

 FUNDACIÓN VALLE DEL LILI <i>Excelencia en Salud al servicio de la comunidad</i>	Historia Clínica	Avenida Simón Bolívar Carrera 98 No. 18-49 Conmutador 032 3319090 Fax 032 3316728 Nit. 8903241775 www.valledellili.org CALI - COLOMBIA Impreso por: IGONZALEZ

Datos Generales			
Paciente: ALEXANDER MARIN LARRAHONDO			Sexo: M
Fecha Nacimiento: 25.10.1976	Nº Historia Clínica: 527134	Identificación: CC 7702874	Edad: 46

Antecedentes

Fecha Registro: 27.08.2011

Hora Registro: 17:53:30

Responsable: IBARRA SANDOVAL, FABIO ALEJANDRO

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Patológicos - NO REFIERE

Quirúrgicos - NO REFIERE

Farmacológicos - NO REFIERE

Alérgicos - NO REFIERE

EPISODIO: 4189456

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 16.01.2017

Hora Registro: 12:19:36

Responsable: LARA CARVAJAL, CATALINA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

Pacietne conocido el 30 julio/2015, con historia de obesidad severa, operado de sleeve gastrico en Octubre del 2013, tenia peso de 114.5Kg previo a cirugia, logró perdida de peso en el primer año post quirurgico y llego a pesar 95Kg. Dice que logró sostener el peso de 95Kg hasta Dic/2014, pero volvio a subir de peso en el ultimo año ha ganado 6Kg, pero en los ultimos 5 meses se ha mantenido estable. En marzo de 2014 le diagnosticaron VIH, tenía una dermatitis que no mejoraba. Dice estar cambiando habitos de alimentacin, ya no come azucares ni dulces, no fritos ni grasas, Ahora no está haciendo ejercicio, lo suspendió desde diciembre

Peso Julio 2015: 110Kg
 Peso Abril: 115.6Kg subió: 5.6Kg en 8 meses
 Peso Sep 30/2016: 116.1Kg subió: 500g en 5 meses
 Peso Oct 28/2016: 114.8Kg bajó: 1.3Kg en 1 mes.
 Peso Ene 16/2016: 112.7Kg bajó: 2.1Kg en 2 meses y medio
 Estatura: 178cm IMC: 35.5 Kg/mt2

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Pacietne con perdida de peso de 2.1Kg en 2 meses y medio, siguiendo cambios propuesto en habitos alimentarios, con mayor cotnrol de porcioens y restriccion de azucares. Continuar igual manejo de dieta. control 10 dis despues de cirugia.

DIAGNÓSTICOS

E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4189456

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
16.01.2017	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	LINDA LORENA ROSERO LEMOS

EPISODIO: 4208361

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 23.01.2017

Hora Registro: 12:23:40

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 40 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2017.Ene.23 Edad: 40 Años Peso: 114.0 Kg. DIAGNOSTICOS: 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS? 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2017.Ene.23 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 493 Células / ml 2017.Ene.23 - CARGA VIRAL: 0 Copias / ml Paciente quien evalué el 23.09.2016, tiene un diagnóstico de infección avanzada por VIH con recuentos de CD4 de 493 (¿?%), carga viral del VIH < 20 copias/mL para el 20.12.2016 en manejo con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina; 2. Efectos neuropsiquiátricos por el efavirenz 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por Psiquiatría. 5. Hipersomnía. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP. Me comenta que ha presentado dificultad en las dispensación de los medicamentos en Enero del 2017, en general mejor, tiene del 16.12.2016 un nitrógeno ureico 11.8 g/dL, Creatinina 0.95 mg/dL, GPT 29, leucocitos 6080, hgb 14.1, plaquetas 192.000. Tiene un peso de 114 kg, tensión arterial 120/70 mmHg . Examen anodino. 1. Control inmunológico y virológico, control en 6 meses con analíticas. o Orden para próxima cita por Infectología en 180 días. Interconsulta por Infectología Adultos o Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutámico Oxaloacética, Cpk Total, Alt Transaminasa Glutamicopiruvica, Recuento De Celulas Cd4 (numero Y %), Carga Viral Para Hiv, Creatinina, Parcial De Orina, Glicemia, Perfil Lipidico: Colesterol, Ldl, Hdl, Trigliceridos o

Prescripción: Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias *
 Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias *
 Válida por 6 meses. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE
 FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-
 00

ENFERMEDAD ACTUAL

.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 40 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2017.Ene.23 Edad: 40 Años Peso:
 114.0 Kg. DIAGNOSTICOS: 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV
 SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ
 POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR
 + TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO
 GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS
 TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18
 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG
 NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV +
 TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM
 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA
 HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA
 BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2017.Ene.23 - LINFOCITOS T CD4: 0 % -
 493 Células / ml 2017.Ene.23 - CARGA VIRAL: 0 Copias / ml Paciente quien
 evalué el 23.09.2016, tiene un diagnóstico de infección avanzada por VIH con
 recuentos de CD4 de 493 (¿?%), carga viral del VIH < 20 copias/mL para el
 20.12.2016 en manejo con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina; 2.
 Efectos neuropsiquiaticos por el efavirenz 3. Antecedente de cirugía Bariátrica;
 4. Trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por Psiquiatría. 5.
 Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP.
 Me comenta que ha presentado dificultad en las dispensación de los
 medicamentos en Enero del 2017, en general mejor, tiene del 16.12.2016 un
 nitrógeno ureico 11.8 g/dL, Creatinina 0.95 mg/dL, GPT 29, leucocitos 6080,

hgb 14.1, plaquetas 192.000. Tiene un peso de 114 kg, tensión arterial 120/70 mmHg . Examen anodino. 1. Control inmunológico y virológico, control en 6 meses con analíticas. o Orden para próxima cita por Infectología en 180 días. Interconsulta por Infectología Adultos o Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutamico Oxaloacetica, Cpk Total, Alt Transaminasa Glutamicopiruvica, Recuento De Celulas Cd4 (numero Y %), Carga Viral Para Hiv, Creatinina, Parcial De Orina, Glicemia, Perfil Lipidico: Colesterol, Ldl, Hdl, Trigliceridos o Prescripción: Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Válida por 6 meses. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4208361

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
23.01.2017	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Infectologia	JOSE LUIS CAMACHO CEBALLOS

EPISODIO: 4240908

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 03.02.2017

Hora Registro: 12:10:14

Responsable: SANABRIA ARENAS, FERNANDO

Especialidad: NEUMOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL

39 años. DX: SAHS. VISTO POR NEUMOLOGOS DESDE 2010, CON SUEÑO INTERRUPTIDO, CON SENSACION DE OBSTRUCCION NASAL. USUALMENTE SE ACUESTA A LAS 12 PM, LATENCIA CORTA, ES RONCADOR INTENSO, CON APNEAS PRESENCIADAS, SUEÑO NO REPARADOR, FRANCA SOMNOLENCIA

DIURNA PASIVA. PSG DE 10/2010, CON IAH: 51.5. PSG DE 01/2012: CON IAH DE 13, PERO CON CURVA DE SpO2 MUY SUGESTIVA DE SAHS MAS SEVERO. USA EL CPAP INTERMITENTEMENTE POR DIFICULTAD PARA ADAPTACION A PESAR DE MODIFICACIONES. **SE PRACTICO SLEEVE GASTRICO EN 2013.** REDUCCION DE 19 KG DE PESO INICIALMENTE, PERO LUEGO INCREMENTO PESO HASTA SU NIVEL PREVIO DX DE INFECCION X VIH. ESTA EN EVALUACION PARA CONVERSION A BYPASS GASTRICO. PSG 18/12/2015: IAH: 12,7/H, SPO2 MIN: 79%. TITULACION DE CPAP: PRESION DE 8 CM H2O. SE HIZO CON MASCARA ORONASAL L X PETICION DEL PACIENTE. SUEÑO INTERRUMPIDO, ESDIURNA, CANSANCIO. RONQUIDO FUERTE. DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO. **AP: NEUMONIA HACE 5 AÑOS, HOSPITALIZADO EN FARALLONES POR 8 DIAS.** MEJORIA. TRAE RX DE TORAX DE 10/2010 NORMAL. DRENAJE DE ABSCESO RECTAL HACE 15 DIAS. NO OTROS. FX: RECIBIO ORLISTAT HACE ALGUN TIEMPO. TTO ANTIRETROVIRAL, B12. NO TABAQUISMO. BEBE SOCIALMENTE. NO ALERGIAS. MEDICO AUDITOR DE SOS Y BATALLON. EF: TA 110/70, PESO 112 KG, 178 CM, MALLAMPATI IV, RETROGNATIA, DISTANCIA TIROIDEO-MENTONIANA DISMINUIDA, CUELLO 44 CM, C/P BIEN, LEVE CIANOSIS DISTAL, RESTO BIEN. DX: SAHOS SINTOMATICO, **EN PACIENTE CON HISTORIA PREVIA DE SLEEVE GASTRICO Y GANANCIA DE PESO. ADEMAS INFECCION POR VIH.** PREVIAMENTE NO PUDO ADAPTARSE A CPAP. AHORA REDUJO PESO Y ES CANDIDATO PARA QX DE REVISION PARA OBESIDAD. ESTA MUY SINTOMATICO. PLAN: RECOMIENDO REINTENTAR CPAP CON PRESION DE 8 CM DE H2O Y PROBAR CON ALMOHADILLAS NASALES + MENTONERA, PARA BUSCAR MEJOR TOLERANCIA. SE BENEFICIA DE NUEVA INTERVENCION QX PARA REDUCCION DE PESO. CONTROL CON INFORME DE CPAP.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PLAN: RECOMIENDO REINTENTAR CPAP CON PRESION DE 8 CM DE H2O Y PROBAR CON ALMOHADILLAS NASALES + MENTONERA, PARA BUSCAR MEJOR TOLERANCIA. SE BENEFICIA DE NUEVA INTERVENCION QX PARA REDUCCION DE PESO. CONTROL CON INFORME DE CPAP.

