0000 193

Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSIÓN: 01	CÓDIGO: HV S 031	ELABORADO, REVISADO Y APROBADO: 2024

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Olegario Pelayo Silva

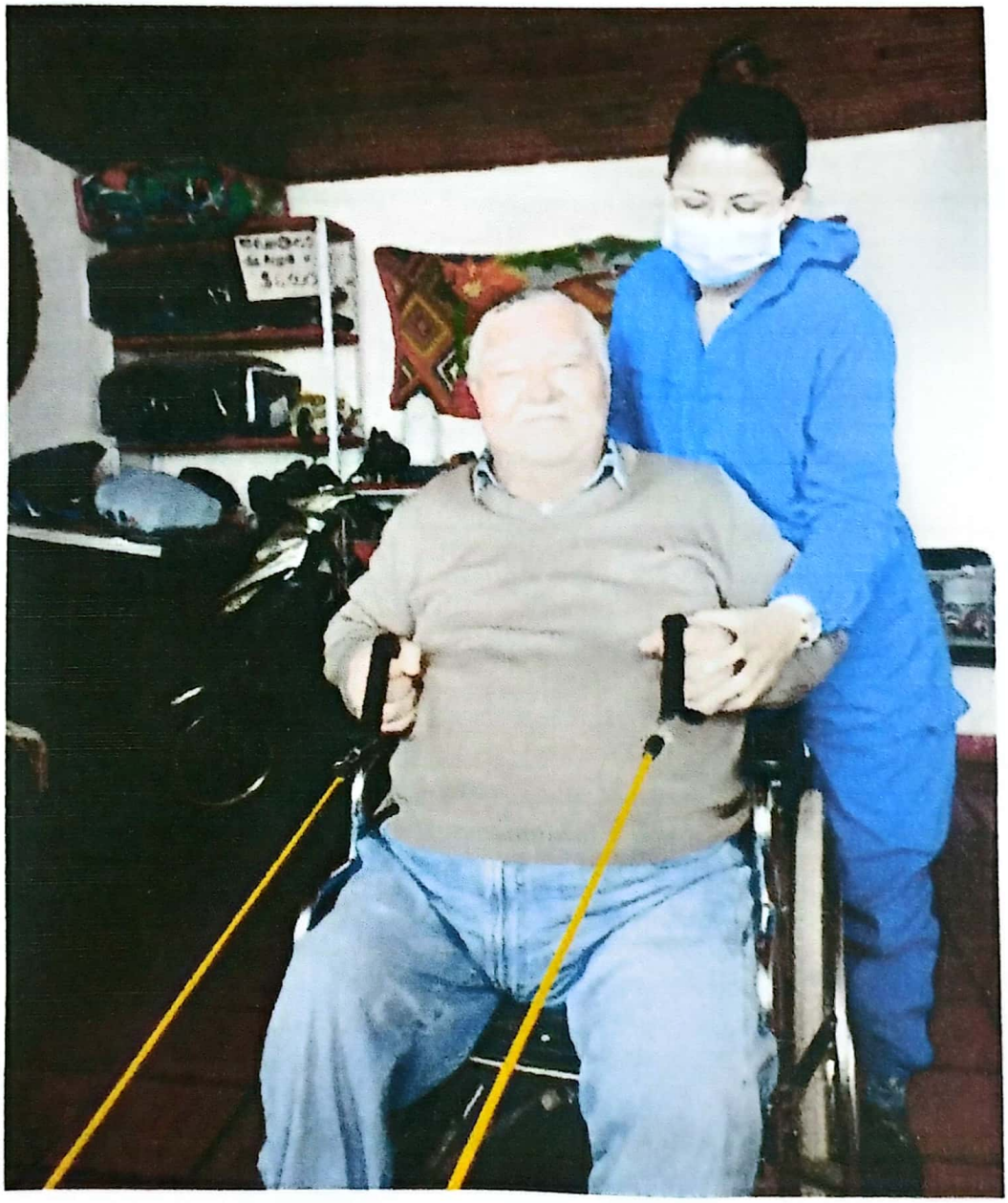
DIRECCIÓN: Siete Trojes Calle 72 # 28-80 **TELÉFONO:** 3133559334

