HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES

Fecha: 19/10/2024
Nombre completo: Climaco Vanegas Rua
CC: 795713
FN: 19/09/1936
Edad: 88 años
Sexo: Masculino
Ocupación: cesante
Estado Civil: soltero
Escolaridad: Ninguna
Raza: Mestiza
Población: General
Seguridad social: Subsidiado Savia Salud
Residencia actual: Fundación Hogar y Vida – Girardota (Antioquia) - Teléfono: 31486170987
Responsable Alcaldía de Remedios

MOTIVO DE CONSULTA: Revisión médico general.

ENFERMEDAD ACTUAL: Se evalúa paciente con todos los elementos de bioseguridad.

Masculino en séptima década de la vida, con antecedentes de HTA, DMII no IR sin tratamiento farmacológico, secuelas motoras ACV, hemiplejia izquierda, demencia, ha permanecido estable, sin signos o síntomas infecciosos, duerme bien y come adecuadamente. Adherente a tratamiento farmacológico.

Niega otros síntomas.

Barthel: 5 puntos /95 (silla de ruedas)

REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega dolor torácico niega disnea, niega cefalea, dolor abdominal niega edemas, niega cambios en orina niega fiebre niega paresias, plejias o sincope. Niega perdida de peso sin explicación.

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, DMII no IR sin tratamiento farmacológico, secuelas motoras ACV, hemiplejia izquierda. Invidente. Déficit cognitivo.

ANTECEDENTES FAMILIARES: No hay información.

EXAMEN FÍSICO

Examen físico general: Alerta, colaborador, tranquilo, sin signos de dificultad respiratoria.

Signos Vitales: FC 61 lpm FR 16 rpm PA 118/60 mmHg T 36.3ºC Sat O2 96% ambiente. Glasgow 15/15

Cabeza y cuello: Normocéfalo, pupilas isonormoreactivas, mucosas húmedas, rosadas, cuello móvil sin masas sin dolor sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular audible sin ruidos sobreagregados, sin tirajes ni retracciones.

Abdomen: Abdomen blando, depresible, sin masas sin dolor, sin signos de irritación peritoneal, sin globo vesical, puño percusión negativa.

Genitourinario: Normoconfigurados, sin lesiones en piel o secreciones.

Osteomuscular: Hemiplejía izquierda. Rigidez en MSI. Sin edemas.

Neurológico: Alerta, orientado en persona y espacio. Hemiplejia izquierda. Sin nuevos signos de focalización. Sin signos meníngeos.

Piel y Anexos: Sin lesiones en piel.

Observaciones: Ninguna.

DIAGNÓSTICOS

1. Secuelas motoras y cognitivas de ACV
2. DMII no IR sin tratamiento farmacológico
3. HTA cifras tensionales en metas

ANÁLISIS

Paciente masculino en novena década de la vida, con antecedentes descritos, en silla de ruedas, sin lesiones en piel, con secuelas motoras y cognitivas de ACV sin cambios agudos, estable hemodinámicamente. Sin signos y síntomas de alarma.

Plan de tratamiento:

- Igual manejo.
- Se dan recomendaciones signos y síntomas de alarma.

Recomendaciones

- Dieta balanceada.
- Ejercicio físico 3 días a la semana.
- Higiene oral.
- Evitar Ulceras por presión, cambios de posición
- Hidratación de la piel
- Dormir mínimo 6 horas diarias
- No automedicarse.
- Vigilar si fiebre, tos, si dolor intenso que no mejora con acetaminofén, dificultad para respirar, si no come nada, dolor torácico intenso, cambios en orina, si presenta desmayos o convulsiona. Consultar por urgencias o consulta prioritaria!!!.

Eliana Maria Tamayo Berrio — **NOMBRE DEL MÉDICO**

FIRMA Y SELLO

RM 43114989 — **REGISTRO MÉDICO**

HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES

Fecha: 19/10/2024
Nombre completo: Delayre Angel Correa de Moreno
CC: 21943393
FN: 07/11/1933
Edad: 91 años
Sexo: Femenino
Ocupación: cesante
Estado Civil: soltera
Escolaridad: Primaria
Raza: Mestiza
Población: General
Seguridad social: Coosalud Subsidiado
Residencia actual: Fundación Hogar y Vida – Girardota (Antioquia) - Teléfono: 31486170987
Responsable Alcaldía de Remedios

MOTIVO DE CONSULTA: Revisión médico general.