DIAGNÓSTICOS

G473 - APNEA DEL SUEÑO**ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4240908**

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
03.02.2017	890271	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA	UT Neumologia Adulto	ANGIE LUCERO MUÑOZ FLOREZ

EPISODIO: 4276363**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 17.02.2017

Hora Registro: 11:26:57

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA**VIENE A CONTROL****ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE CONOCIDO CON ANTECEDENTE DE SLEEVE GASTRICO CON IMC DE 38 INICIAL CON SAHOS, POSTERIORMENTE REGANANCIA DE PESO ACTUALMENTE EN EL MISMO PESO CON EL QUE SE OPERO INICIALMENTE Y NUEVAMENTE CON SAHOS EL PACIENTE DESEA CIRUGIA DE REVISION PESO PREVIO 114 PESO ACTUAL 117 ULTIMO PESO 112 FUE COMENTADO EN JUNTA (NUTRICION, PSIQUIATRIA, ENDOCRINOLOGIA, CIRUIGA BARIATRICA Y SE IC A INFECTOLOGO TRANTANTE) DONDE SE EVALUARON TODOS LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA FALLA DEL PROCESO Y SE DEFINIO QUE SECUNDARIO AL TRATAMIENTO INICIAL POR INFECTOLOGIA ESTO FAVORECIO LA REGANANCIA DE PESO. EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO CON NUTRICION NEUMOLOGIA Y PSIQUIATRIA CON ADHERENCIA DE PAUTAS PERO AUN CON UN PESO QUE NO FAVORECE PARA LA RESOLUCION DE COMORBILIDADES COMO EL SAHOS POR ESTO EN JUNTA SE DEFINIO QUE SE DEBE REALIZAR UNA CIRUGIA DE REVISION PARA DISMINUCION DE PESO Y RESOLUCION DE COMORBILIDADES ACTUALES. EN LAS GUIAS DE LA ASMBS SE CONTEMPLA LA CIRUGIA DE REVISION EN ESTOS CASOS. FUE VALORADO POR NEUMOLOGIA QUIEN ORDENA CPAP PARA MANEJO DE SU SAHOS MIENTRAS DISMINUYE DE PESO AHORA EN

MANEJO POR CIRUGIA DE COLUMNA POR LUMBALGIA, ORTOPEDIA INDICA QUE DEBE BAJAR DE PESO PARA MEJORIA DE SINTOMAS PACIENTE CON CAMBIOS CONDUCTUALES POSITIVOS PARA PODER AHORA REALIZAR CIRUGIA DE REVISION, EL PACIENTE SE BENEFICIA DE DISMINUCION DE PESO PARA MANEJO DE SU APNEA SE DAN NEUVAMENTE ORDENES DE CIRUGIA PARA TRAMITE Y SE PRESENTARA EN JUNTA LUEGO DE VALORACION POR NUTRICION Y PSIQUIATRIA SE EXPLCA EL PROCESO

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

SE DAN ORDENES DE VALORACION POR ANESTESIA HEMOGRAMA EKG, ORDEN DE CIRUGIA DE REVISION Y COLECISTECTOMIA POR COLELTIAISIS Y NO POS

DIAGNÓSTICOS

K759 - ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL HIGADO, NO E SPECIFICADA

E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS

G473 - APNEA DEL SUEÑO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4276363

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
17.02.2017	890202-8	CONSULTA ESPECIALISTA QUIRURGICO - PRE-Q UIRURGICA Y PRE-ANESTESICA DE PRIMERA VE Z POR MEDICINA ESPECIALIZADA	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	ALEJANDRA LONDOÑO BLANDON

EPISODIO: 4394953

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 26.05.2017

Hora Registro: 16:17:16

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Tipo de herida :

Limpia Contaminada

Descripción de la prestación :

COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA

Hallazgos :

NO ADHERENCIAS ESTOMAGO CON MAYOR VOLUMEN POSTERIOR VESICULA DE PAREDES DELGADAS CON EPIPLON EMPLASTRONADO CUBRIENDOLA

Descripción procedimiento :

INCISION SUPRAUMBILICAL DE 12 MM NEUMOPERITONEO CON AGUJA DE VERES HASTA 15 MM HG SE PASA TROCAR DE 12 MM SUPRAUMBILICAL Y PARAUMBILICAL IZQ, PARAUMBILICAL DERECHO DE 5 MM SUBCOSTAL IZQ Y DE 5 MM SUBXIFOIDEO SE INSPECCIONA SE EVIDENCIAN HALLAZGOS SE TRACCIONA HIGADO Y CON LIGASURE MARYLAND SE DISECA PLASTRON DE EPIPLON QUE LA CUBRIA SE REALIZA RETRACCION DE LA VESICULA Y CON MARYLAND SE LIBERAN ADHERENCIAS PERIVESICUALES SE INICIA DISECCION DEL TRIANGULO DE CALOT VISION CRITICA SE CLIPA # 3 CONDUCTO CISTICO SE DISECA Y CLIPA #2 ARTERIA CISTICA SE INICIA DISECCION CISTICOFUNDICA CON HOOK SE VERIFICA HEMOSTASIA SE INSTILA MARCAINA SIMPLE EN EL LECHO VESICULAR SE EXTRAEE ESPECIMEN POR TROCAR UMBILICAL SE INICIA LIBERACION DEL REMANENTE GASTRICO HASTA LA CRURA DERECHA SE OBSERVA DILATACION DEL POUCH GASTRICO HACIA LA PARTE POSTERIOR A 6 CM DEL PILORO, SE PASA SONDA DE CALIBRACION DE 36 F Y SE TUBULIZA CON 7 GRAPAS 60 MM 1 VERDE 6 AZULES, SE REFUERZA LINEA DE GRAPA CON PDS 3/0 PRUEBA DE INTEGRIDAD NEUMATICA NEGATIVA PARA FUGA SE EXTRAEE ESPECIMEN QUIRURGICO POR TROCAR SUPRAUMBILICAL Y SE CIERRAN ORIFICIOS INFERIORES CON PROLENE 1/0 PIEL PROLENE 3/0 CONTEOS COMPLETOS NO COMPLICACIONES

Complicaciones :

NO

Historia Hospitalización

Fecha Registro: 26.05.2017

Hora Registro: 16:23:56

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

INGRESA PARA CX BARIATRICA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SLEEVE GASTRICO CON REGANANCIA DE PESO Y DOLOR EN HCD SE PROGRAMA PARA CIRUGIA DE REVISION

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 110.00 / 70.00 - TAM: 83.33 - T°C: 36.00 - FC: 70.00 - FR: 15.00 - S.Con
O2: 0.00 - PESO: 0.00 - TALLA: 0.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 0.00 -
PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

Cabeza:

Cara:

Ojos:

Cuello:

ORL:

Tórax:

Abdomen:

SNC:

Genitourinario:

Extremidades:

Pulsos Periférico:

Piel y Tejidos:

ANALISIS Y CONDUCTA

INGRESA PARA CX DE REVISION Y COLELAP

DIAGNÓSTICOS

K910 - VOMITO POSTCIRUGIA GASTROINTESTINAL

E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS

K660 - ADHERENCIAS PERITONEALES

K802 - CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECI STITIS

R101 - DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPE RIOR

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 26.05.2017

Hora Registro: 16:24:06

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. TRASLADO AL PISO 2. LEV A 150 CC HORA 3. DIPIRONA 1500 MG IV CAD 6 HORAS 4. INCENTIVO RESPIRATORIO 5. ENOXA MAÑANA 40 MG SC DIA 6. MAÑANA VO MEDIA PORCION HIPOGLUCIDA LIQUIDA CLARA

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.05.2017

Hora Registro: 16:30:55

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA OPERATORIA DX OBESIDAD COLELITIASIS CX CX DE REVISION
COLELAP CX E DORADO J CORREA ANE GENERAL

TOLERA EL PROCEDIMIENTO

PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO TRASLADO A PISO

NOV MAÑANA LIQUIDOS ORALES CLAROS HIPOGLUCIDOS MAÑAN
ENOXAPARINA INCENTIVO RESPIRATORIO

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.05.2017

Hora Registro: 10:00:33

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX: POP DE CIRUGIA DE REVISION Y COLELAP HIV POSITIVO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES TOLERANDO VIA ORAL LIQUIDA
CLARA AUN NO DEAMBULA INDICA QUE HAY DOLOR EN LAS HERIDAS Y QUE
LA DIPIRONA NO LE QUITA SUFICIENTE EL DOLOR TA 144/ 79 FC 82 SO2
94% AL AIRE AMBIENTE HERIDAS CUBIERTAS SIN SANGRADO ABDOMEN
BLANDO DEPRESIBLE NO HAY IRRITACION HIDRATADO NO ICTERICO

PACIENTE CON EVOLUCION ESTABLE INDICA QUE HAY DOLOR A PESAR DE
LA DIPIRONA SE DECIDE REFORZAR ANALGESIA CON PARACETAMOL IV PUES
APENAS ESTA INCIANDO TOLERANCIA DE VIA ORAL Y NO SE RECOMIENDA
TRAMADOL POR NAUSEAS NI DICLOFENAC POR AUMENTAR RIESGO DE
SANGRADO

1. DIETA IGUAL 2. LEV IGUAL 3. SE ORDENA PARECETAMOL IV 1 GR CADA 6
HORAS 4. DEAMBULAR

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 27.05.2017

Hora Registro: 10:00:39

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES TOLERANDO VIA ORAL LIQUIDA CLARA AUN NO DEAMBULA INDICA QUE HAY DOLOR EN LAS HERIDAS Y QUE LA DIPIRONA NO LE QUITA SUFICIENTE EL DOLOR TA 144/ 79 FC 82 SO2 94% AL AIRE AMBIENTE HERIDAS CUBIERTAS SIN SANGRADO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO HAY IRRITACION HIDRATADO NO ICTERICO

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.05.2017

Hora Registro: 10:16:19

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

numero mipres para paracetamol iv 20170527131001167764

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.05.2017

Hora Registro: 12:03:29

Responsable: IGUA ESCOBAR, CRISTIAN ANTONIO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

nota medico hospitalario codigo mipres para paracetamol
20170527153001169164 12 amp

,

,

,

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.05.2017

Hora Registro: 10:05:59

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA
 Tipo de Evolución: Evolución
 DX: POP DE SLEEVE GASTRICO Y COLELAP HIV POSITIVO

PACIENTE ESTABLE AYER VOMITO POSTPRANDIAL HAY MEJORIA DEL DOLOR
 ESTA HIDRATADO TA 112/72 FC 90 SO2 955 AL AIRE AMBIENTE REFIERE
 DOLOR EPIGASTRICO HERIDAS CUBIERTAS

PACIENTE QUE SE LE REALIZO UNA CIRUGIA DE REVISION SLEEVE EN
 CIRUGIA SE VIO AL FINALIZAR EL TUBO DERECHO CON PRUEBA NEGATIVA
 PARA FUGA ESTA CON VOMITO, SE DECIDE OPTIMIZAR ANTIEMETICO CON
 PLASIL CADA 8 HORAS Y UNA DOSIS DE ONDASENTRON SE SOLICITA
 TRANSITO PARA EL MARTES PARA EVALUAR ANATOMIA DEL TUBO

1. NVO 2. PLASIL CADA 8 HORAS 3. EN CASO DE PERSISTIR CON VOMITO
 ONDASENTRON 8 MG 4. TRANSITO INTESTINAL PARA EL MARTES 5.
 SOLICITO IONOGRAMA

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 28.05.2017
 Hora Registro: 10:07:10
 Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. NVO INTENTAR EN LA TARDE PEDIALYTE Y DEJAR SOLO CON ESO 2.
 IONOGRAMA 3. LEV IGUAL 4. PLASIL CADA 8 HORAS 5. EN CASO DE
 PERSISTIR CON VOMITO ONDASENTRON 8 MG 6. TRANSITO INTESTINAL EL
 MARTES

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.05.2017
 Hora Registro: 09:24:09
 Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID
 Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA
 Tipo de Evolución: Evolución

DX: 3 DIA POP DE CX DE REVISION Y COLELAP ANTC DE SLEEVE GASTRICO
 COLELITIASIS HIV

PACIENTE QUE INDICA SENTIRSE MEJOR, HOY TOLERANDO LOS LIQUIDOS
 CLAROS NO VOMITO REALIZANDO INCENTIVO DEAMBULANDO TA 129/89 FC

90 SO2 96% AL AIRE AMBIENTE HERIDAS CUBIERTAS AYER REALIZO UNA HIPOGLICEMIA Y SE INICIO LIQUIDOS DEXTROSADOS IONOGRAMA DE AYER NA 141 K 3,4 CL 101

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES SE DECIDE REINICIAR LIQUIDOS ORALES CLAROS MEDIA PORCION Y MAÑANA TRANSITO, IONOGRAMA NORMAL HAY MEJORIA CLINICA

1. REINICIAR LIQUIDOS ORALES CLAROS MEDIA PORCION HIPOGLUCIDOS 2. LEV A 110 CC HORA RINGER, SI TOLERA VIA ORAL SUSPENDER LIQUIDOS DEXTROSADOS Y CAMBIAR A RINGER 3. MAÑANA TRANSITO