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
22/07/24	2:00 pm	
23/07/24	2:00 pm	
24/07/24	2:00 pm	
25/07/24	2:00 pm	
26/07/24	2:00 pm	
29/07/24	2:00 pm	
30/07/24	2:00 pm	

Powered by CamScanner

OLEGARIO PELAYO

CC: 19137526



Powered by CamScanner

0000 200

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

HISTORIA CLINICA PARA MIEMBROS INFERIORES

Historia Nº: 79737526 Fecha de ingreso: 22/09/24
Apellidos Pelayo Silva Nombres Olegario
Documento de identidad: Tipo: CC Numero : 79737526 Fecha de nacimiento: Día: 28
Mes: 06 Año: 1957 Sexo: F ____ M ____ Estado civil: Casado Municipio: Funza
Barrio: Siete luces Dirección: calle 72 # 28 - 80 teléfono fijo: —
Móvil: 3733559331 Correo electrónico: —
Ocupación: — Entidad de salud: Nueva EPS
Vinculación: —
Empresa: — Nºterapias 7 Diagnostico: 6822 Paraplejia
Acompañante: Anunciación Silva Parentesco: Esposa Teléfono 3733559334
Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldía

Cronología de la enfermedad:

Fecha y hora de accidente de trabajo: —
Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —
Fecha de reconocimiento de enfermedad general: 17 Junio 2023
Clínica de atención primaria: Hospital de mosquera y medeq
Exámenes diagnósticos realizados: Radiografías, electromiografía
Atención de médicos especialistas: ortopedista, urólogo, psiquiatra
Tratamientos realizados: cirugía por fractura de fémur izquierdo
Recomendaciones: —
Resumen:

ANTECEDENTES:
Patológicos: Síndrome manguito rotador, hipertensión, fractura raquimedular Traumáticos: accidente
Toxico-alergicos: — Quirúrgicos: Infecciosos: escara, infección sacra
Farmacológicos: metformina, acetaminofen, ácido acetilsalicílico, empagliflozina, amlodipino, carvedilol, atrvastatina, furosemida

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: Articulación de hombros Escala Análoga Verbal 7/10
Sensibilidad Superficial: alterada bien inferior Espasmo: Contral*
Edema: — Inflamación: no presenta
RetraccionesMusculares: Contracturas, isquiotibiales, dorsales
Longitud de miembros inferiores Real y aparente: —
Marcha: Fase de apoyo; choque de talón NO Pie sobre el plano: NO Postura intermedia___ Impulso. Fase de balanceo; aceleración___ oscilación ___Desaceleración:_____.
Aditamentos para la marcha: silla de ruedas permanente
Propiocepcion: alterada
Maniobras especiales:

Powered by CamScanner

0000 201

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CADERA	
	Flexión	
/	Extensión	/
/	Abducción	/
	Aducción	
	Rotación interna	
	Rotación externa	
	RODILLA	/
/	Flexión	/
/	Extensión	
	PIE	
	Dorsiflexión	/
/	Plantiflexión	/
/	Invesión	
	Eversión	

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	Músculos	Izquierdo
	CADERA	
	Psoas mayor	
	Iliaco	
	Sartorio	
	Glúteo mayor	
/	Glúteo mediano	
/	Glúteo menor	/
	T.F.L	/
	ADD	
	R.E.C	
	R.I.C	
	RODILLA	
	Cuádriceps	
/	Isquiotibiales	
/	**TOBILLO**	
	Gastrosoleos	
	Tibial Anterior	/
	Tibial Posterior	
	Peroneros	
	PIE	
	Ext. Común de los dedos	
	Ext. Propio del hallux	
/	Flexor común de los dedos	/
	Lumbricales, flexor corto del hallux	

Pruebas complementarias:
Piel: Presenta escaras sacra de 3 cm aproximadamente
Faneras: sin alteración
Trofismo muscular: alterado, hipotonia en sus cuatro
OBSERVACIONES / /