ENFERMEDAD ACTUAL: Se evalúa paciente con todos los elementos de bioseguridad.

Femenina 91 años de edad, con antecedentes de HTA, TVP (enero 2023), refiere la cuidadora que ha permanecido estable sin síntomas infecciosos o descompensación sistémica, come y duerme adecuadamente. Adherente a tratamiento farmacológico.

Refiere la cuidadora que duerme de manera intermitente, no habla, se desplaza con ayuda.

Barthel: 10puntos.

REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega dolor torácico niega disnea, niega cefalea, dolor abdominal niega edemas, niega cambios en orina niega fiebre niega paresias, plejias o sincope. Niega pérdida de peso sin explicación.

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA – TVP (enero 2023). Demencia Senil.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin información.

EXAMEN FÍSICO

Examen físico general: Alerta, colaboradora, llanto fácil, sin signos de dificultad respiratoria.

Signos Vitales: FC 80 lpm FR 17 rpm PA 100/60 mmHg T 36º C Sat O2 93% Glasgow 14/15

Cabeza y cuello: Normocéfala, pupilas normorreactivas, boca sin lesiones, mucosas húmedas, rosadas, cuello móvil sin masas sin dolor sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: Tórax simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular audible, sin ruidos sobreagregados, sin tirajes ni retracciones.

Abdomen: Abdomen blando, depresible, sin masas sin dolor, sin defensa, sin signos de irritación peritoneal, sin globo vesical, puño percusión negativa.

Genitourinario: Normoconfigurados, sin lesiones en piel o secreciones.

Osteomuscular: Extremidades simétricas, eutróficas, fuerza 4/5 en las 4 extremidades, marcha con ayuda.

Neurológico: Alerta, alerta, establece contacto con el examinador, no contesta al interrogatorio, sin signos de focalización o signos meníngeos.

Piel y Anexos: Piel sin lesiones.

Observaciones: Ninguna.

DIAGNÓSTICOS

1. Demencia en estudio
2. HTA cifras en metas
3. Trastorno de mantenimiento del sueño.

ANÁLISIS

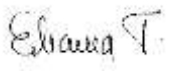
Paciente femenina 91 años de edad, con antecedentes descritos, ha permanecido estable hemodinámicamente sin cambios en el comportamiento, pero desde el ingreso con insomnio de mantenimiento se indica manejo con trazodona 50mg iniciar con media tableta 2 horas antes de dormir y si no logra conciliar el sueño aumentar a 1 tableta. Se puede adicionar melatonina 3mg capsula tomar en la noche. Vigilar signos vitales. Se recomienda valoración por especialista en neurología. Se dan recomendaciones signos y síntomas de alarma.

Plan de tratamiento:

- Trazodona 50mg tableta, iniciar con media tableta 2 horas antes de dormir y si no logra conciliar el sueño aumentar a 1 tableta completa.
- Melatonina 3mg cápsula tomar 1 en la noche.
- Valación médica por neurología.

Recomendaciones

- Dieta balanceada.
- Ejercicio fisico 3 días a la semana.
- Higiene oral.
- Dormir mínimo 6 horas diarias
- No automedicarse.
- Asistir a controles y citas médicas enviadas por su EPS.
- Vigilar si fiebre, tos, si dolor intenso que no mejora con acetaminofén, dificultad para respirar, si no come nada, dolor torácico intenso, cambios en orina, si presenta desmayos o convulsiona. Consultar por urgencias o consulta prioritaria!!!.



Eliana Maria Tamayo Berrio — **NOMBRE DEL MÉDICO**

FIRMA Y SELLO

RM 43114989 — **REGISTRO MÉDICO**

HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES

Fecha: 19/10/2024
Nombre completo: Ivan Guillermo Agudelo
CC: 15535588
FN: 08/08/1958
Edad: 66 años
Sexo: Masculino
Ocupación: cesante
Estado Civil: soltero
Escolaridad:
Raza: Mestiza
Población: General
Seguridad social: Coosalud
Residencia actual: Fundación Hogar y Vida – Girardota (Antioquia) - Teléfono: 31486170987
Responsable Alcaldía de Remedios

MOTIVO DE CONSULTA: Revisión médico general.