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 29.05.2017

Hora Registro: 09:24:44

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. REINICIAR VIA ORAL LIQUIDA CLARA HIPOGLUCIDA MEDIA PORCION 2. INCENTIVO RESPIRATORIO 3. DEAMBULACION 4. SI TOLERA LOS LIQUIDOS ORALES SUSPENDER DEXTROSA Y DEJAR A 110 CC LACTATO RINGER 5. MAÑANA TRANSITO

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.05.2017

Hora Registro: 10:26:40

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX 4 DIA POP DE CX DE REVISION + COLELAP SAHOS ANTC SLEEVE GASTRICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES INDICA NO DOLOR TOLERANDO LOS LIQUIDOS ORALES CLAROS NO VOMITO UN POCO DE REGURGITACOIN FC 67 TA 115/67 SO2 96% AL AIRE AMBIENTE ABDOMEN BLANDO HERIDAS CUBIERTAS

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CX DE REVISION HOY TIENE LAS VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE CONTROL HAY MEJORIA CLINICA SI EL TRANSITO ESTA BIEN ALTA EN LA TARDE CON RECOMENDACIONES

1. HOY TRANSITO 2. SI TODO SALE BIEN ALTA CON RECOMENDACIONES INDICACIONES DE DIETA, SIGNOS DE ALARMA POR QUE RECONSULTAR FORMULA CON ACETAMINOFEN ORAL ENOXAPARINA OMEPRAZOL SILIGAS Y PROTEINA ORAL CONTROL ESTE VIERNES E INCAPACIDAD POR 20 DIAS

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 30.05.2017

Hora Registro: 11:15:22

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. seguir liquidos claros 2. laparoscopia diagnostica + endoscopia intraoperatoria el viernes

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.05.2017

Hora Registro: 11:23:45

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX ANOTADOS

SE REVISA EL TRANSITO INTESTINAL Y SE OBSERVA PASO LENTO DEL MEDIO DEL ESOFAGO AL ESTOMAGO, CON VACIAMIENTO RETARDADO, PARECE QUE HAY UNA TRACCION POSTERIOR QUE NO PERMITE UN VACIAMIENTO ADECUADO

SE DECIDE REVISAR LA CIRUGIA POR POSIBLE TRACCION DEL POUCH DE LA MEMBRANA FRENOGASTRICA Y VISUALIZAR VIA ENDOSCOPICA INTRAOPERATORIA LA SOLUCION A ESTE PROBLEMA DE VACIAMIENTO. SE COMENTA CON EL DR ARGUELLO CX GASTROINTESTINAL Y SE DECIDE REALIZAR AMBOS PROCEDIMIENTOS EL VIERNES SE DEJA PROGRAMADO POR LO PRONTO PUEDE SEGUIR CON LIQUIDOS CLAROS

CX EL VIERNES LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA Y ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA RESTO DEL MANEJO IGUAL LIQUIDOS CLAROS LEV A 110 CC HORA

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 31.05.2017

Hora Registro: 10:54:04

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. IGUAL MANEJO

1. SUSPENDER PARECETAMOL IV 2. PLASIL CADA 12 H

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.05.2017

Hora Registro: 10:57:27

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX: POP DE CIRUGIA DE REVISION + COLELAP SAHOS RETARDO DEL VACIAMIENTO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES AYER TOLERO LIQUIDISO NO REFLUJO INDICA SENTIRSE MUCHO MEJOR NO NAUSEAS NO DOLOR FC 69

PACIENTE QUE TIENE PENDIENTE ENDOSCOPIA Y LAPAROSCOPIA DX PARA EL VIERNES SE DECIDE SUSPENDER PARECETAMOL IV POR CONTROL DEL DOLOR Y DISMINUIR EL PLASIL A CAD 1 2H

1. CX EL VIERNES 2. SUSPENDER PARACETAMOL 3. PLASIL CADA 12 H

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.06.2017

Hora Registro: 18:35:29

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX SLEEVE GASTRICO RETARDO DEL VACIAMIENTO GASTRICO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES TOLERADO DIETA NO VOMITO FC 70

PACIENTE QUE MAÑANA SERA LLEVADO A CX Y ENDO INTRAOPERATORIA PARA EVALUAR EL TUBO GASTRICO NVO DESDE LA NOCHE HOY

NVO MAÑANA CX

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.06.2017

Hora Registro: 11:27:53

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX 7 DIAS POST CIRUGIA DE REVISION + COLELAP TRANSTORNO DEL VACIAMIENTO ESOFAGICO

PACIENTE BIEN SIN VIA ORAL HOY CX

HOY CX Y ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA

HOY CX

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 02.06.2017

Hora Registro: 15:16:06

Responsable: MALDONADO GUTIERREZ, CATALINA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA -

Tipo de herida :

Limpia

Descripcion de la prestación :

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EGD CON BIOPS

Hallazgos :

.

Descripción procedimiento :

UNIDAD DE ENDOSCOPIA. REPORTE DE EVDA INTRAOPERATORIA.

Indicacion: disfagia post sleeve. Hallazgos: Esofago: mucosa normal en toda su extension, con union esofagogastrica a los 38 cm. Se observa fondo gastrico con union fundocorporal con angulacion posterior que genera limitacion y paso tortuoso por cuerpo gastrico tubulizado. Antro con piloro centrico y paso sin dificultad a bulbo y duodeno. Posterior a reparo quirurgico se visualiza nuevamente angulacion previa resuelta sin dificultad al paso en

unionfondocorporal y logrando visualizar estomago tubulizado.

Complicaciones :

.

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 02.06.2017

Hora Registro: 15:44:29

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Tipo de herida :

Limpia Contaminada

Descripcion de la prestación :

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA SOD

Hallazgos :

TUBO GASTRICO BIEN, NO LIQUIDO LIBRE, SE OBSERVA ADHERENCIA FIRME DEL ESTOMAGO AL POLO SUPERIOR ESPLENICO CON ANGULACION DEL SLEEVE AL INGRESO DEL ENDOSCOPIA, SE HACE LIBERACION Y AL REVISAR CON ENDOSCOPIA HAY PASO SIN ALTERACIONES AL ESTOMAGO RESIDUAL

Descripción procedimiento :

SE RETIRAN PUNTOS EN PIEL, SE PASA CON TECNICA ABIERTA TROCAR DE 12 MM UMBILICAL SE INSUFLA Y SE OBSERVA ESTOMAGO RESIDUAL SE PASA BAJO VISION DIRECTA TROCAR DE 5 MM PARAUMBILICAL SUBCOSTAL IZQ Y SUBXIFOIDEO CON LIGASURE MARYLAND SE LIBERA CRURA DERECHA E IZQUIERDA SE OBSEVA EL TUBO GASTRICO SIN TORSION, SE REALIZA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA CON PASO FACIL POR ESOFAGO EN LA ENTRADA AL TUBO HAY UNA ANGULACION POSTERIOR Y LEUGO PASO AL ESTOMAGO SE DECIDE COLOCAR TROCAR DE 12 SUPRAUMBILICAL PARA QUE EL LENTE LLEGUE AL HIATO SE LIBERA EPIPLON QUE ESTABA SUTURADO AL ESTOMAGO Y SE OBSERVA ADHERENCIA FIRME DEL ESTOMAGO AL BAZO LA CUAL SE LIBERA CON LIGASURE HAY LEVE DESPULIMIENTO ESPLENICO POR LO QUE SE UTILIZAN 2 CC DE TISEAL SE REFUERZA EXTREMO SUPERIO DEL TUBO CON VICRYL 3/0 SE DEJA DREN DE JP EN LECHO ESPLENICO SE REvisa HEMOSTASIA CIERRE DE FASCIA CON PROLENE 1/0 PIEL PROLENE 3/0 CONTEOS COMPLETOS MEDICAMENTO NO POS CARTUCHO LIGACLIP HEMOS MEDIANO L V3120 1 FIBRINOGENO 72 MG/TROMBINA 500 UI/CLORURO CALCIO JG X 2ML 1 JG MIPRES

20170606122001277211

Complicaciones :

NO

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 02.06.2017

Hora Registro: 15:45:50

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. VIA ORAL LIQUIDOS CLAROS EN 4 HORAS MAÑANA LIQUIDA COMPLETA NO LACTEA MEDIA PORCION 2. LEV A 110 CC HORA 3. DIPIRONA IGUAL 4. PARECETAMOL 1 G IV CADA 6 HROAS 5. SUSPENDER ENOXAPARINA 6. INCNETIVO RESPIRATOIO

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.06.2017

Hora Registro: 15:48:41

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA OPERATORIA DX ANTC DE CX DE REVISION CX LIBERACION DE ADHRENCIAS POR LAAPROSCOPIA CX E DORADO J CORREA ANE GENERAL

SE RELIZA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA SE OBSERVA EL SITIO DE TRACCION GASTRICA SE LIBERA Y LA ENDOSCOPIA POSTERIO MUESTRA PASO AL ESTOMAGO SIN ALTERACION

TOLERA EL PROCEDIMIENTO

1. VIA ORAL LIQUIDOS CLAROS EN 4 HORAS MAÑANA LIQUIDA COMPLETA NO LACTEA MEDIA PORCION 2. LEV A 110 CC HORA 3. DIPIRONA IGUAL 4. PARECETAMOL 1 G IV CADA 6 HROAS 5. SUSPENDER ENOXAPARINA 6. INCNETIVO RESPIRATOIO

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.06.2017

Hora Registro: 09:54:01

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX: POP DE LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA Y LIBERACION DE ADHERENCIAS
ANTC DE CX DE REVISION + COLELAP ANTC DE SLEEVE GASTRICO HIV

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES TOLERANDO VIA ORAL LICUADA
INDICA SENTIRSE BIEN Y QUE HAY CAMBIO EN LA TOLERANCIA A LA VIA
ORAL NO REFLUJO NO TACO NO VOMITO FC FA 114/ 70 ABDOMEN BLANDO
DREN CON ESCASO MATERIAL SEROHEMATICO APROX 90 CC EN 12 HORAS
NO EDEMAS HERIDAS CUBIERTAS SIN SANGRADO HEMOGRAMA HB 14 HCTO
40 leu 8400

BUENA EVOLUCION POP TOLERNADO DIETA SE DECIDE ALTA

ALTA CON RECOMENDACIONES AL PACIENTE FAMILIA (SE ENTREGAN POR
ESCRITO) DE DIETA CUIDADOS EN CASA SIGNOS DE ALARMA POR QUE
RECONSULTAR FOMRULA CON ACETAMINOFEN SILIGAS Y PROTEINA BTRUST
REINICIAR MEDICACION USUAL CONTROL EN 8 DIAS CON CX Y NUTRICION Y
SE DA INCAPACIDAD POR 20 DIAS

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 03.06.2017

Hora Registro: 09:54:09

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1 ALTA NO RETIRAR DREN

Alta Médica

Fecha Registro: 03.06.2017

Hora Registro: 09:57:58

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

Tipo Alta

Mejoría

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

ADHERENCIAS PERITONEALES

Recomendaciones

SI TODO SALE BIEN ALTA CON RECOMENDACIONES INDICACIONES DE DIETA, SIGNOS DE ALARMA POR QUE RECONSULTAR FORMULA CON ACETAMINOFEN ORAL ENOXAPARINA OMEPRAZOL SILIGAS Y PROTEINA ORAL CONTROL ESTE VIERNES E INCAPACIDAD POR 20 DIAS

Diagnóstico Alta

E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4394953

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
26.05.2017	898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIME N CON RESECCION DE MARGENES	UT Patologia	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
26.05.2017	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIME N DE RECONOCIMIENTO	UT Patologia	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
26.05.2017	439500	REVISION DE CIRUGIA BARIATRICA	UQ Quirófano	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
26.05.2017	512104	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	UQ Quirófano	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
27.05.2017	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	ANGELA MARCELA GOMEZ CARMONA
27.05.2017	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	ANGELA MARCELA GOMEZ CARMONA
28.05.2017	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	ANGELA MARCELA GOMEZ CARMONA
28.05.2017	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	ANGELA MARCELA GOMEZ CARMONA
28.05.2017	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN

