femenino
Estado Civil: Soltero
Escolaridad.: PRIMARIA COMPLETA
Ocupación: AMA DE CASA
Direccion: CRA57 N°44-52 ALTO DEL MEDIO
Telefono: 313 705 78 43 5610947 3044822991
E.A.P.B.: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S
Convenio: AlianzaCapitado
Acompañante (Parentesco): CBA
Dirección (Acompañante): CBA
Telefono (Acompañante): 0
CONSULTA DE PRIMERA VEZ AÑO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ AÑO: Si
MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
Fecha: 24/07/2023
Hora: 14:53
MOTIVO DE CONSULTA: " CONTROL"
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA CON ANTECEDENTE PERSONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, EPOC, QUIRURGICOS MARCAPASO, CATETERISMO, COLECISTECTOMIA ALERGICOS NIEGA EN ESTE MES TUVO DOS IAM CON REQUERIMIENTO DE CATETERISMO ESTUVO HOSPITLIZADA, EN CLINICA DEL NORTE POR QUE DECIDE CONSULTAR
REVISION POR SISTEMAS
Revision por sistemas: LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL
Con respecto a su medicación:
Se olvida alguna vez de tomarlos?: NO
Los toma a la hora indicada?: NO
Si se siente bien deja de tomarlos?: NO
Si le sienta mal, deja de tomarlos?: NO
ANTECEDENTES PERSONALES
El usuario tiene Dx confirmado de HTA?: 1-SI
Fecha de Diagnostico de HTA.: 01/01/2013
El usuario tiene Dx confirmado de DM?: 3-DM TIPO II
Fecha de Diagnóstico DM.: 02/02/2009
El usuario tiene Dx de ERC?: 98-NO APLICA
ERC: NO
El usuario tiene Dx de Dislipidemia?: 1-SI DISPLICEMIA
Fecha de Diagnóstico Dislipidemia.: 01/01/2009
El usuario es Anticoagulado?: 1-SI
Tasa de Filtación Glomerular Estimada (TFG): 1
El usuario recibe (ARAII) a la fecha de corte?: 1-SI RECIBE
El usuario recibe (IECA) a la fecha de corte?: 2- NO FUE FORMULADO
Consumo de Cigarrillo.: NO
Consumo de tabaco (IPA): 99
Consumo de licor.: NO
VIH-SIDA: NO
Actividad física diaria al menos 30 minutos?: 2-NO
Consume verduras o frutas regularmente?: 1-SI
ALERGICO A:: Niega
Quirúrgicos-Cuál?: Colecistectomía, cateterismo. MARCAPASO CARDIACO
Traumáticos-Cuál?: NO REFIERE
Transfusiones-Cuándo?: NO REFIERE
Tratamiento Actual (Actualizar Siempre): formula de medicina interna Hospital San Rafael de itagui del dia 08/02/2018: furosemida 40 mgs. via oral cada mañana, atorvastatina 20mgs. via oral cada noche, asa: 100msg. via oral cada dia, esomeprazol 20 mgs. via oral cada mañana, levotiroxina 50 ugs via oral cada mañana, losartan 50 mgs. via oral cada 12 horas, metformina 850 mgs. via oral cada 12 horas,) Insulina Glulisina 3-3-3 , Bromuro de ipratropio , salbutamol , Paciente refiere mar 2015 se re practico cateterismo HSVP Ingreso program de EPOC . clonazepam 6 goptas noche.
Otros Antecedentes Personales: ANGINA INESTABLE DX EN SOMER IN CARE 14/02/2012 HTA DESDE EL AÑO 2008, TUMOR DEBAJO DE OVARIO DERECHO TIENE PENDIENTE CITA GINECOLOGÌA , ITU, lumbalgia crónica SEVERA, hospitalizada por patológicos y Qx colecistectomia, tubectomia, fx no, ESTENOSIS ESPINAL. MAYO 2011 AL PARECER HX EN REGIONAL POR URGENCIA HIPERTENSIVA , ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON DESDE EL AÑO 2010. EPISODIO DE ANGINA INESTABLE EL PASADO 11/02/2012 QUE REQUIRIO MANEJO EN LA UCI DE LA CLINICA SOMER, ESTUVO 3 DIAS HOSPITALIZADA. LE ORDENARON ECG ESTRESS CON DOBUTAMINA Y AUN TIENE PENDIENTE DICHO EXAMEN, HIPOTIROIDISMO DESDE EL AÑO 2008, DISLIPIDEMIA DESDE EL AÑO 2008. jul 2015 paciente con irregularidad en tto y controles del program , sin acompañmiento familiar , no ha ingresado al contorl de EPOC , no se realiza examanes program desde 2012 , algunas glicemias ocasionales , no tengo examanes de 2015 , no trae HC de los especialistas apesar de las multiples consultas , asegura que el tto es el mismo . Muy dificil manejo asi con la paciente , se solicita acompañamiento familiar . MARCAPASO CARDIACO. EXAMENES DE LABORATORIO: TSH del 15/11/2017 3.5, gases arteriales: ph: 7.4. po2: 38.1, pco2: 38.7, bicarbonato 25. ciotoqumico de orina del 20/11/2017 normal. vsg: 5, hb: 15.1, hto: 45.2, leuco: 10220, n: 86%, l: 8%, plaquetas: 356000, creatinina: 0.91, glucemia: 121mg/dl, perfil lipidico: col total:244, col hdl:98, col ldl:115, col vldl:31, tgc:155, ind art:5.5mil. EXAMEN DE LABORATORIO del dia: 2 de abril del 2018: glucosa en ayunas: 121mgs/dl (compatible con glucosa en ayunas entre metas). El 29/12/2017 se remite a MEDICINA INTERNA Y OFTALMOLOGIA. El 17/04/2018 se remite a MEDICINA INTERNA Y A TERAPIA RESPIRATORIA, SE ORDENAN NUMERO 5 SESIONES.
Datos según Resolución 202/2021 de la 4505
Resultado de creatinina: 0
Resultado de glicemia basal: 998.00
Resultado de hemoglobina: 998.00
Resultado de HDL: 998
Resultado de LDL: 998
Resultado Colesterol Total: 0
Resultado Microalbuminuria: 0
Parcial de orina: 20/11/2017: densidad:1025, ph:6, pro:100mg/dl, sedimento: normal.
Cuadro Hemático: 07/02/2018:hb:13, hto:39%, gb:6.640xmm, gr:4.3mill, vcm:92ft, pla:136.000xmm, neu:89%, lin:9.9%.
Electrocardiograma: 09/02/2012: ritmo sinusal, eje electrico 45, frecuencia: 60, sin signos de isquemia, no arritmia FC: 77 Ritmo:SINUSAL Eje QRS: 41º Notas: SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS Conclusión: EKG normal. SEPTIEMBRE 10/2014: ekg del dia 08/09/2014: ekg, ritmo sinusal, fc 88, sin signos de isquemia o necrosis, onda t poco progresiva.
Historico de Examenes: -12/05/2009: COLETEROL 229 LDL 108 HDL 85 TG 179, PARCIAL DE ORINA: SANGRE 10, CREATININA 0.74, 29/02/2012: COLETEROL 263 LDL 187 HDL 36 TG 194, creatinina 0.7. glicemia en ayunas 102. ciotoqumico de orina del 20/11/2017 normal. vsg: 5, hb: 15.1, hto: 45.2, leuco: 10220, n: 86%, l: 8%, plaquetas: 356000, creatinina: 0.91mgs/dl. glucemia: 121mgs/dl. EXAMEN DE LABORATORIO del dia: 2 de abril del 2018: glucosa en ayunas: 121mgs/dl (compatible con glucosa en ayunas entre metas).
Clasificación del riesgo cardiovascular: Riesgo no evaluado
Clasificación del riesgo metabólico: Riesgo no evaluado
Factores de riesgo
Edad: 67 Años
Historia Clinica Familiar: NO
Obesidad: SI
Tabaquismo: NO
Sedentarismo: NO
Hiperlipidemia: SI
Modificables: ejercicio , dieta , bajar de peso
Lesion de Organo Blanco (LOB)
Creatinina Elevada: NO
Hipertrofia Ventricular Izquierda: NO
Lesion Carotidea: NO
Microalbuminuria: NO