ENFERMEDAD ACTUAL: Se evalúa paciente con todos los elementos de bioseguridad.

Masculino en séptima década de la vida, con antecedentes de HTA, parkinson, depresión.

ha permanecido estable sin síntomas infecciosos o descompensación sistémica, come y duerme adecuadamente. Adherente a tratamiento farmacológico.

Niega otros síntomas.

Barthel: puntos.

REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega dolor torácico niega disnea, niega cefalea, dolor abdominal niega edemas, niega cambios en orina niega fiebre niega parecías, plejias o sincope. Niega pérdida de peso sin explicación.

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, Parkinson, depresión.

ANTECEDENTES FAMILIARES: No hay información.

EXAMEN FÍSICO

Examen físico general: Alerta, colaborador, tranquilo, sin signos de dificultad respiratoria.

Signos Vitales: FC 80 lpm FR 18 rpm PA 124/88 mmHg T 36.1ºC Sat O2 99% Glasgow 14/15

Cabeza y cuello: Normocéfalo, pupilas isonormoreactivas, mucosas húmedas, rosadas, cuello móvil sin masas sin dolor sin ingurgitación yugular. Fascies inexpresivas.

Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular audible, sin ruidos sobreagregados, sin tirajes ni retracciones.

Abdomen: Abdomen blando, depresible, sin masas palpables, sin signos de irritación peritoneal, sin globo vesical, puño

percusión negativa.

Genitourinario: Normoconfigurados, sin lesiones en piel o secreciones.

Osteomuscular: Extremidades rígidas con rueda dentada, fuerza 4/5 en las 4 extremidades. Sin edemas.

Neurológico: Alerta, orientado en las 3 esferas, bradicinesia, marcha con ayuda por inestabilidad. Sin signos meníngeos.

Piel y Anexos: Pápula perlada con telangiectasias en ala nasal izquierda.

Observaciones: Ninguna.

DIAGNÓSTICOS

1. Enfermedad de parkinson.
2. HTA controlada
3. Lesión comportamiento incierto en cara.

ANÁLISIS

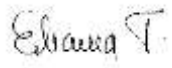
Paciente masculino en sétima década de la vida, con enfermedad de parkinson marcada rigidez en extremidades y bradicinesia, marcha con ayuda se indica concepto y valoración reciente por neurología, vigilar marcha con ayuda para prevenir caídas. Con lesión en ala nasal izquierda, se solicitó en valoración previa cita por dermatología, aún pendiente por gestionar cita en EPS. Se dan recomendaciones signos y síntomas de alarma.

Plan de tratamiento:

- Valoración por neurología. (actualizar historia clínica).
- Continua manejo por fisioterapia.
- Marcha con ayuda, prevención de caídas.
- Consulta por dermatología.
- Se dan recomendaciones signos y síntomas de alarma

Recomendaciones

- Dieta balanceada.
- Ejercicio físico 3 días a la semana.
- Higiene oral.
- Dormir mínimo 6 horas diarias
- No automedicarse.
- Vigilar si fiebre, tos, si dolor intenso que no mejora con acetaminofén, dificultad para respirar, si no come nada, dolor torácico intenso, cambios en orina, si presenta desmayos o convulsiona. Consultar por urgencias o consulta prioritaria!!!.



Eliana Maria Tamayo Berrio — **NOMBRE DEL MÉDICO**

FIRMA Y SELLO

RM 43114989 — **REGISTRO MÉDICO**

HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES

Fecha: 19/10/2024
Nombre completo: Jose Alfredo Jaramillo.
CC: 3667430
FN: 20/01/1941
Edad: 84 años
Sexo: Masculino
Ocupación: cesante
Estado Civil: soltero
Escolaridad: Ninguna
Raza: Mestiza
Población: General
Seguridad social: Subsidiado
Residencia actual: Fundación Hogar y Vida – Girardota (Antioquia) - Teléfono: 31486170987
Responsable Alcaldía de Remedios

MOTIVO DE CONSULTA: Revisión médico general.

ENFERMEDAD ACTUAL: Se evalúa paciente con todos los elementos de bioseguridad.