Diagnostico terapéutico: Paciente con alteración en dominio osteomuscular en categoria de riesgo de movilidad articular, desempeño motor, marcha que lo limitan de forma severa a ejecutar actividades diarias,

FIRMA DE LA TERAPEUTA: Sindy Fernández Registro: 029562

Powered by CamScanner

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 22/07/19 HORA: 2:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Olegario Pelayo Silva Cédula: 79137526

DIAGNOSTICO: Paraplejia

DIRECCIÓN: Calle 72 # 28-80

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
1. Acueducto y alcantarillado	✓	
2. Luz	✓	
ESPACIO		
3. Ventilación óptima	✓	
4. Normas de higiene básica	✓	
5. Es suficientemente amplio para el paciente, la terapeuta y un acompañante	✓	
6. Cuenta con tomas eléctricas en buen estado	✓	
7. Normas de seguridad básicas para el paciente (Pisos, baños, escaleras)	✓	
8. Muebles del entorno del paciente en buen estado	✓	
9. Cama en buen estado	✓	
ACCESO		
10. Existe medios de transporte que lleguen o aproximen al domicilio.	✓	
11. Las vías cerca al domicilio son transitables.	✓	
12. El entorno donde se encuentra ubicado el domicilio es seguro (Índice de delincuencia mínima)	✓	

OBSERVACIONES: ✓

¿Se puede realizar la terapia en el domicilio evaluado? SI ✓ NO

Si su respuesta es NO describa por qué: ✓

Datos del evaluador:

NOMBRE: Oleo Sidy Fonseca Cedula: 1073516337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Olegario Pelayo. S Cedula: 1.913.7526

Parentesco del paciente: Firma:

Powered by CamScanner

0000 203

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Olegario Pelayo	N° DOCUMENTO	79133526
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	22/07/24

Aplica para toda la poblacion que ingresa a la institucion, de acuerdo con el procedimiento

VARIABLES	RESULTADO	PUNTAJE
CAIDA PREVIA	No	~~0~~
	Si	25
COMORBILIDADES	No	~~0~~
	Si	15
AYUDA PARA DEAMBULAR	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia	~~0~~
	Baston / Muleta / Caminador	15
	Se apoya en los muebles	~~30~~
VENOLISIS	No	~~0~~
	Si	20
MARCHA	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas	~~0~~
	Debil	10
	Limitada	20
ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	~~0~~
	Sobre estimula u olvida sus limitaciones	15
PUNTUACION FINAL Y NIVEL DE RIESGO →		0

RIESGO	PUNTAJE	ACCION
Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermeria (X)
Medio	25 a 50	Implementacion del plan de prevencion ( )
Alto	mayor a 50	Implementacion de medidas especiales ( )

Sume los resultados de la escala y escribalo en el cuadro, de acuerdo a esto verifique el nivel de riesgo que tiene el paciente

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	CIUDAD:

NOMBRE DEL PACIENTE: Olegario Pelayo **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 7913526 **CIE 10:** G822 **DIAGNOSTICO:** Paraplejia

Este documento sirve para que usted o quien lo represente, de su consentimiento para el tratamiento de fisioterapia, esto significa que entiende en que consiste el tratamiento y nos autoriza a realizarlo.

Antes de firmar, es importante que lea detenidamente la siguiente información. Consúltenos si tiene alguna duda o necesita más información, le atenderemos con mucho gusto.

El objetivo general con el paciente es:

Preservar el movimiento activo de miembros superiores y la integridad de los tejidos de forma pasiva en miembros inferiores.

BENEFICIOS: Los beneficios que obtendrá de la realización de la terapia serán: Disminución del dolor local, disminución de la inflamación en el área afectada, incremento de arcos de movilidad articular, aumento de fuerza muscular, aumento de propiocepción, entre otros.