28.05.2017	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
28.05.2017	903813	CLORO	UT Bioquimica	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
29.05.2017	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	ANGELA MARCELA GOMEZ CARMONA
30.05.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	DIANA MARCELA CUBILLOS OSORIO
30.05.2017	872121	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ES OFAGO ESTOMAGO Y DUODENO)	UT Estudios Especiales	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
30.05.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	DIANA MARCELA CUBILLOS OSORIO
30.05.2017	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	JHONATHAN DOMINGUEZ CHAVEZ
30.05.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	DIANA MARCELA CUBILLOS OSORIO
31.05.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	DIANA MARCELA VARGAS GIRALDO
31.05.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	DIANA MARCELA VARGAS GIRALDO
31.05.2017	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	CRHISTIAN DAVID ROLDAN TINOCO
31.05.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	DIANA MARCELA VARGAS GIRALDO
01.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	DIANA MARCELA

				VARGAS GIRALDO
02.06.2017	542100	LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA SOD	UQ Quirófano	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
02.06.2017	451600	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIO PSIA CERRADA SOD	UT Endo Digestivas	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
02.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	CAROLINA MESA DIAZ
02.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	CAROLINA MESA DIAZ
02.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	CAROLINA MESA DIAZ
03.06.2017	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 4394953

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Respuesta
26.05.2017	11:12	DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3ML AMP	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	ONDANSETRON 4 MG/2ML AMP 2ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12		1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	

		DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/ 2 ML AMP					MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	SUCCINILCOLINA HCL JERINGA10MG/ML X 10ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	1.00	FCO	INTRAVENOS	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	HIDROMORFONA 2MG/ML AMP 1ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG+DIPIRONA 2,5G /5ML AMP 5ML	1.00	AMP	PARENTERAL	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	MIDAZOLAM 1 MG /ML AMP 5 ML	1.00	AMP	PARENTERAL	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	DESFLURANE 100G/100ML FCO 240ML	30.00	ML	INHALATORI	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML	2.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:12	FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML	2.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	11:23	MORFINA 10MG/ML AMP 1ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20 MG/ML AMP 1ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	1.00	FCO	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23		1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	

		NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML					LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	ATROPINA SULFATO 1 MG/ML AMP 1ML	1.00	AMP	PARENTERAL	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML	20.00	ML	INHALATORI	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	NEOSTIGMINA 0,5MG/ML - SL	4.00	AMP	INTRAMUSCU	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3ML AMP	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	ONDANSETRON 4 MG/2ML AMP 2ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/ 2 ML AMP	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	11:23	MIDAZOLAM JERINGA PRELLENA 1MG/ML X 3ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ERA
26.05.2017	14:00	MEZCLA CEFAZOLINA	2.00	G	INTRAVENOS	DOUNICA	

		2G/100ML SSN 0.9%					TATIANA FLETCHER TOLEDO
26.05.2017	15:06	ATROPINA SULFATO 1 MG/ML AMP 1ML	1.00	AMP	PARENTERAL	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	15:06	NEOSTIGMINA 0,5MG/ML - SL	6.00	AMP	INTRAMUSCU	DOUNICA	MIGUEL DAVID RAMOS SIL
26.05.2017	16:53	OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML	10.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	BEATRIZ ELENA SANCHEZ VELEZ
26.05.2017	17:00	RANITIDINA CLORHID 50 MG/ 2 ML AMP	50.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
26.05.2017	17:00	SOLUCIONSALINA BOL 500ML 0,90%	900.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
26.05.2017	18:00	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP	10.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
26.05.2017	18:00	MEZCLA CEFAZOLINA 2G/100ML SSN 0.9%	2.00	G	INTRAVENOS	C/6H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
26.05.2017	19:00	OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML	10.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	LUIS DAVII BELTRAN OSORIO
26.05.2017	20:00	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	1500.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
27.05.2017	01:00	CEFAZOLINA 1000MG AMP	2000.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	GUSTAVO ADOLFO MUNERA ROMERO
27.05.2017	07:00	ENOXAPARINA 40 MG JG	40.00	MG	SUBCUTANEA	C/24H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN

27.05.2017	13:00	PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML	1000.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	SERGIO DARLEY LE CASTRO
28.05.2017	15:00	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP	10.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	MANUEL ALEJANDRO OROZCO JARAMILLO
29.05.2017	12:00	SOLUCION DE RINGER 500ML	660.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
30.05.2017	10:29	ENOXAPARINA 40 MG JG	40.00	MG	SUBCUTANEA	C/24H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
30.05.2017	10:29	OMEPRAZOL CAPSULAS 20 MG	20.00	MG	VIA ORAL	C/12H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
30.05.2017	10:29	ACETAMINOFEN 500 MG	1000.00	MG	VIA ORAL	C/6H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
30.05.2017	10:30	DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML	75.00	MG	PARENTERAL	C/24H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
30.05.2017	15:00	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	1000.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
31.05.2017	19:00	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP	10.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
01.06.2017	15:19	LORATADINA 10 MG TAB	10.00	MG	VIA ORAL	C/12H	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
01.06.2017	17:00	LORATADINA 10 MG TAB	10.00	MG	VIA ORAL	C/24H	DIANA MARCELA SOTO ADARVE

01.06.2017	17:00	HIDROCORTISONA 100MG/2ML VIAL	100.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
02.06.2017	11:11	LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	11:11	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/ 2 ML AMP	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	11:11	FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	11:11	MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	11:11	DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3ML AMP	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	11:11	ONDANSETRON 4 MG/2ML AMP 2ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	11:11	REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	11:11	BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	11:11	DEXMEDETOMIDINA 200MCG/2ML AMP 2ML (JG PRELLENA 100MCG)	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	11:11	NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA

02.06.2017	11:11	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	1.00	FCO	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	11:11	ATROPINA SULFATO 1 MG/ML AMP 1ML	1.00	AMP	PARENTERAL	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	11:11	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG+DIPIRONA 2,5G /5ML AMP 5ML	1.00	AMP	PARENTERAL	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	14:44	REMIFENTANYL JG PRELLENA 20MCG/ML X 20ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	14:44	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	1.00	FCO	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	14:44	NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	15:33	BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	15:33	MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	15:34	NEOSTIGMINA 0,5MG/ML - SL	4.00	AMP	INTRAMUSCU	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
02.06.2017	16:00	MEZCLA CEFAZOLINA 2G/100ML SSN 0.9%	2.00	G	INTRAVENOS	DOUNICA	JENNIFER HERRERA MAYOR
02.06.2017	16:06	SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML	24.00	ML	INHALATORI	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA

02.06.2017	19:00	PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML	1000.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
03.06.2017	09:54	ACETAMINOFEN 500 MG	1000.00	MG	VIA ORAL	C/6H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
03.06.2017	09:55	OMEPRAZOL CAPSULAS 20 MG	20.00	MG	VIA ORAL	C/12H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN

Epicrisis

Fecha Registro: 26.05.2017

Hora Registro: 16:23:56

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO

Historia Clínica : 0000527134

Episodio: 0004394953

Documento de identificación : .CC .7702874

Edad : 40Años

Sexo: M

Entidad: SERVICIO OCCID. DE SALUD

Servicio de ingreso: . . .UE T1 P6 hospitalizacion occid

Fecha ingreso: 26.05.2017

Hora ingreso: 11:15:00

Medico Tratante : DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso:

E660 .OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS

Diagnósticos de egreso:

E660 .OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS

ADHERENCIAS PERITONEALES

VOMITO POSTQUIRURGICO

Causa de admisión y enfermedad actual:

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SLEEVE GASTRICO HACE 2 AÑOS CON REGANANCIA DE PESO, SE REALIZA CIRUGIA DE REVISION Y COLELAP, POSTERIORMENTE VOMITO Y DISFAGIA Y REGURGITACION POR LO CUAL SE REALIZA

TRANSITO INTESTINAL MOSTRANDO ANGULACION DEL SLEEVE, SE REALIZA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA CONFIRMANDO LA ANGULACION SE REALIZA

LIBERACION DE ADHERENCIA DEL ESTOMAGO AL POLO ESPLENICO CON CORRECCION

DE LA ANGULACION

AHORA TOLERANDO LA DIETA

Servicio a Remitir:

LAPAROSCOPIA

Recomendaciones manejo ambulatorio:

MEDIR TODO LO QUE SE TOMA, DEBE TOMAR 3 ONZAS DE LIQUIDOS ORALES

DIETA ASI

DESAYUNO

CAFE CON LECHE DESCREMADA DESLACTOSADA 3 ONZAS + 1 GALLETA SALTIN

MEDIA MAÑANA Y TARDE

FRUTA 1 POCILLO TINTERO NO ACIDA

O JUGO NO ACIDO + PROTEINA BTRUST 3 ONZAS

O YOGURTH FINESSE O SLIGHT 3 ONZAS

ALMUERZO Y CENA

LICUAR : 3 ONZAS DE CONSOME + 1 POCILLO TINTERO DE VERDURA COCINADA+

2 CUCHARADAS DE POLLO O PESCADO, DEBE QUEDAR CONSISTENCIA D SOPA DE SOBRE Y TOMAR 3 ONZAS

PROTEINA B TRUST MEZCLAR 3 MEDIDAS EN 150 CC DE AGUA O JUGO, O ESPOLVOREAR 1 MEDIDA A LA SOPAS

ESTO LO DEBE TOMAR 1 MES

PUEDE TOMAR TINTO AROMAICA Y TE DE BOLSITA

ENDULZAR CON ESTEVIA O NUTRASWEET

DEAMBULAR

TOMAR EL ACETAMINOFEN 2 TAB MACERADAS CADA 6 HORAS POR 5 DIAS

OMEPRAZOL 1 CAP CADA 12 HORAS Y SILIGAS 10 GOTAS CADA 12 HORAS
 Y RESTO DE MEDICACION USUAL TOMARLA NORMALMENTE
 RETIRAR MICROPOROS EL LUNES
 LAS HERIDAS LAVAR CON JABON COSMETICO NO NECESITA CURACIONES O
 CUBRIRLAS
 CUANTIFICAR DREN CADA DIA
 SE DA INCAPACIDAD POR 20 DIAS DESDE EL 26 DE MAYO

Limitaciones Vida Diaria:
 NO FUERZAS POR 1 MES
 NO CONDUCIR POR 10 DIAS

Signos de Alarma:
 EN CASO DE PRESENTAR FIEBRE >38 GRADOS TOMADO CON TERMOMETRO,
 DOLOR
 ABDOMINAL QUE NO MEJORE CON ANALGESICO, VOMITO EN MAS DE 5
 OCASIONES, DEPOSICION CON SANGRE RUTILANTE, OPRESION EN EL PECHO
 DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO SENTIR LAS PIERNAS, SUDORACION EN
 REPOSO, ACELERACION DEL CORAZON, SALIDA DE PUS POR LAS HERIDAS O
 SALIDA DE MATERIAL ALIMENTARIO POR EL DREN CONSULTAR POR URGENC
 DE FUNDAICON VALLE DEL LILI

Atentamente,

DR. EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
 CIRUGIA GENERAL
 CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA
 ID: 0066928417
 REG: 7621132000

Fecha de egreso: 03.06.2017
 Hora de egreso: 15:47:18
 Servicio de Egreso: . . . UE T1 P7 hospitalizacion