Masculino en séptima década de la vida, con antecedentes de HTA, EPOC OR, ICC, arritmia cardiaca, artritis reumatoide, refiere sentirse bien, sin signos o síntomas infecciosos, duerme bien y come adecuadamente. Adherente a tratamiento farmacológico.

Niega otros síntomas.

Barthel: 90 puntos.

REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega dolor torácico niega disnea, niega cefalea, dolor abdominal niega edemas, niega cambios en orina niega fiebre niega paresias, plejias o sincope. Niega perdida de peso sin explicación.

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, EPOC OR (noches), ICC, arritmia cardiaca, artritis reumatoide

ANTECEDENTES FAMILIARES: Mamá ACV.

EXAMEN FÍSICO

Examen físico general: Alerta, colaborador, tranquilo, sin signos de dificultad respiratoria.

Signos Vitales: FC 68 lpm FR 16 rpm PA 110/70 mmHg T 36.3ºC Sat O2 96% ambiente. Glasgow 15/15

Cabeza y cuello: Normocéfalo, pupilas isonormoreactivas, mucosas húmedas, rosadas, cuello móvil sin masas sin dolor sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular audible sin ruidos sobreagregados, sin tirajes ni retracciones.

Abdomen: Abdomen blando, depresible, sin masas sin dolor, sin signos de irritación peritoneal, sin globo vesical, puño percusión negativa.

Genitourinario: Normoconfigurados, sin lesiones en piel o secreciones.

Osteomuscular: Extremidades con deformidad en cuello de cisne en dedos de ambas manos. Sin edemas.

Neurológico: Alerta, orientado parcialmente. Sin signos de focalización. Sin signos meníngeos.

Piel y Anexos: Sin lesiones en piel.

Observaciones: Ninguna.

DIAGNÓSTICOS

1. Artritis reumatoide.
2. HTA cifras en metas
3. ICC sin exacerbación.
4. EPOC OR estable

ANÁLISIS

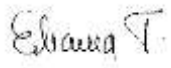
Paciente masculino en novena década de la vida, con antecedentes descritos, uso crónico de prednisolona de 5mg con dx de artritis reumatoide, asintomático se indica desmonte progresivo de esteroide oral y solicito valoración por reumatología, envio VSG de control. Desde el punto de vista cardiopulmonar el paciente ha permanecido asintomático. Se dan recomendaciones signos y síntomas de alarma.

Plan de tratamiento:

- Desmonte de prednisolona 5mg así: media tableta de 5mg por 15 dias, luego media tableta de 5mg dia por medio por 1 semana, y luego suspender.
- Valoración por Reumatología.
- Realizar VSG de control (cálculo de Dash 28)
- Realizar hemograma de control
- Se dan recomendaciones signos y síntomas de alarma.

Recomendaciones

- Dieta balanceada.
- Ejercicio físico 3 días a la semana.
- Higiene oral.
- Dormir mínimo 6 horas diarias
- No automedicarse.
- Vigilar si fiebre, tos, si dolor intenso que no mejora con acetaminofén, dificultad para respirar, si no come nada, dolor torácico intenso, cambios en orina, si presenta desmayos o convulsiona. Consultar por urgencias o consulta prioritaria!!!.



Eliana Maria Tamayo Berrio — **NOMBRE DEL MÉDICO**

FIRMA Y SELLO

RM 43114989 — **REGISTRO MÉDICO**

HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES

Fecha: 19/10/2024
Nombre completo: Jose Olegario Buitrago
CC: 3519246
FN: 08/04/1930
Edad: 94 años
Sexo: Masculino
Ocupación: cesante
Estado Civil: soltero
Escolaridad: Ninguna
Raza: Mestiza
Población: General
Seguridad social:
Residencia actual: Fundación Hogar y Vida – Girardota (Antioquia) - Teléfono: 31486170987
Responsable Alcaldía de Remedios

MOTIVO DE CONSULTA: Revisión médico general.

ENFERMEDAD ACTUAL: Se evalúa paciente con todos los elementos de bioseguridad.