Los beneficios a corto plazo que se desarrollará en el ciclo de terapias # 7, enviado por el especialista en fisioterapia (escribir la profesión) con la orden para realizar 7 terapias (escribir # de terapias), es:

- Aumentar rangos de movilidad articular en miembros superiores
- Conservar la fuerza muscular en miembros superiores
- Evitar contracturas y adherencias articulares

Para lograr el objetivo propuesto, la terapia se debe realizar de manera (describa la continuidad de las terapias en días; diario, día de por medio, etc.) diario. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 22/07/24 y terminara el día 30/07/24 (escriba la fecha de inicio y finalización de la terapia formato DD-MM-AA)

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (A usted se le realizara lo que se encuentra marcado con un x en la línea izquierda)

✓ Terapia sedativa: Masaje, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia. En este caso a usted se le va a omitir; _____

✓ Movilidad articular ✓ Ejercicios activos ✓ Ejercicios pasivos ✓ Fortalecimiento muscular
✓ Estiramientos musculares ___ Ejercicios propioceptivos ___ Entrenamiento de marcha ✓ Higiene postural

Otros

_____

RIESGOS: Durante el tratamiento usted puede sentir malestar e incremento del dolor después del primer día de fisioterapia y con cada ejercicio nuevo usted puede presentar inflamación y dolor.

ALTERNATIVAS: Si usted no desea realizar la terapia siempre tiene la opción de consultar nuevamente a su doctor; para el manejo de dolor debe dirigirse a la clínica de dolor; para restaurar su movilidad funcional consultar una segunda opinión ya sea del ortopedista o del fisiatra.

Powered by CamScanner

0000 205

IMPLICACIÒN: Deberá tener en cuenta que de no realizarse las terapias no tendrá ninguna garantía de recuperar su estado de salud.

HUMANA VITAL S.A.S no se hace responsable del tratamiento si usted no cumple con el numero de terapias asignadas por el especialista, teniendo en cuenta su periodicidad, usted no sigue los consejos de la terapeuta y no realiza los planes caseros o acude alguna persona que no tenga formación profesional en salud como, por ejemplo; rezanderos, chamanes, sobanderos.

HUMANA VITAL S.A.S brinda una atención humanizada, de alta calidad que busca favorecer la participación y calidad de vida de los usuarios y sus familias, es por esto que somos consecuentes con la diversidad de Etnias, Género, Orientación Sexual, Edad, Discapacidad o condición social en desventaja que pueda tener el usuario, quienes recibirán una atención de calidad sin discriminación alguna.

Yo Olegario Pelayo S. en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 19137026 actuando en el ejercicio pleno de mis facultades declaro que conozco el tratamiento que proponen los profesionales de la IPS HUMANA VITAL y autorizo al desarrollo de este.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Shidy Fernández / 1073576337

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 09562

DESENTIMIENTO: Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no deriva ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención. De acuerdo la información antes mencionada, usted decide desistir del tratamiento terapéutico, si es así firme a continuación

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP

Powered by CamScanner

odata su estado

0000 206

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Autorización para el tratamiento de datos personales

Usuarios de la IPS

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la IPS HUMANA VITAL S.A.S que:

1. HUMANA VITAL S.A.S actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la política de tratamiento de datos personales de HUMANA VITAL S.A.S que se encuentran en la página web www.humanavital.com
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles.
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos en HUMANA VITAL S.A.S y observando la política de tratamiento de datos personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico info@humanavital.com
6. HUMANA VITAL S.A.S garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento.

Cualquier cambio será notificado a través del medio de comunicación que HUMANA VITAL S.A.S considere más adecuado para tal efecto, (por ejemplo correo electrónico, comunicación directa y/o anuncio en nuestra página web)

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a HUMANA VITAL S.A.S para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la IPS y para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales de las compañías. La información obtenida para tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 22/03/24

Firma:

Nombre: Olgario Pelayo Silva

Número de identificación: 19137526

Powered by CamScanner

0000 207

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Fecha 22/07/24 hora 2:00pm N° de terapias 7

Nombre: Olegario Pelayo Cedula: 19737526

- ✓ **PARA REALIZAR UNA TERAPIA APROPIADA SU TERAPEUTA NECESITA SABER SI USTED A PADECIDO O PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES. (Marque con una X)**

	NO	SI		NO	SI
SIDA O VIH	/		CÓLERA	/	
HERPES	/		H1N1	/	
DIFTERIA	/		HEPATITIS	/	
NEUMONÍA	/		VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	/	
TUBERCULOSIS	/		CÁNCER	/	

- ✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Olegario Pelayo S. con N° de cedula 19737526

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco mis **DERECHOS Y DEBERES** que tengo ante la IPS HUMANA VITAL S.A.S con NIT 900217648-1 Desde el primer día en que acudí a la institución y antes de iniciar el tratamiento.