Condicion Clinica Asociado (CCA)

Cerebro

Hemorragia Intracraneal: NO
Isquemia Cerebral Transitorio: NO
Enfermedad Cerebrovascular: NO

Corazón

Angina: SI
Infarto Agudo de Miocardio: NO
Insuficiencia Cardiaca Congestiva: SI
Revascularización: NO

Riñon

Insuficiencia Renal Crónica: NO
Proteinuria: NO

Arterias

Aneurisma de Aorta: NO
Claudicación Intermitente: NO
Enfermedad Arterial Oclusiva: NO
Retinopatia: NO

Ginecobstétricos

Partos: 7
Abortos: 0
Cesarea: 0
Gestaciones: 7
FUM: A LOS 50 AÑOS

ANTECEDENTES FAMILIARES

Cáncer familiar- Cuál: NO
Diabetes Mellitus Familiar: NO
Enfermedad Mental Familiar: NO
Epilepsia Familiar: NO
Hipertension arterial familiar: NO
Infarto Agudo del miocardio Familiar: NO
Insuficiencia Renal Crónica Familiar: NO
Actualizar Antecedentes Familiares: Padre DM, Cardiopatia, ECV Hemorragico, Madre DM E IAM 62años, Hermano IAM 57 años, TBC: NO, TRANSTORNOS MENTALES: NO, CANCER: NO.