Masculino en séptima década de la vida, con antecedentes de EPOC oxigenorrequiriente GOLD E, hospitalización reciente por exacerbación de EPOC sale con oxigeno suplementario, y manejo con inhaladores, con buena adecuada evolución clínica, viene en desmonte de oxigeno, saturaciones en metas, sin signos o sintomas infecciosos, duerme bien y come adecuadamente.

Niega otros síntomas.

Barthel: 75 puntos.

REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega dolor torácico niega disnea, niega cefalea, dolor abdominal niega edemas, niega cambios en orina niega fiebre niega paresias, plejias o sincope. Niega perdida de peso sin explicación.

ANTECEDENTES PERSONALES: EPOC OR Gold E - Cardiomegalia.

ANTECEDENTES FAMILIARES: No hay información.

EXAMEN FÍSICO

Examen físico general: Alerta, colaborador, tranquilo, sin signos de dificultad respiratoria.

Signos Vitales: FC 65 lpm FR 18 rpm PA 130/80 mmHg T 36.2ºC Sat O2 91% ambiente. Glasgow 15/15

Cabeza y cuello: Normocéfalo, pupilas isonormoreactivas, mucosas húmedas, rosadas, cuello móvil sin masas sin dolor sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares en base pulmonar derecho ausculto crépitos finos, tórax simétrico, sin tirajes ni retracciones.

Abdomen: Abdomen globoso blando, depresible, hernia incisional sobre parte medial de abdomen en epigastrio y mesogastrio, sin dolor, sin signos de encarcelamiento, sin signos de irritación peritoneal, sin globo vesical, puño percusión negativa.

Genitourinario: Normoconfigurados, sin lesiones en piel o secreciones.

Osteomuscular: Extremidades rígidas con rueda dentada, fuerza 4/5 en las 4 extremidades. Sin edemas.

Neurológico: Alerta, orientado parcialmente. Sin signos de focalización. Sin signos meníngeos.

Piel y Anexos: Sin lesiones en piel.

Observaciones: Ninguna.

DIAGNÓSTICOS

1. EPOC OR. Gold E.

ANÁLISIS

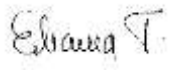
Paciente masculino 94 años, con antecedente de EPOC Gold E oxigeno requiriente con exacerbación reciente, adecuada evolución, estable tolerando desmonte de oxígeno, continuar solo en las noches y saturaciones durante el día, si presenta saturaciones por debajo de 89% se deja 1 o 2 horas de oxígeno suplementario a 1.5lts. Realizar gases arteriales de control. Continuo manejo expectante. Se dan recomendaciones signos y síntomas de alarma.

Plan de tratamiento:

- Desmonte de oxígeno, solo aplicar oxigeno suplementario 1.5lts en la noche y en el día realizar saturaciones si presenta saturaciones por debajo de 89% poner oxigeno a 1.5lt 1 o 2 horas.
- Realizar gases arteriales
- Pendiente revisión de examen para definir continuidad de desmonte de oxígeno.
- Se dan recomendaciones signos y síntomas de alarma.

Recomendaciones

- Dieta balanceada.
- Ejercicio físico 3 días a la semana.
- Higiene oral.
- Dormir mínimo 6 horas diarias
- No automedicarse.
- Vigilar si fiebre, tos, si dolor intenso que no mejora con acetaminofén, dificultad para respirar, si no come nada, dolor torácico intenso, cambios en orina, si presenta desmayos o convulsiona. Consultar por urgencias o consulta prioritaria!!!.



Eliana Maria Tamayo Berrio — **NOMBRE DEL MÉDICO**

FIRMA Y SELLO

RM 43114989 — **REGISTRO MÉDICO**

HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES

Fecha: 19/10/2024
Nombre completo: Martin Horacio Alvarez Gonzalez
CC: 355044
FN: 11/03/1931
Edad: 93 años
Sexo: Masculino
Ocupación: cesante
Estado Civil: soltero
Escolaridad: Primaria incompleta
Raza: Mestizo
Población: General
Seguridad social: Subsidiado
Residencia actual: Fundación Hogar y Vida – Girardota (Antioquia) - Teléfono: 31486170987
Responsable Alcaldía de Remedios

MOTIVO DE CONSULTA: Revisión médico general.

ENFERMEDAD ACTUAL: Se evalúa paciente con todos los elementos de bioseguridad.

