HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:RIESGO-CAR
Fecha Historia:24/07/2023 03:53 p.m.
Lugar y Fecha:RIONEGRO,ANTIOQUIA 24/07/2023 03:53 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 21959919 MARIA TERESA GONZALEZ DE ALZATE
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21959919 Cons. Historia: 2341000
Atención: Ambulatorio

NOMBRE PLANTILLA
PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR:

NOMBRE PLANTILLA
IDENTIFICACION
Tipo Documento F: CC
Historia: 21959919
Nombre: MARIA TERESA GONZALEZ DE ALZATE
Fecha Nacimiento F: 27/11/1934
Edad: 88 Años
Sexo: Femenino
Estado Civil: Casado
Escolaridad.: SECUNDARIA INCOMPLET
Ocupación: ama de casa
Direccion: ASILO
Telefono: 5318410 - 5320116-3122834553
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: No
MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
Fecha: 24/07/2023
Hora: 15:48
MOTIVO DE CONSULTA: " no puede dormir"
ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente femenina conantecdente HTA + EPOC, qx osteosintesis de cadera derecha el 30 de septiembre de 2013, hx por ECV en el instituto neurologico en 06/2014 concuadro clinico de 15 dias de evolucion que informa enfermeria que no puede dormir a pesar de tomar medicacion para esto
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?: SI
Si se siente bien deja de tomarlos?: NO
Si le sienta mal, deja de tomarlos?: SI
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?: 4-OTROS
El usuario tiene Dx de ERC?: 3-IRC ESTADIO III
ERC: NO
El usuario tiene Dx de Dislipidemia?: 2-NO DISPLICEMIA
El usuario es Anticoagulado?: 2-NO
Tasa de Filtación Glomerular Estimada (TFG): 1
El usuario recibe (ARAII) a la fecha de corte?: 3-NO RECIBE AUNQUE FUE FORMULADO
El usuario recibe (IECA) a la fecha de corte?: 3-NO RECIBE AUNQUE FUE FORMULADO
Consumo de Cigarrillo.: NO
Consumo de tabaco (IPA): 0
Consumo de licor.: NO
VIH-SIDA: NO
Actividad fisica diaria al menos 30 minutos?: 1-SI
Consume verduras o frutas regularmente?: 1-SI
ALERGICO A:: no refiere
Quirúrgicos-Cuál?: qx osteosintesis de cadera derecha el 30 de septiembre de 2013
Traumáticos-Cuál?: FRACTURA CADERA
Transfusiones-Cuándo?: NO CALRIDAD
Tratamiento Actual (Actualizar Siempre): ASA 100 mg dia , o2 domiciliario
quetiapina 25 mg noche , fluxetina jarabe 2 cc dia , omeprazol 20 mg dia
Otros Antecedentes Personales: HTA + EPOC, qx osteosintesis de cadera derecha el 30 de septiembre de 2013, hx por ECV en el instituto neurologico en 06/2014.
feb 2015 IRC estadio 3 A IFG 50
nov 2015 ecoicardio TT funcion sistolica biventricular normal . FE VI 55% , disfuncion diastolica por ttno de la relajacion , regurgitacion tricuspidea leve Psap de 55 mm Hg
nov 2015 TSH 3.9 hb glicada 6.0%
Datos según Resolución 202/2021 de la 4505
Resultado de creatinina: 1.00
Resultado de glicemia basal: 1.00
Resultado de triglicéridos: 1
Resultado de hemoglobina: 1.00
Resultado de HDL: 0
Resultado de LDL: 0
Resultado Colesterol Total: 0
Resultado Microalbuminuria: 1.00
Parcial de orina: p/
Cuadro Hemático: p/
Electrocardiograma: FC: Ritmo: Eje QRS: Notas: Conclusión: EKG NO TRAE MARZO 2012 ORDENO EKG NOV 2012 NO SE REALIZO EKG , ORDENO MAR 2013 NO SE REALIZO EKG ORDENO
08/07/2013 EKG FC promedio 65 Lpm, ritmo sinusal, PR normal, complejo QRS sin alteraciones, , disminucion dle voltaje en DI- DII, no signos de siquemia, no bloqueos
feb 2015 no trae ekg .
dic 2015 no trae ekg , ordeno .
Historico de Examenes: -MARZO 2013 NO SE REALIZO EXAMANES
jul 2013 hlg Gb: 10800 , GR: 4900000, Hb: 15, Hto: 45, Plaq: 293000, Sed: 18, orina sangre 250 cr 0.78 glicemia 91 CT: 169 HDL: 49 Trig: 175 LDL: 85
feb 2015 hlg normal , cr 0.7 glicemia 81 CT: 102HDL: 36 Trig: 101 LDL: 85 tsh 3.77
Clasificación del riesgo cardiovascular: Riesgo no evaluado
Clasificación del riesgo metabólico: Riesgo no evaluado
Factores de riesgo
Edad: 88 Años
Historia Clinica Familiar: NO
Obesidad: NO
Tabaquismo: NO
Sedentarismo: SI
Hiperlipidemia: SI
Modificables: EJERCICIO , DIETA
Lesion de Organo Blanco (LOB)
Creatinina Elevada: SI
Hipertrofia Ventricular Izquierda: NO
Lesion Carotidea: NO
Microalbuminuria: NO

Condicion Clinica Asociado (CCA)
Cerebro
Hemorragia Intracraneal: NO
Isquemia Cerebral Transitorio: NO
Enfermedad Cerebrovascular: SI
Corazón
Angina: NO
Infarto Agudo de Miocardio: NO
Insuficiencia Cardiaca Congestiva: NO
Revascularización: NO
Riñon
Insuficiencia Renal Crónica: SI
Proteinuria: NO

Arterias

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

Ginecobstétricos

Partos: 5
Abortos: 2
Cesarea: 0
Gestaciones: 7
FUM: A los 45

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: Padres IAM, HTA madre y hermano, padres y hermano ECV, cancer no, epilepsia no, trastornos siquiatricos no, IRC no

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

Droga: NO
Lugar donde vive (descripción) :: HOGAER SANTA ANA
Posesión de Mascotas:: .....
Relaciones Familiares:: BUENAS
Stress: NO
Actualizar Historia Personal y Social: Vive en el asilo Santa Ana, Fumadora ocasional, No licor

EXAMEN FISICO

Estado General: Buenas condiciones generales conciente y orientado en las tres esferas, mucosas hidratadas SO2
Presión Arterial Sistolica: 110
Presión Arterial Diástolica: 75
FCxmin: 78
FRxmin: 15
Temperatura: 37.00
Presion Arterial 1 trimestre: 108/60 2/15
Presion Arterial 4 trimestre: 106/70 nov
Peso en Kilogramos: 45.00
Talla en centimetros: 150.00
N10000: 10000
IMC..: 20.00
Perimetro Abdominal (cms): 78
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

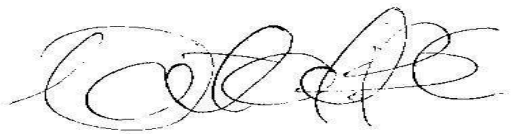
Dx. Principal: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Relacionado 1: G470-TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS]

CONDUCTA

Manejo del Paciente: Paciente femenina coantecdentes perosnales anotados con diagnostico de HIPERTENSION ARTERIAL TRASTORNO DE INICIO paciente en elmomento indico paraclinicos y ademas medicamento por lo que decide ocnsitlar indico paraclinicos para esutdio
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