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

Droga: NO
Lugar donde vive (descripción) :: CBA Santa Ana Rionegro
Posesión de Mascotas:: NO
Relaciones Familiares:: buenas
Stress: NO
Actualizar Historia Personal y Social: VIVE EN EL CBA SANTA ANA DE RIONEGRO, SE RELACIONA CON FRECUENCIA CON UN HIJO. FUE FUMADORA DESDE LOS 16 AÑOS DE EDAD, SE FUMABA 20 CIGARRILLOS AL DIA, DEJO DE FUMAR EN EL AÑO 2001, NO LICOR, DESPLAZADA DE MONTERIA.

EXAMEN FISICO

Estado General: Buenas condiciones generales conciente y orientado en las tres esferas, mucosas hidratadas SO2
Presión Arterial Sistolica: 120
Presión Arterial Diástolica: 75
FCxmin: 88
FRxmin: 11
Temperatura: 33.70
Presion Arterial 1 trimestre: 128/69(3.21)
Presion Arterial 2 trimestre: ....
Presion Arterial 3 trimestre: ----------
Presion Arterial 4 trimestre: ----------
Peso en Kilogramos: 90.00
Talla en centimetros: 150.00
N10000: 10000
IMC..: 40.00
Perimetro Abdominal (cms): 107
Cabeza y Cuello: Normocefalo, sin adenopatías en cuello, no cervicalgia, otoscopia normal, rinoscopia normal, orofaringe normal
Fondo de ojo: Infiltrados: NO Hemorragias: NO Papiledema: NO
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: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Relacionado 1: E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Dx. Relacionado 2: I252-INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO
Dx. Relacionado 3: J449-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA

CONDUCTA

Manejo del Paciente: PACIENTE FEMENINA CONANTECDENTES PEROSNALES ANOTADOS COND IAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL 2. DIABETES EMLLITUS NO INSULINODPENEIDNETE 3. INFARTO MIOCARDIO 4. EPOC OXIGENORREQUIRIENTE 24HORAS AL DIA ANTIGUO QUIEN INFORMA QUE LA PACIENTE ESTUVO HISPITALIZADA EN ESTE ULTIMO MES Y PRESENTO IAM EN DOSOCASIOENS EN MENOS DE UN MES CONSIDERO REALIZAR PARACLINICOS DE CONTROL

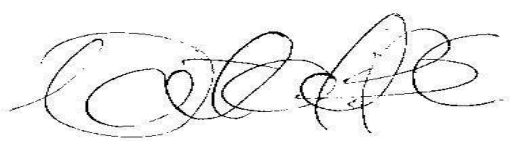
Educación e Información al Paciente::

Las siguientes son las RECOMENDACIONES GENERALES

Las causas periféricas de vértigo son, en su mayoría, autolimitadas y benignas, aunque los síntomas como náuseas y vómitos suelen persistir por un par de días. Realizar ejercicios cuyo objetivo principal está dirigido a mejorar el trastorno del equilibrio, disminuir el riesgo de caída, eliminar el vértigo y aumentar la funcionalidad global del paciente.

" Reposo en cama, ambiente tranquilo, poca luz y sin ruido.
" No agacharse y no movilizarse mucho.
" limite por un par de días estímulos que le desencadenan mareos y vértigo como montar en vehículos tipo moto o bicicleta
" Tomar abundantes líquidos orales y la medicación ordenada por su médico tratante.
" Realizar los ejercicios de recuperación vestibular que su médico le sugiera.
" PEDIR CITA EN SU EPS O POR CONSULTA EXTERNA DE CONTROL EN 5 DIAS.

Si presenta alguno de los siguientes SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA CONSULTAR POR URGENCIAS.
debe consultar Vómito intenso y no precedido de náuseas (conocido como vómito "en proyectil").
" Si no reconoce familiares o amigos, si habla incoherencias o si presenta parálisis (no puede mover alguna parte del cuerpo) o convulsiones.
" Si las pupilas se encuentran de diferente tamaño o si presenta visión borrosa o doble.
" Si es difícil despertarlo o presenta mucho sueño.
" Si presenta marcha inestable como si estuviera alicorado o si tiene un comportamiento extraño.
" Dolor, ardor o dificultad para MOVILIZARA MUSCULOS DE LA CARA A PESAR de estar realizando el tratamiento ordenado por su médico de manera adecuada.
" Fiebre mayor de 38 grados.
" NAUSEAS INTENSAS más de 7 episodios



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