Masculino 93 años, con antecedente de demencia vascular en estudio, ha estado más tranquilo, sin nuevos episodios de agresividad frene a sus compañeros, sin signos o síntomas de enfermedad infecciosa, come y duerme adecuadamente. Adherente a tratamiento farmacológico.

Niega otros síntomas.

Barthel: 55 puntos.

REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega dolor torácico niega disnea, niega cefalea, dolor abdominal niega edemas, niega cambios en orina niega fiebre niega paresias, plejias o sincope. Niega pérdida de peso sin explicación.

ANTECEDENTES PERSONALES: Demencia vascular en estudio.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin información.

EXAMEN FÍSICO

Examen físico general: Alerta, colaborador, tranquilo, sin signos de dificultad respiratoria.

Signos Vitales: FC 75 lpm FR 16 rpm PA 100/60 mmHg T 36º C Sat O2 97% Glasgow 15/15

Cabeza y cuello: Normocéfalo, visión subnormal de ambos ojos, pupilas reactivas, boca sin lesiones, mucosas húmedas, rosadas, cuello móvil sin masas sin dolor sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: Tórax simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular audible, sin ruidos sobreagregados, sin tirajes ni retracciones.

Abdomen: Abdomen blando, depresible, sin masas sin dolor, sin defensa, sin signos de irritación peritoneal, sin globo vesical, puño percusión negativa.

Genitourinario: Normoconfigurados, sin lesiones en piel o secreciones.

Osteomuscular: Extremidades simétricas, eutróficas, fuerza 4/5 en las 4 extremidades, marcha con ayuda.

Neurológico: Alerta, alerta, orientado en persona y espacio, sin signos de focalización o signos meníngeos.

Piel y Anexos: Xerosis.

Observaciones: Ninguna.

DIAGNÓSTICOS

1. Demencia en estudio
2. Trastorno de mantenimiento del sueño.

ANÁLISIS

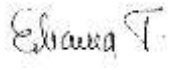
Paciente masculino 93 años, estable hemodinámicamente, sin signos o síntomas infecciosos. Con demencia vascular en estudio, ha permanecido tranquilo, comparte con los compañeros en el hogar. Refiere insomnio de mantenimiento ocasional se indica dar media tableta de trazodona. Xerosis en miembros inferiores aplicar crema emoliente. Se dan recomendaciones signos y síntomas de alarma.

Plan de tratamiento:

- Trazodona 50mg tableta, dar media tableta en la noche si presenta insominio.
- Crema emoliente cada 12horas en miembros inferiores.
- Pendiente continuar estudios para descartar o confirmar demencia vascular.

Recomendaciones

- Dieta balanceada.
- Ejercicio fisico 3 días a la semana.
- Higiene oral.
- Dormir mínimo 6 horas diarias
- No automedicarse.
- Asistir a controles y citas médicas enviadas por su EPS.
- Vigilar si fiebre, tos, si dolor intenso que no mejora con acetaminofén, dificultad para respirar, si no come nada, dolor torácico intenso, cambios en orina, si presenta desmayos o convulsiona. Consultar por urgencias o consulta prioritaria!!!.



Eliana Maria Tamayo Berrio — **NOMBRE DEL MÉDICO**

FIRMA Y SELLO

RM 43114989 — **REGISTRO MÉDICO**

HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES

Fecha: 19/10/2024
Nombre completo: Nolberta Vidales Perez
CC: 1036865222
FN: 31/01/1942
Edad: 82 años
Sexo: Femenino
Ocupación: cesante
Estado Civil: soltera
Escolaridad: Discapacidad auditiva
Raza: Mestiza
Población: General
Seguridad social: Coosalud
Residencia actual: Fundación Hogar y Vida – Girardota (Antioquia) - Teléfono: 31486170987
Responsable Alcaldía de Remedios

MOTIVO DE CONSULTA: Revisión médico general.

ENFERMEDAD ACTUAL: Se evalúa paciente con todos los elementos de bioseguridad.