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:
 | Dosis | Unid. | Via | Ciclo | Fecha Ini. | Fecha Fin. | Cant. | Unid. | Nombre
 medicamento |
 | 30.000 | ML | INHALATORI | DOUNICA | 20170526 | 20170527 | 30.000 | ML
 |

| DESFLURANE 100G/100ML FCO 240ML
 | 1.000 | FCO | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170526 | 20170527 | 1.000 |
 FCO |
 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML
 | 1.000 | AMP | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170526 | 20170527 | 1.000 |
 AMP |
 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML
 | 1.000 | AMP | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170526 | 20170527 | 1.000 |
 AMP |
 | ONDANSETRON 4 MG/2ML AMP 2ML
 | 1.000 | JG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170526 | 20170527 | 1.000 | JG |
 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRE LLENA 20MCG/ML 50ML)
 | 1.000 | JG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170526 | 20170527 | 1.000 | JG |
 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRE LLENA 20MCG/ML 50ML)
 | 1.000 | JG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170526 | 20170527 | 1.000 | JG |
 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRE LLENA 20MCG/ML 50ML)
 | 1000.000 | MG | INTRAVENOS | C/6H | 20170527 | 20170601 | 15.000 | AMP
 |
 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML
 | 1.000 | FCO | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170602 | 20170603 | 1.000 |
 FCO |
 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML
 | 1.000 | AMP | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170602 | 20170603 | 1.000 |
 AMP |
 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML
 | 1.000 | JG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170602 | 20170603 | 1.000 | VI |
 | DEXMEDETOMIDINA 200MCG/2ML AMP 2ML
 | 1.000 | AMP | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170602 | 20170603 | 1.000 |
 AMP |
 | ONDANSETRON 4 MG/2ML AMP 2ML
 | 1.000 | JG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170602 | 20170603 | 1.000 | JG |
 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRE LLENA 20MCG/ML 50ML)
 | 1.000 | JG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170602 | 20170603 | 1.000 | JG |
 | REMIFENTANYL JG PRELLENA 20MCG/ML X 20ML
 | 1.000 | FCO | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170602 | 20170603 | 1.000 |
 FCO |
 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML
 | 1.000 | AMP | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170602 | 20170603 | 1.000 |
 AMP |
 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML

| 1000.000 | MG | INTRAVENOS | C/6H | 20170602 | 20170603 | 3.000 | AMP
 |
 | PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 10MG/ML FCO X 100ML
 | 24.000 | ML | INHALATORI | DOUNICA | 20170602 | 20170603 | 24.000 | ML
 |
 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML
 | 20170602 | 20170602 | 1.000 | JG |
 | FIBRINOGENO 72 MG/TROMBINA 500 UI/CLORUR O CALCIO JG X 2ML

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:

Cantid.	Unid	Insumos/procedimientos
1.000	ST	CARTUCHO LIGACLIP HEMOS MEDIANO.LARGE V3 120
1.000	ST	LIGASURE MARYLAND 5MMX37CM LF1737
1.000	ST	REVISION DE CIRUGIA BARIATRICA
1.000	ST	RECARGA GST AZUL 60MM GST60B
1.000	ST	GRAPADORA ECHELON PWRD PLUS 60MM PSEE60A
1.000	ST	CARTUCHO LIGACLIP HEMOS MEDIANO.LARGE V3 120
1.000	ST	LIGASURE MARYLAND 5MMX37CM LF1737
5.000	ST	RECARGA GST AZUL 60MM GST60B
1.000	ST	RECARGA GST VERDE 60MM GST60G
1.000	ST	REVISION DE CIRUGIA BARIATRICA
1.000	ST	CARTUCHO LIGACLIP HEMOS MEDIANO.LARGE V3 120
1.000	SOB	CLIP HEM-O-LOCK VERDE CART X 6 CLIPS

Atentamente,

DR. EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
 CIRUGIA GENERAL
 CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA
 ID: 0066928417
 REG: 7621132000

EPISODIO: 4404905

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 12.04.2017

Hora Registro: 07:17:20

Responsable: BENAVIDES SERRALDE, PABLO JOSE

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Enfermedad actual :

PACIENTE CONOCIDO CON ANTECEDENTE DE SLEEVE GASTRICO 2013 CON IMC DE 38 INICIAL CON SAHOS, POSTERIORMENTE REGANANCIA DE PESO ACTUALMENTE EN EL MISMO PESO CON EL QUE SE OPERO INICIALMENTE Y NUEVAMENTE CON SAHOS EL PACIENTE DESEA CIRUGIA DE REVISION.

Preparación general - observaciones :

HB:16.1. PLQ:182000. LEUC:6270. EKG: RS NO ISQUEMIA. CONTINUAR RETROVIRALES. FIRMA CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA.

Preparación general - ayuno recomendado :

8 HS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4404905

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
12.04.2017	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	UT Anestesia	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN

EPISODIO: 4538663

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 09.06.2017

Hora Registro: 10:23:55

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

VIENE A CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CONOCIDO CON ANTECEDENTE DE SLEEVE GASTRICO CON REGANANCIA DE PESO POR LO QUE SE REALIZO REVISION CON UN RESLEEVE PESO 114 INICIAL PESO POST 104 SE AVANZA A DIETA A SEMIBLANDA SE REMITE A NUTRICION

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES INDICA QUE EL MIERCOLES TUVO EMESIS PERO NO REPITIO SE AVANZA LA DIETA MIENTRAS LO REvisa NUTRICION DESAYUNO 3 ONZAS DE CAFE+LECHE DESCREMADA DESLACTOSADA + 1GALLETA SALTIN + 1/2 TAJADA DE QUESO O 1/2 HUEVO LA PROXIMA SEMANA AVANZAR A 1 TAJADA O 1 HUEVO COMPLETO MEDIA MAÑANA MEDIA TARDE 3 ONZAS DE JUGO CON LA PROTEINA O 3 ONZAS DE YOGURTH LIGHT O 1 POCILLO TINTERO DE FRUTA ALMUERZO CENA 2 CUCHARADAS DE ATUN EN AGUA O POLLO O PESCADO 1 POCILLO TINTERO DE VERDURA LA PROXIMA SEMANA 1 PAPA AMARILLA O 1/2 PAPA GUATA O 1 POCILLO TINTERO DE PASTA COTNROL EN 20 DIAS POR REFLUJO SE ORDENA MOSAPRIDA POR 30 DIAS NUMERO MIPRES 20170609138001339908

DIAGNÓSTICOS

Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICA DOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4538663

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
09.06.2017	CNOPAGOPOP	CONTROL NO PAGO POS OPERATORIO	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	MARIA FERNANDA ANGARITA POLANIA

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 4538663

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
09.06.2017	10:34	MOSAPRIDACITRATO 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/12H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN

EPISODIO: 4539475**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 09.06.2017

Hora Registro: 12:16:00

Responsable: LARA CARVAJAL, CATALINA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente conocido el 30 julio/2015, con historia de obesidad severa, operado de sleeve gástrico en Octubre del 2013, tenía peso de 114.5Kg previo a cirugía, logró pérdida de peso en el primer año post quirúrgico y llegó a pesar 95Kg. Dice que logró sostener el peso de 95Kg hasta Dic/2014, pero volvió a subir de peso en el último año ha ganado 6Kg, pero en los últimos 5 meses se ha mantenido estable. El 26 de Mayo/2017 le realizaron revisión de Sleeve, requirió hospitalización por 1 semana, por intolerancia alimentaria, estuvo con dieta líquida hasta el sábado 3 de junio/2017, ahora con dieta blanda con buena tolerancia, no náuseas o emesis. En marzo de 2014 le diagnosticaron VIH, tenía una dermatitis que no mejoraba. Dice estar cambiando hábitos de alimentación, ya no come azúcares ni dulces, no fritos ni grasas, Ahora no está haciendo ejercicio, lo suspendió desde diciembre. Peso Julio 2015: 110Kg. Peso Abril: 115.6Kg subió: 5.6Kg en 8 meses. Peso Sep 30/2016: 116.1Kg subió: 500g en 5 meses. Peso Oct 28/2016: 114.8Kg bajó: 1.3Kg en 1 mes. Peso Ene 16/2016: 112.7Kg bajó: 2.1Kg en 2 meses y medio. Peso Jun 9/2017: 104Kg bajó: 8.7Kg en 4 meses y medio. Estatura: 178cm IMC: 32.8 Kg/mt²

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Se realiza anamnéss alimentaria: 7am casa: café 3oz con leche sin azúcar + 1 galleta. 11am: 3oz de jugo natural sin azúcar. 12:30pm: sopa licuada de pollo con verduras 4pm: igual al desayuno o gelatina dietética. Agua durante todo el día. Paciente con pérdida de peso, con episodios de emesis frecuentes, se le dan indicaciones para avanzar a dieta blanda y evaluar tolerancia de cambios, si no reducen los episodios de emesis consultar por urgencias. Control en 15 días.

DIAGNÓSTICOS

E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4539475

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
09.06.2017	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	EYLEN ANDREA BUSTOS CRUZ

EPISODIO: 4546761**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Procedimiento Asistido**

Fecha Registro: 13.06.2017

Hora Registro: 12:14:18

Responsable: ROJAS RODRIGUEZ, CARLOS ARTURO

Especialidad: MEDICINA INTERNA - GASTROENTEROLOGIA -

Tipo de herida :

Limpia

Descripcion de la prestación :

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EGD CON BIOPS

Hallazgos :

.

Descripción procedimiento :

<-1-> ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EGD CON BIOPS -----
 ----- Medico Ejecutante ROJAS\S\CARLOS - Sedación :Midazolam 2 mg + Propofol 190 mg + Monitoria de oximetria y frec - Indicación :Ap de correccion de Sleeve gastrico. emesis secu ndaria - ASA :I - Médico Sedación :Dr Herrera - Esofago :Paso fácil por el cricofaríngeo. Esofago amplio poco mov il, con estos de liquido. Unión escamocolumnar a 40 cm con er osiones y ulcera. Coincide con pinza diafragmatica. - Estomago :por debajo de uniona a 3 cm Se aprecia estenos is con marcada limitacion a paso del equipo hasta union antrocorp oral, antro sin lesiones piloro permeable , Se pasa guia de sayary y sobre ella se pasa dilatador de 13 mm que pasa con dificultad, se recisa luego con paso del equipo menos limitado. - Duodeno :Bulbo y segunda porción de aspecto normal. - Diagnostico :ESOFAGITIS C ULCERA ESOFAGICA ESTENOSIS SLEEVE GASTRICO DILATACION CON SAVARY. - Biopsia :no
 Imágenes Capturadas <-1->

Complicaciones :

.