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

AUTORIZACIÓN

YO Olegario Pelayo Silva identificado con CC 19137526 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollan.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Olegario Pelayo **IDENTIFICACION** 19137526

FIRMA:

FECHA: 22/07/24 **HORA:** 2:00pm **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR**_____ **ARL**_____

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: HV S 031	ELABORADO REVISADO Y APROBADO: 2023

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Olegario Pelayo ***IDENTIFICACION*** 79137526

FECHA: 22/09/24 ***HORA:*** 2:00 pm ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	
PLAN CASERO	
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 19.137.526**
FUNZA, jueves, 25 de julio de 2024 20:59:21

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	OLEGARIO PELAYO SILVA	
Identificación	CC 19.137.526 Edad: 73 años, 1 meses y 7 días	
Nacimiento	JERICO (BOYACA) lunes, 18 de junio de 1951	
Residencia	SIETE TROJES Dirección: CALLE 12 N°28-80 Teléfono: 3133559334	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	ANUNCIACION SILVA Parentesco: ESPOSA Teléfono: 3133559334	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS017 - EPS FAMISANAR LTDA CAFAM-COLSUBSIDIO Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil: CASADO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Sexo: HOMBRE

FECHA CONSULTA: lunes, 22 de julio de 2024 21:38:35 - EDAD: 73 años, 1 meses y 6 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: Extracción de proyectil
Cirugía de fractura de fémur
TRAUMATICOS: Impacto con arma de fuego
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Metformina
Acetaminofén
Empaglifozina
Amlodipino
Carvedilol
Atorvastatina
Furosemida
PATOLOGICOS: Síndrome de manguito rotador bilateral
Hipertensión arterial
Diabetes

EPIDEMIOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitido por alcaldía
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de cuadriplejia, con un tiempo de evolución de 42 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales en compañía de cuidadora y con ayuda externa de silla de ruedas para traslados y desplazamientos
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: Articulación de hombros de forma bilateral Intensidad: 7/ Frecuencia: constante