Femenina en novena década de la vida, con antecedentes de HTA, DM tipo II, discapacidad auditiva, TAB, continencia mixta, hiperlipidemia, anemia crónica, neuropatía urinaria, osteoartrosis coxofemoral. Al ingreso a la institución presentaba intolerancia gástrica, con nauseas y vómito, epigastralgia, manejo con protector gástrico con buena respuesta en el momento tolera la vía oral con adecuado habito intestinal, ha permanecido estable sin síntomas infecciosos o descompensación sistémica, come y duerme adecuadamente. Adherente a tratamiento farmacológico.

Se queja de dolor en oído izquierdo, sin secreciones, sin fiebre.

Barthel: puntos.

REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega dolor torácico niega disnea, niega cefalea, dolor abdominal niega edemas, niega cambios en orina niega fiebre niega paresias, plejias o sincope. Niega perdida de peso sin explicación.

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, DM tipo II, discapacidad auditiva, TAB, continencia mixta, hiperlipidemia, anemia crónica, neuropatía urinaria, osteoartrosis coxofemoral.

ANTECEDENTES FAMILIARES: No hay información.

EXAMEN FÍSICO

Examen físico general: Alerta, colaboradora, tranquila, sin signos de dificultad respiratoria.

Signos Vitales: FC 73 lpm FR 16 rpm PA 120/72 mmHg T 36.1ºC Sat O2 95% Glasgow 14/15

Cabeza y cuello: Normocéfala, amaurosis ojo derecho, boca sin lesiones, mucosas húmedas, rosadas, cuello móvil sin masas sin dolor sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular audible, sin ruidos sobreagregados, sin tirajes ni retracciones.

Abdomen: Abdomen blando , depresible, sin masas palpables, sin signos de irritación peritoneal, sin globo vesical, puño percusión negativa.

Genitourinario: Normoconfigurados, sin lesiones en piel o secreciones.

Osteomuscular: Extremidades atróficas, fuerza 4/5 en las 4 extremidades, escoliosis convexidad a la derecha, marcha con ayuda. Sin edemas.

Neurológico: Alerta, no responde al interrogatorio, establece contacto visual con el examinador, sin signos de focalización o signos meníngeos.

Piel y Anexos: Piel sin lesiones.

Observaciones: Ninguna.

DIAGNÓSTICOS

1. Discapacidad cognitiva auditiva
2. Escoliosis convexidad derecha
3. Síndrome de colon irritable
4. Gastritis crónica.

ANÁLISIS

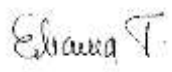
Paciente femenina en novena década de la vida, con antecedentes descritos, estable de patologías de base, tolerando la vía oral, sin nuevos episodios de nauseas o vómico, continúa manejo con protector gástrico, antiespasmódico. Se indica suspender metformina por deposiciones liquidas asociadas, vigilar glucometrías en ayunas. Se dan recomendaciones signos y síntomas de alarma.

Plan de tratamiento:

- Hidróxido aluminio + simeticona suspensión, tomar 10cc 1 hora después del consumo de alimentos. Cada 8 horas.
- Bromuro de hioscina 10mg tableta, tomar 1 tableta cada 8 horas si dolor abdominal.
- Metoclopramida 10mg tab, tomar 1 tableta 20 minutos antes de cada comida principal solo si presenta vómito.
- Suspender Metformina.
- Vigilar glucometrías en ayunas.
- Se dan recomendaciones signos y síntomas de alarma

Recomendaciones

- Dieta balanceada.
- Ejercicio fisico 3 días a la semana.
- Higiene oral.
- Dormir mínimo 6 horas diarias
- No automedicarse.
- Vigilar si fiebre, tos, si dolor intenso que no mejora con acetaminofén, dificultad para respirar, si no come nada, dolor torácico intenso, cambios en orina, si presenta desmayos o convulsiona. Consultar por urgencias o consulta prioritaria!!!.



Eliana Maria Tamayo Berrio — **NOMBRE DEL MÉDICO**

FIRMA Y SELLO

RM 43114989 — **REGISTRO MÉDICO**

HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES

Fecha: 19/10/2024
Nombre completo: Ruth Maria Cifuentes
CC: 42937539
FN: 21/12/1959
Edad: 74 años
Sexo: Femenino
Ocupación: cesante
Estado Civil: soltera
Escolaridad: Primaria incompleta
Raza: Mestiza
Población: General
Seguridad social Coosalud
Residencia actual: Fundación Hogar y Vida – Girardota (Antioquia) - Teléfono: 31486170987
Responsable Alcaldía de Remedios

MOTIVO DE CONSULTA: Revisión médico general.