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4546761

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
13.06.2017	451600	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIO PSIA CERRADA SOD	UT Endo Digestivas	JONATHAN STIVEN AGREDO CARREÑO

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 4546761

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
13.06.2017	11:09	PROPOFOL 10MG/ML VIAL 20ML	190.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	EMIRO FERNANDO HERRERA LARA
13.06.2017	11:09	MIDAZOLAM JERINGA PRELLENA 1MG/ML X 3ML	2.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	EMIRO FERNANDO HERRERA LARA

EPISODIO: 4548065**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD RC****Historia Hospitalización**

Fecha Registro: 13.06.2017

Hora Registro: 13:08:52

Responsable: GARCIA RAMIREZ, JESUS DAVID

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

"ESTABA EN UNA ENDOSCOPIA, ME DIAGNOSTICARON ESTENOSIS, MEDICO INDICA QUE QUIERO PASO DE SONGA PARA CONTINUAR TRATAMIENTO, TENGO MUCHAS GANAS DE VOMITAR, LLEVO 15 DIAS SIN COMER" GLUCOMETRIA: 115

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CONOCIDO CON ANTECEDENTE DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN AVANZADA POR VIH CON RECUENTOS DE CD4 DE 493 (¿?%), CARGA VIRAL DEL VIH < 20 COPIAS/ML PARA EL 20.12.2016 EN MANEJO CON

DOLUTEGRAVIR ASOCIADO A TENOFOVIR/EMTRICITABINA; 2. EFECTOS NEUROPSIQUIIATRICOS POR EL EFAVIRENZ 3. ANTECEDENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA; 4. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA FUE EVALUADO POR PSIQUIATRÍA. 5. HIPERSOMNIA. 6. ANTECEDENTE DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO CON USO DE CPAP. HA PRESENTADO DSIFAGIA post sleeve PARA LO CUAL SE LE HAN REALIZADO REVISIONES VIA ENDOSCOPICA, HOY ES LLEVADO A ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EGD ENCONTRANDO: - ESOFAGO :PASO FÁCIL POR EL CRICOFARÍNGEO. ESOFAGO AMPLIO POCO MOV IL, CON ESTOS DE LIQUIDO. UNIÓN ESCAMOCOLUMNAR A 40 CM CON ER OSIONES Y ULCERA. COINCIDE CON PINZA DIAFRAGMATICA. - ESTOMAGO: POR DEBAJO DE UNION A 3 CM SE APRECIA ESTENOS IS CON MARCADA LIMITACION A PASO DEL EQUIPO HASTA UNION ANTROCORP ORAL, ANTRO SIN LESIONES PILORO PERMEABLE, SE PASA GUIA DE SAYARY Y SOBRE ELLA SE PASA DILATADOR DE 13 MM QUE PASA CON DIFICULTAD, SE RECISA LUEGO CON PASO DEL EQUIPO MENOS LIMITADO. - DUODENO :BULBO Y SEGUNDA PORCIÓN DE ASPECTO NORMAL. - DIAGNOSTICO :ESOFAGITIS C ULCERA ESOFAGICA ESTENOSIS SLEEVE GASTRICO DILATACION CON SAVARY. PACIENTE COMENTADO CON DRA. DORADO CX BARIATRICA QUIEN INDICA HOSPITALIZAR A SU NOMBRE E INDICA QUE SE LE DEBE SOLICITAR AVANCE DE SONDA NASOYEYUNAL

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 114.00 / 84.00 - TAM: 94.00 - T°C: 37.00 - FC: 115.00 - FR: 16.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 101.00 - TALLA: 177.00 - IMC: 32.24 - SC: 2.26 - S.Sin O2: 96.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

Normal

Cabeza:

Normocéfala, implantación pilosa normal

Cara:

Normal

Ojos:

Normal

Cuello:

No masas, no adenopatías, no ingurgitación yugular, no soplos carotídeos

ORL:

Mucosas húmedas

Tórax:

Simétrico, no se evidencia de alteraciones; Ruidos cardíacos: rítmicos, regulares, no soplos; Ruidos Respiratorios: ventilación pulmonar simétrica, sin agregados.

Abdomen:

Ruidos intestinales positivos, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal, no visceromegalias, no masas.

SNC:

Conciente, alerta, orientado en las tres esferas, juicio y raciocinio conservado, pares craneales normales, no déficit motor, ni sensitivo en las 4 extremidades, reflejos osteotendinosos normales, no déficit en equilibrio y marcha, no reflejos patológicos, ni signos meníngeos.

Genitourinario:

No evaluado

Extremidades:

No edemas, pulsos simétricos, perfusión distal adecuada

Pulsos Periférico:

Normales

Piel y Tejidos:

Normales

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CONOCIDO CON ANTECEDENTE DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN AVANZADA POR VIH CON RECuentOS DE CD4 DE 493 (¿?%), CARGA VIRAL DEL VIH < 20 COPIAS/ML PARA EL 20.12.2016 EN MANEJO CON DOLUTEGRAVIR ASOCIADO A TENOFOVIR/EMTRICITABINA; 2. EFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS POR EL EFAVIRENZ 3. ANTECEDENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA; 4. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA FUE EVALUADO POR PSIQUIATRÍA. 5. HIPERSOMNIA. 6. ANTECEDENTE DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO CON USO DE CPAP. HA PRESENTADO DSIFAGIA post sleeve PARA LO CUAL SE LE HAN REALIZADO REVISIONES VIA ENDOSCOPIA, HOY ES LLEVADO A ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EGD ENCONTRANDO: - ESOFAGO :PASO FÁCIL POR EL CRICOFARÍNGEO. ESOFAGO AMPLIO POCO MOV IL, CON ESTOS DE LIQUIDO. UNIÓN ESCAMOCOLUMNAR A 40 CM CON ER OSIONES Y ULCERA. COINCIDE CON PINZA DIAFRAGMATICA. - ESTOMAGO: POR DEBAJO DE UNION A 3 CM SE APRECIA ESTENOS IS CON MARCADA LIMITACION A PASO DEL EQUIPO HASTA UNION ANTROCORP ORAL, ANTRO SIN LESIONES PILORO PERMEABLE, SE PASA GUIA DE SAYARY Y SOBRE ELLA SE PASA DILATADOR DE 13 MM QUE PASA CON DIFICULTAD, SE RECISA LUEGO CON PASO DEL EQUIPO MENOS LIMITADO. - DUODENO :BULBO Y SEGUNDA PORCIÓN DE ASPECTO NORMAL. - DIAGNOSTICO :ESOFAGITIS C ULCERA ESOFAGICA ESTENOSIS SLEEVE GASTRICO DILATACION CON SAVARY. PACIENTE COMENTADO CON DRA. DORADO CX BARIATRICA QUIEN INDICA HOSPITALIZAR A SU NOMBRE E INDICA QUE SE LE DEBE SOLICITAR AVANCE DE Sonda NASOYEYUNAL

DIAGNÓSTICOS

K293 - GASTRITIS CRONICA SUPERFICIAL

K222 - OBSTRUCCION DEL ESOFAGO

K910 - VOMITO POSTCIRUGIA GASTROINTESTINAL

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIE NCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 14.06.2017

Hora Registro: 10:35:58

Responsable: MALDONADO GUTIERREZ, CATALINA
Especialidad: GASTROENTEROLOGIA -

Tipo de herida :

Limpia

Descripción de la prestación :

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EGD CON BIOPS

Hallazgos :

.

Descripción procedimiento :

REMITE :DRA EVELIN DORADO. SEDACIÓN : Midazolam 2 mg + Propofol 400 mg + Monitoria de oximetria y frec + INDICACIÓN :ALTERACION ANATOMICA POST BYPASS. ASA :I MÉDICO DE SEDACIÓN :DR EMIRO HERRERA. Previa explicación del procedimiento, riesgos, beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. ESÓFAGO :Mucosa de aspecto normal hasta por encima de la union esofagogastrica donde se observa mucosa eritematosa ascendente con fondo de fibrina. Union esofagogastrica a los 38 cm. ESTÓMAGO :fondo gastrico con plicatura por sleeve, se observa sobre union fundocorporal area de angulacion que genera que genera fenomeno estenotico con marcado eritema y se logra con dificultad paso del endoscopio evidenciando piloro centrico sin embargo al intento de paso de sonda nasoenteral no se logra despues de multiples intentos por diferentes endoscopistas su paso. DUODENO :No valorado. BIOPSIAS :no PILORO :Normal DIAGNOSTICO :1. ESOFAGITIS ULCERADA. 2. ESTADO SLEEVE GASTRICO. 3. ESTENOSIS DESCRITA, INTNETO FALLIDO DE PASO ENDOSCOPIO. NOTA: SE ENVIA SONDA CON PACIENTE PARA USO POSTERIOR DESPUES DE DEIFNIR CONDUCTA QUIRURGICA, SE INFORMA A MEDICO TRATANTE HALLAZGOS.

Complicaciones :

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.06.2017

Hora Registro: 11:15:49

Responsable: GARCIA MARIN, ALBERTO FEDERICO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL. PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA, A QUIEN SE PRACTICÓ UNA BANDA GÁSTRICA (REOPERACIÓN EN MAYO 25). PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN POSTERIORMENTE. HACE DOS SEMANAS ENDOSCOPIA Y LIBERACIÓN DE PEXIA. POSTERIORMENTE DISFAGIA PROGRESIVA HASTA AFAGIA. ANTECEDENTES: INFECCIÓN POR VIH APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO. AL E.F. AÚN OBESO. PESO 102 KG LABS: Na 147 K 3.64 ALBÚMINA 4.68 P 3.39 Mg2.34. COMENTARIO: OBESO. EN RIESGO NUTRICIONAL PLAN: SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL. SE INICIA HIPOCALÓRICO E HIPOPROTÉICO. SE AJUSTARÁ DE ACUERDO A TOLERANCIA

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.06.2017

Hora Registro: 11:27:17

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX: OBSTRUCCION ESOFAGOGASTRICA-ESTENOSIS DESNUTRICION LEVE
ANTC DE REVISION DE SLEEVE GASTRICO

PACIENTE QUE DESDE EL MIERCOLES PASADO ESTA VOMITANDO, LO REVISE EL VIERNES NO REFIRIO DISFAGIA SOLO EL VOMITO EL MIERCOLES Y LUEGO TOLERO DIETA VOMITO EL FIN DE SEMANA POR LO CUAL SE REALIZO ENDOSCOPIA AYER Y MOSTRO UNA ESTENOSIS Y A PESAR DE QUE EN CIRUGIA SE LIBERO EL ESTOMAGO Y LA ENDOSCOPIA SALIO BIEN CON PASO DERECHO AHORA HAY AUN ANGULACION QUE NO PERMITE UN BUEN VACIAMIENTO GASTRICO AYER SE LE INDICA A GASTROENTEROLOGIA EL PASO DE Sonda ENTERAL PARA REPLECION NUTRICIONAL PERO NO FUE POSIBLE POR EDEMA SE REVISAN EXAMENES HIPERNATREMIA LEVE, CREA 1, HEMOGRAMA NORMAL

PACIENTE CON OBSTRUCCION MECANICA EN TERCIO SUPERIOR DEL ESTOMAGO QUE AMERITA CORRECCION QUIRURGICA PERO ANTES HAY QUE

REPLETARLO NUTRICIONALMENTE POR DESNUTRICION LEVE SE ORDENA:
PIC NPT SE HABLA CON EL DR GARCIA PARA INICIO HOY DE NPT NVO

1. HOSPITALIZAR 2. SS PIC PERFIL BIOQUIMICO 3. NVO 4. LEV 110 CC HORA
RINGER

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.06.2017

Hora Registro: 12:12:06

Responsable: GARCIA MARIN, ALBERTO FEDERICO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL. OBESIDAD MÓRBIDA P.O.BANDA GÁSTRICA
AFAGIA. ANTECEDENTES: INFECCIÓN POR VIH APNEA OBSTRUCTIVA DEL
SUEÑO. GLUCOMETRÍAS ENTRE 112 Y 140 A: TOLERÓ LA NUTRICIÓN
PRESCRITA. PLAN: SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL HIPOCALÓRICO E
HIPOPROTÉICO SE INCREMENTA NUEVAMENTE. AJUSTES POSTERIORES DE
ACUERDO A TOLERANCIA

.

.