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
HOMBRO -> FLEXION: derecho: 70° FLEXION: izquierdo: 70° EXTENSION: derecho: 30° EXTENSION:izquierdo: 30° ABDUCCION: derecho: 70° ABDUCCION: izquierdo: 70° ADUCCION: derecho: 100° ADUCCION: izquierdo: 100° ROTACION INTERNA: derecho: 50° ROTACION INTERNA: izquierdo: 50° ROTACION EXTERNA: derecho: 50° ROTACION EXTERNA: izquierdo: 50°
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Hombro Movimiento: Extensión Musculo: Dorsal ancho Calificación derecha: 3- Calificación izquierda: 3-
Articulación: Hombro Movimiento: Extensión Musculo: Dorsal ancho Calificación derecha: 3- Calificación izquierda: 3-
Articulación: Hombro Movimiento: Abducción Musculo: Deltoides medio, Deltoides posterior Calificación derecha: 3- Calificación izquierda: 3-
Articulación: Hombro Movimiento: Rotación interna Musculo: Subescapular Calificación derecha: 3- Calificación izquierda: 3-
RETRACCIONES
Cintura escapular: SERRATO MAYOR M
Columna cervical: RECTO ANTERIOR DE LA CABEZA M
Hombro: DELTOIDES ANTERIOR M
Codo: BICEPS BRAQUIAL M
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA LATERAL: Actitud corporal: NORMALCabeza: PROYECCIÓN ANTERIOR Hombros: ROTACIÓN INTERNA Columna Vertebral: CIFOSIS Abdomen: PROTRUIDO Pelvis: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Cadera: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas
COORDINACION: Fina (viso manual): BUENA Gruesa (visopedica): MALA
EQUILIBRIO DINAMICO: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: No Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: No Realiza Discriminación de cinturas: No Realiza Balanceo de brazos: No Realiza
CICATRIZ: Tamaño 3 cm cm Forma Diseminada
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de cuadriplejia, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías de rangos de movilidad articular, desempeño muscular marcha, locomoción y balance lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
ESCALAS DE DISCAPACIDAD
BARTHEL: 15 INCAPACIDAD FUNCIONAL DEPENDIENTE TOTAL
DIAGNÓSTICOS
Principal: G822-PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas y de forma pasiva para articulación de cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos, se finaliza con uso de TENS para articulación de hombros de forma bilateral modo continuo por 15 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Valoración inicial y primera sesión
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: martes, 23 de julio de 2024 21:57:02 - EDAD: 73 años, 1 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se inicia movilidad articular de forma activa para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color verde para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos, se realiza masaje con vibro masajeador por 10 minutos en región cervical.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G822-PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: miércoles, 24 de julio de 2024 22:01:28 - EDAD: 73 años, 1 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa haciendo uso de cicloergómetro para miembros superiores por 15 minutos, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, Se realizan diagonales de FNP para miembros superiores haciendo uso de banda elástica color amarillo por 8 repeticiones de forma bilateral, se realiza trabajo sensitivo con la técnica de Rodo para regiones de codo, muñeca y mano de forma bilateral por 5 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G822-PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: jueves, 25 de julio de 2024 22:02:27 - EDAD: 73 años, 1 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas y de forma pasiva para articulación de cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos, se finaliza con uso de TENS para articulación de hombros de forma bilateral modo continuo por 15 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G822-PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: viernes, 26 de julio de 2024 22:03:35 - EDAD: 73 años, 1 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa haciendo uso de cicloergómetro para miembros superiores por 10 minutos, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones, se realizan estiramientos musculares de forma pasiva haciendo uso de correa para isquiotibiales y gastro soleos de forma bilateral 5 repeticiones con isometría de 15 segundos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G822-PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: lunes, 29 de julio de 2024 22:05:57 - EDAD: 73 años, 1 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas y de forma pasiva para articulación de cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos, se finaliza con uso de TENS para articulación de hombros de forma bilateral modo continuo por 15 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G822-PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: martes, 30 de julio de 2024 22:08:12 - EDAD: 73 años, 1 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas y de forma pasiva para articulación de cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de

banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos, se finaliza con uso de TENS para hombros de forma bilateral en modo continuo por 15 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

-Paciente refiere que persiste dolor esporádico en articulación de hombros de forma bilateral con una calificación de 5/10 según EVA
- Dolor el cual se exacerba al movimiento contra resistencia y disminuye al reposo.
- Rangos de movilidad articular se mantienen según calificación inicial para miembros superiores HOMBRO -> FLEXION: derecho: 70° FLEXION: izquierdo: 70° EXTENSION: derecho: 30° EXTENSION:izquierdo: 30° ABDUCCION: derecho: 70° ABDUCCION: izquierdo: 70° ADUCCION: derecho: 100° ADUCCION: izquierdo: 100° ROTACION INTERNA: derecho: 50° ROTACION INTERNA: izquierdo: 50° ROTACION EXTERNA: derecho: 50° ROTACION EXTERNA: izquierdo: 50°
- No se evidencia edema ni inflamación
- Paciente quien es dependiente total de silla de ruedas para traslados desplazamientos
- Se mantiene desempeño muscular para agonistas y antagonistas de miembro superiores con calificación de 3-/5 según escala de Daniels.
- Continúan retracciones musculares moderadas para deltoides medio, tríceps y bíceps de forma bilateral
- Mejoro propiocepción viso manual

Se recomienda control con médico tratante, seguir realizando los ejercicios en casa y continuar con Fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G822-PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331