ENFERMEDAD ACTUAL: Se evalúa paciente con todos los elementos de bioseguridad.

Femenina en octava década de la vida, con antecedentes de déficit cognitivo leve, esteatosis hepática, con cambios de comportamentales pueriles, llanto fácil sin una causa clara, ha permanecido estable sin síntomas infecciosos o descompensación sistémica, come y duerme adecuadamente. Adherente a tratamiento farmacológico.

Refiere el día de hoy dolor en hombro derecho, que empeora con los movimientos, no asociado a trauma o lesión evidente.

Barthel: 100 puntos.

REVISIÓN POR SISTEMAS: Niega dolor torácico niega disnea, niega cefalea, dolor abdominal niega edemas, niega cambios en orina niega fiebre niega paresias, plejias o sincope. Niega perdida de peso sin explicación.

ANTECEDENTES PERSONALES: Déficit cognitivo leve. Esofagitis grado II. Hernia inguinal derecha. Esteatosis hepática.

ANTECEDENTES FAMILIARES: La mamá sufrió de Diabetes Mellitus tipo II.

EXAMEN FÍSICO

Examen físico general: Alerta, colaboradora, llanto fácil, sin signos de dificultad respiratoria.

Signos Vitales: FC 84 lpm FR 19 rpm PA 110/80 mmHg T 36.4ºC Sat O2 90% Glasgow 15/15

Cabeza y cuello: Normocéfala, pupilas normorreactivas, boca sin lesiones, mucosas húmedas, rosadas, cuello móvil sin masas sin dolor sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: Tórax simétrico. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular audible, sin ruidos sobreagregados, sin tirajes ni retracciones.

Abdomen: Abdomen globoso, con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho sin defensa voluntaria, se palpa hígado 2 cm por debajo de reborde costal derecho, sin signos de irritación peritoneal, sin globo vesical, puño percusión

negativa.

Genitourinario: Normoconfigurados, sin lesiones en piel o secreciones.

Osteomuscular: Extremidades simétricas, eutróficas, fuerza 4/5 en las 4 extremidades, marcha sin ayuda. Refiere dolor a la palpación en hombro derecho sin edemas, eritemas, sin deformidades o masas palpables, dolor con la rotación interna.

Neurológico: Alerta, colaboradora, orientada en las 3 esferas, lenguaje claro y coherente, sin signos de focalización o signos meníngeos.

Piel y Anexos: Piel sin lesiones.

Observaciones: Ninguna.

DIAGNÓSTICOS

1. Esteatosis hepática grado II.
2. Dolor en articulación.

ANÁLISIS

Paciente femenina en octava década de la vida con antecedentes descritos, con dolor abdominal sin singo de urgencia o abdomen quirúrgico asociado a esteatosis hepática sin repercusión gastrointestinal, se solicita exámenes de función hepática de control. Además con dolor en hombro derecho no asociado a trauma o lesión visible, de 4 horas de evolución se envía manejo analgésico, medios locales y recomiendo observar evolución. Se dan recomendaciones signos y síntomas de alarma.

Plan de tratamiento:

- Exámenes: hemograma completo, AST, ALT, FA, GGT. AgSVHB, AcVHC.
- Diclofenaco gel aplicar cada 8 horas en área afectada.
- Acetaminofén + cafeína 500 – 65mg 1 5ableta cada 8horas.
- Calor local.
- Vigilar evolución.
- Avisar cambios.

Recomendaciones

- Dieta balanceada.
- Ejercicio fisico 3 días a la semana.
- Higiene oral.
- Dormir mínimo 6 horas diarias
- No automedicarse.
- Vigilar si fiebre, tos, si dolor intenso que no mejora con acetaminofén, dificultad para respirar, si no come nada, dolor torácico intenso, cambios en orina, si presenta desmayos o convulsiona. Consultar por urgencias o consulta prioritaria!!!.

Eliana T.

Eliana Maria Tamayo Berrio — **NOMBRE DEL MÉDICO**

FIRMA Y SELLO

RM 43114989 — **REGISTRO MÉDICO**