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 15.06.2017

Hora Registro: 14:44:17

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. IGUAL MANEJO 2. CX EL PROXIMO VIERNES

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.06.2017

Hora Registro: 15:06:46

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX ESTENOSIS Y EDEMA DE UNION ESOFAGOGASTRICA ANTEC DE CIRUGIA

DE REVISION EN REPLECION NUTRICIONAL

PACIENTE EN MEJORES CONDICIONES NO VOMITO CON NPT TOLERADOLA
SIGNOS VITALES ESTABLES

PACIENTE CON ESTENOSIS DE LA UNION ESOFAGOGASTRICA QUE AMERITA
GASTRECTOMIA SUBTOTAL PARA CORREGIR EL ACLARAMIENTO ESOFAGICO
AHORA EN REPLECION NUTRICIONAL Y ESPERANDO QUE DISMINUYA EL
EDEMA DE LA ANASTOMOSIS SE GENERA ORDEN MIPRES
20170615168001431570

IGUAL MANEJO VIERNES PROXIMO 23 CIRUGIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.06.2017

Hora Registro: 12:02:13

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX 1) ESTENOSIS GASTROESOFAGICA 2)STATUS POSTREVISIÓN DE SLEEVE
GÁSTRICO 3)EN REPLECIÓN NUTRICIONAL

PACIENTE REFIERE SENTIRSE MUCHO MEJOR, CON DISMINUCIÓN EN
VOLUMEN DE VÓMITOS LOS CUALES SON DE CONTENIDO LÍQUIDO CLARO.
AL EXAMEN FÍSICO EL ABDOMEN ESTA BLANDO, DEPRESIBLE, NO
DISTENDIDO, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, HERIDAS QUIRÚRGICAS LIMPIAS,
CON HERIDA SUPRAUMBILICAL DEHISCENTE PERO SIN DATOS DE
INFECCIÓN.

HA CURSADO EN MEJORÍA CLÍNICA DESDE EL INICIO DE LA NUTRICIÓN
PARENTERAL, AYER SE INICIA PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA. SE
PROGRAMA CIRUGÍA DE BYPASS GÁSTRICO PARA EL PRÓXIMO VIERNES.

1. CONTINUAR REPLECIÓN NUTRICIONAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.06.2017

Hora Registro: 13:56:59

Responsable: GARCIA MARIN, ALBERTO FEDERICO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista
 SOPORTE NUTRICIONAL. OBESIDAD MÓRBIDA P.O.BANDA GÁSTRICA
 AFAGIA. ANTECEDENTES: INFECCIÓN POR VIH APNEA OBSTRUCTIVA DEL
 SUEÑO. HA TOLERADO LA NUTRICIÓN PRESCRITA GLUCOMETRÍAS ENTRE
 122 Y 138 K. 3.3. RESTO DE ELECTROLITOS BIEN A: CONTINÚA TOLERANDO
 LA NUTRICIÓN PRESCRITA. PLAN: SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL
 HIPOCALÓRICO E HIPOPROTÉICO. SERÁ REINTERVENIDO EN LOS
 SIGUIENTES CINCO DÍAS. EL OBJETIVO ES PREVENIR LA DESNUTRICIÓN
 PROTÉICA SS K Y P

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.06.2017

Hora Registro: 09:55:05

Responsable: ARISTIZABAL VASQUEZ, GONZALO ALFONSO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL. OBESIDAD MÓRBIDA P.O.BANDA GÁSTRICA
 AFAGIA. ANTECEDENTES: INFECCIÓN POR VIH APNEA OBSTRUCTIVA DEL
 SUEÑO. HA TOLERADO LA NUTRICIÓN PRESCRITA GLUCOMETRÍAS ENTRE
 122 Y 138 K. 3.3. RESTO DE ELECTROLITOS BIEN A: CONTINÚA TOLERANDO
 LA NUTRICIÓN PRESCRITA.

.

EXAMENE DE AYER DENTRO DE LIMITES NORMALES

PLAN: SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL HIPOCALÓRICO E
 HIPOPROTÉICO. SERÁ REINTERVENIDO EN LOS SIGUIENTES CINCO DÍAS. EL
 OBJETIVO ES PREVENIR LA DESNUTRICIÓN PROTÉICA SS K Y P

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.06.2017

Hora Registro: 11:09:20

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX 1)ESTENOSIS GASTROESOFAGICA 2) STATUS POST REVISIÓN DE SLEEVE GÁSTRICO 3) EN REPLECIÓN NUTRICIONAL

PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN MOLESTIAS, SIN VÓMITOS, SIN DOLOR. AL EXAMEN FÍSICO: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, SIN DOLOR, CON CICATRIZ PREVIAMENTE DEHISCENTE YA EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN Y SIN DATOS DE INFECCIÓN.

PACIENTE EN REPLECIÓN NUTRICIONAL VÍA PARENTERAL PARA SER LLEVADO A SALÓN DE OPERACIONES EL DÍA VIERNES 23 DE JUNIO Y ACTUALMENTE EN CONTROL POR SOPORTE NUTRICIONAL.

REPLECIÓN NUTRICIONAL VÍA PARENTERAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.06.2017

Hora Registro: 07:25:12

Responsable: ARISTIZABAL VASQUEZ, GONZALO ALFONSO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL PACIENTE CON EVOLUCIÓN ESTABLE, SIN CAMBIOS HEMODINÁMICOS

.

NO SE TOMARON ELECTROLITOS POR EL DÍA DE HOY. POSIBLE CIRUGIA EL MARTES

IGUAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.06.2017

Hora Registro: 10:34:15

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX: ANTC DE CIRUGIA DE REVISIÓN ESTENOSIS UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA
DESNUTRICIÓN R HIPOKALEMIA LEVE

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN VOMITO NO SILARREA
DEAMBULANDO DE BUEN SEMBIANTE TA 110/62 FC 79 PESO 107 ABDOMEN
BLANDO CON TROMBOPROFILAXIS HERIDAS CUBIERTAS ULTIMO POTASIO
3,2

PACIENTE EN REPLECION NUTRICIONAL PENDIENTE CX EL VIERNES
PROXIMO EN REPOSICION DE POTASIO POR NPT SE DEJA ORDEN DE
CONTROL PARA MAÑANA

IGUAL MANEJO K CL NA CA MG P MAÑANA CX EL VIERNES

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 18.06.2017

Hora Registro: 10:37:16

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. SUSPENDER LEV 2. MAÑANA NA K CL CA P MG

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.06.2017

Hora Registro: 07:20:34

Responsable: ARISTIZABAL VASQUEZ, GONZALO ALFONSO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ESTABLE , SI N VARIACIONES

.

PACIENTE ESTABLE. AYER LAB MOSTRO K BAJO SIN EMBARGO EL COSNTROL
DEL DIA DE HOY ES NORMAL

SE CONTINUA IGUAL PLAN

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.06.2017

Hora Registro: 11:16:46

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX: ANTC DE CIRUGIA DE REVISION DE SLEEVE ESTENOSIS UNION
ESOFAGOGASTRICA DESNUTRICION R

Refiere sentirse bien, sin dolor, ni otras molestias, refiere que en la madrugada presento 1 vómito de contenido líquido espeso blanquecino. Deambulando. Recibiendo nutrición parenteral, tolerandola. Signos vitales: FC 94 FR20 PA 125/72 T 36.3 Saturación 98% Abdomen blando, depresible, no doloroso, heridas quirúrgicas limpias, sin secreciones, ni datos de infección. Se evalúan laboratorios solicitados: Na 142 /K 3.8 /Cl 105 /Mg 2.04 / Ca 8.7 /Fósforo 2.87, electrolitos normales.

BUENA EVOLUCIÓN, TOLERANDO NUTRICIÓN PARENTERAL. SERÁ LLEVADO A SOP EL VIERNES 23 DE JUNIO.

CONTINUAR NUTRICIÓN PARENTERAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.06.2017

Hora Registro: 11:04:24

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX: ANTC DE CIRUGIA DE REVISION DE SLEEVE ESTENOSIS UNION
ESOFAGOGASTRICA DESNUTRICION R

PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN MOLESTIAS, SIN DOLOR, SIN VÓMITOS, DEAMBULANDO Y TOLERANDO LA NUTRICIÓN PARENTERAL. SIGNOS VITALES FC 71 FR 20 PA 107/63 SAT 98% ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR, HERIDAS QUIRÚRGICAS LIMPIAS SIN DATOS DE INFECCIÓN.

BUENA EVOLUCIÓN RECIBIENDO NUTRICIÓN PARENTERAL. SERÁ LLEVADO A SALÓN DE OPERACIONES EL DÍA VIERNES.

CONTINUAR NUTRICIÓN PARENTERAL PARA SALÓN DE OPERACIONES EL VIERNES

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.06.2017

Hora Registro: 11:08:05

Responsable: GARCIA MARIN, ALBERTO FEDERICO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL. OBESIDAD MÓRBIDA P.O.BANDA GÁSTRICA AFAGIA. ANTECEDENTES: INFECCIÓN POR VIH APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO. CONTINÚA TOLERANDO LA NUTRICIÓN PRESCRITA GLUCOMETRÍAS EN RANGOS SIN ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS A: CONTINÚA TOLERANDO LA NUTRICIÓN PRESCRITA. PLAN: PENDIENTES DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA REPLANTEAR RUTA DE SOPORTE Y CÁLCULOS DE REQUERIMIENTOS

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.06.2017

Hora Registro: 09:46:10

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX: ANTC DE CIRUGIA DE REVISION DE SLEEVE ESTENOSIS UNION ESOFAGOGASTRICA DESNUTRICION R

PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN FIEBRE, SIN DOLOR NI OTRAS MOLESTIAS. DEAMBULANDO Y TOLERANDO LA NUTRICIÓN PARENTERAL.ACTUALMENTE NO ESTA TOMANDO MEDICACIÓN PARA CONTROL DE VIH. AL EXAMEN FÍSICO: FC 78 FR 20 ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO DISTENDIDO, HERIDAS QUIRÚRGICAS LIMPIAS CICATRIZADAS.

PACIENTE CON BUENA EVOLUCIÓN. EN PREPARACIÓN PARA CIRUGÍA EL VIERNES.

EVALUACIÓN POR INFECTOLOGÍA DR. JOSÉ GARCIA CIRUGÍA VIERNES 23 DE JUNIO CONTINUAR NUTRICIÓN PARENTERAL

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 21.06.2017

Hora Registro: 10:49:39

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. Líquidos claros solo aromática 2. Evaluación por Infectología 3. Mañana última dosis de Enoxaparina

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.06.2017

Hora Registro: 17:44:20

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NOTA DE INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO, 40 AÑOS PACIENTE CONOCIDO CON ANTECEDENTE DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN AVANZADA POR VIH CON RECUENTOS DE CD4 DE 493 (¿?%), CARGA VIRAL DEL VIH < 20 COPIAS/ML PARA EL 20.12.2016 EN MANEJO CON DOLUTEGRAVIR ASOCIADO A TENOFOVIR/EMTRICITABINA; PRESENTÓ EFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS POR EL EFAVIRENZ. ANTECEDENTES: - CIRUGÍA BARIÁTRICA - TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA FUE EVALUADO POR PSIQUIATRÍA. - HIPERSOMNIA. - ANTECEDENTE DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO CON USO DE CPAP. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SLEEVE QUE HA SIDO LLEVADO A VARIAS REVISIONES ENDOSCÓPICAS POR PRESENTAR ESTENEOSIS , ÚLTIMA EL 14/06/2017 QUE REPORTA: FONDO GÁSTRICO CON PLICATURA POR SLEEVE, SE OBSERVA SOBRE UNIÓN FUNDOCORPORAL ÁREA DE ANGULACIÓN QUE GENERA FENÓMENO ESTENOTICO CON MARCADO ERITEMA Y SE LOGRA CON DIFICULTAD PASO DEL ENDOSCOPIO EVIDENCIANDO PÍLORO CENTRICO SIN EMBARGO AL INTENTO DE PASO DE Sonda NASOENTERAL NO SE LOGRA DESPUES DE MÚLTIPLES INTENTOS, MOTIVO POR EL CUAL SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO Y MANEJADO POR CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA Y NUTRICIÓN CON NPT, HASTA QUE SUS CONDICIONES PERMITAN SER LLEVADO A CORRECCIÓN QUIRÚRGICA. AL MOMENTO PACIENTE DEAMBULANDO, REFIERE SENTIRSE BIEN, FC: 94, FR 20, PAS 96, PAD 64, PAM 74, T° 36.2°C, CARDIOPULMONAR NORMAL, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, RHA PRESENTES. POR PARTE DE INFECTOLOGÍA SE INDICA CONTINUAR TRATAMIENTO CON DOLUTEGRAVIR ASOCIADO A TENOFOVIR/EMTRICITABINA ADEMÁS SE SOLICITA CARGA

VIRAL + CD4 + CPK + LDH + ALT + AST + PERFIL LIPÍDICO Y RENAL. NOS MANTENEMOS PENDIENTES . DR. JOSÉ FERNANDO GARCÍA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGÍA R.M. 761861-00 MARCELA VIDAL CARPIO FELLOW DE CIRUGÍA DE TRAUMA

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.06.2017

Hora Registro: 12:09:38

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX: ANTC DE CIRUGIA DE REVISION DE SLEEVE ESTENOSIS UNION ESOFAGOGASTRICA DESNUTRICION R

PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN VÓMITOS, SIN DOLOR, NI OTRAS MOLESTIAS. DEAMBULA Y RECIBE NUTRICIÓN PARENTERAL LA CUAL TOLERA ADECUADAMENTE. RECIBIENDO MEDICACIÓN PARA MANEJO DE VIH. AL EXAMEN FÍSICO: FC 93 FR 18 ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, HERIDAS QUIRÚRGICAS CICATRIZADAS.

PACIENTE HA CURSADO CON BUENA EVOLUCIÓN DURANTE PROCESO DE REPLECIÓN NUTRICIONAL. AYER EVALUADO POR SERVICIO DE INFECTOLOGÍA QUIENES SOLICITAN LABORATORIOS CONTROL Y DARÁN SEGUIMIENTO AL CASO.

SERÁ LLEVADO A SALÓN DE OPERACIONES EL DÍA DE MAÑANA ÚLTIMA DOSIS DE TROMBOPROFILAXIS HOY FIRMAR CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 22.06.2017

Hora Registro: 12:46:14

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. Líquidos claros hasta las 6 pm 2. Nada por boca desde las 6pm de hoy 3. Colocar última dosis de Enoxaparina hoy 4. Firmar consentimiento 5. Para cirugía mañana

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.06.2017

Hora Registro: 14:26:25

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NOTA DE INFECTOLOGÍA 22/06/2017 ALEXANDER MARIN LARRAHONDO, 40 AÑOS PACIENTE CONOCIDO CON ANTECEDENTE DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN AVANZADA POR VIH CON RECUENTOS DE CD4 DE 493 (¿?%), CARGA VIRAL DEL VIH < 20 COPIAS/ML PARA EL 20.12.2016 EN MANEJO CON DOLUTEGRAVIR ASOCIADO A TENOFOVIR/EMTRICITABINA; PRESENTÓ EFECTOS NEUROPSIQUIIATRICOS POR EL EFAVIRENZ. ANTECEDENTES: - CIRUGÍA BARIÁTRICA - TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA FUE EVALUADO POR PSIQUIATRÍA. - HIPERSOMNIA. - ANTECEDENTE DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO CON USO DE CPAP. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SLEEVE QUE HA SIDO LLEVADO A VARIAS REVISIONES ENDOSCÓPICAS POR PRESENTAR ESTENEOSIS , ÚLTIMA EL 14/06/2017 QUE REPORTA: FONDO GASTRICO CON PLICATURA POR SLEEVE, SE OBSERVA SOBRE UNION FUNDOCORPORAL AREA DE ANGULACION QUE GENERA FENOMENO ESTENOTICO CON MARCADO ERITEMA Y SE LOGRA CON DIFICULTAD PASO DEL ENDOSCOPIO EVIDENCIANDO PILORO CENTRICO SIN EMBARGO AL INTENTO DE PASO DE SONDA NASOENTERAL NO SE LOGRA DESPUES DE MULTIPLES INTENTOS, MOTIVO POR EL CUAL SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO Y MANEJADO POR CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA Y NUTRICIÓN CON NPT, QUIENES CONSIDERAN QUE EL PACIENTE SERÁ LLEVADO MAÑANA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA. AL MOMENTO PACIENTE DEAMBULANDO, REFIERE SENTIRSE BIEN, FC: 93, FR 18, PAS 94, PAD 63, PAM 73, T° 35.9°C, CARDIOPULMONAR NORMAL, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, RHA PRESENTES. LABORATORIOS DEL 22/06/2017: GLICEMIA 100.5, COLESTEROL TOTAL 146, HDL 20.3, LDL 54.3, VLDL 71, TRIGLICÉRIDOS 357, ALT 70.2, AST 37.4, DESHIDROGENASA LÁCTICA 236, CPK 49. POR PARTE DE INFECTOLOGÍA SE INDICA CONTINUAR TRATAMIENTO CON DOLUTEGRAVIR ASOCIADO A TENOFOVIR/EMTRICITABINA, AÚN SE ENCUENTRA PENDIENTES RESULTADO DE CARGA VIRAL + CD4. NOS MANTENEMOS PENDIENTES. DR. JOSÉ

FERNANDO GARCÍA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGÍA R.M. 761861-00
MARCELA VIDAL CARPIO FELLOW DE CIRUGÍA DE TRAUMA

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.06.2017

Hora Registro: 07:29:38

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX: ANTC DE CIRUGIA DE REVISION DE SLEEVE ESTENOSIS UNION
ESOFAGOGASTRICA DESNUTRICION R

PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN DOLOR, AYER TOLERO DIETA LÍQUIDA INDICADA. DEAMBULANDO. TOLERANDO TAMBIÉN NUTRICIÓN PARENTERAL. AL EXAMEN FÍSICO: FC 81 FR 18 PA 94/62 ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, HERIDA CICATRIZADAS. LABORATORIOS DEL 22/06/2017: GLICEMIA 100.5, COLESTEROL TOTAL 146, HDL 20.3, LDL 54.3, VLDL 71, TRIGLICÉRIDOS 357, ALT 70.2, AST 37.4, DESHIDROGENASA LÁCTICA 236, CPK 49. EVALUADO AYER POR INFECTOLOGÍA CON CARGA VIRAL Y NIVELES DE CD4 AÚN EN PROCESO.

BUENA EVOLUCIÓN. PREPARACIÓN ÓPTIMA PARA CIRUGÍA.

SERÁ LLEVADO A SALÓN DE OPERACIONES HOY MANTENER NADA POR BOCA
NO COLOCAR ENOXAPARINA HOY

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 23.06.2017

Hora Registro: 07:30:57

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

A SALON DE OPERACIONES HOY MANTENER NADA POR BOCA NO COLOCAR
ENOXAPARINA HOY

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.06.2017

Hora Registro: 13:07:52

Responsable: GARCIA MARIN, ALBERTO FEDERICO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL. OBESIDAD MÓRBIDA P.O.BANDA GÁSTRICA DISFAGIA. ANTECEDENTES: INFECCIÓN POR VIH APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO. CONTINÚA TOLERANDO LA NUTRICIÓN PRESCRITA. ADICIONALMENTE RECIBE LÍQUIDOS CLAROS ORALES. GLUCOMETRÍAS EN RANGOS SIN ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS A: CONTINÚA TOLERANDO LA NUTRICIÓN PRESCRITA. PLAN: PENDIENTES DE RESULTADO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE SE REALIZARÁ HOY, PARA REPLANTEAR RUTA DESOPORTE Y CÁLCULOS DE REQUERIMIENTOS

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.06.2017

Hora Registro: 17:22:59

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

23.06.2017 23.06.2017 EVOLUCIÓN INFECTOLOGIA ALEXANDER MARIN

LARRAHONDO 40 AÑOS DIAGNOSTICOS: - INFECCIÓN AVANZADA POR VIH - ANTC DE CIRUGIA DE REVISION DE SLEEVE - ESTENOSIS UNION

ESOFAGOGASTRICA Paciente quien se encuentra tranquilo, sin queja de dolor ni disnea, niega síntomas urinarios o gastrointestinales. Tolerando dieta liquida y nutrición parenteral. SIGNOS VITALES Afebril en las ultimas 24 horas FC:81 FR:20 PA:101/71 SatO2:96% Mucosas hidratadas, conjuntivas rosadas, anicterico, sin signos de mucositis evidentes. Cardiopulmonar normal.

Abdomen blando no doloroso. PARACLÍNICOS RECIENTES 23.06.2017.

Glicemia:105 Colesterol total:146 HDL:20.3 LDL:54 VLDL:71 AST:70 ALT:37

CPK:49 LINFOCITOS T CD4+:365 CARGA VIRAL VIH 1 PCR (GENEXPERT)

Resultado: 6670 (6,67 E03) copias/mL Log: 3,82 Paciente quien será llevado a

cirugía el día de hoy, en TRATAMIENTO CON DOLUTEGRAVIR ASOCIADO A TENOFOVIR/EMTRICITABINA, preocupando que no hay un control virológico con la pauta con dolutegravir y que viene al descenso los linfocitos CD4, en el momento por compañía de su familia no se puede evaluar la adherencia del paciente, ya que puede ser que no lo este recibiendo de forma adecuada, de lo contrario se debe considerar la posibilidad de resistencias.

,

,

,

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 23.06.2017

Hora Registro: 17:43:57

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Enfermedad actual :

pte con hria de obesidad, hace 3 años se sometió a sleeve gástrico . Cerca a esto se hace dx de HIV y se inician antirretrovirales . El pacietne gana nuevamente peso . Se lleva a revisión de Sleeve , posterior a esta cirugía intolerancia a alimentos sólidos hasta liquidos progresivamente - Se revisa por endoscopia y se evidencia estenosis unión esófago gástrica .Se inicia tpn . Se indica laproscopia

Preparación general - observaciones :

Preparación general - ayuno recomendado :

8 hrs . estómago lleno

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 23.06.2017

Hora Registro: 18:45:52

Responsable: ARGÜELLO ARIAS, PEDRO TOMAS

Tipo de herida :

Limpia Contaminada

Descripcion de la prestación :

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EGD CON BIOPS

Hallazgos :

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA INTRAOPERATORIA -----
 ----- ESTENOSIS GASTRICA CON COMPRESION
 EXTRINSECA QUE GENERA ANGULACION DE ESTOMAGO QUE DIFICULTA EL PASO DEL EQUIPO, POSTERIOR A ESTA SE AVANZA A ANTRO GASTRICO EL CUAL DISTIENDE Y DEJA VER EL PILORO. SE VERIFICA PROXIMALMENTE UNION ESOFAGOGASTRICA LA CUAL SE OBSERVA ASCENDIDA CON RESPECTO A NIVEL DE PILARES DIAFRAGMATICOS.

Descripción procedimiento :

BAJO ANESTESIA GENREAL SE INTRODUCE EQUIPO DE ENDOSCOPIA EVALUANDO ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO. SE GUIA A CIRUJANO PARA TOMA DE DECISION DE NIVEL DE SECCION GASTRICA POR ENCIMA DE ZONA DE ESTENOSIS GASTRICA.

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.06.2017

Hora Registro: 23:01:43

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA OPERATORIA DX ESTENOSIS ESOFAGICA CX GASTRECTOMIA SUBTOTAL CON REMANENTE 10% POR LAPAROSCOPIA CX EDORADO J CORREA ANE BLANCO DORADO CHAPARRO

PACIENTE QUE TOLERA EL PROCEDIMIENTO, DURANTE EL MISMO SE REALIZA ENDSOCOPIA INTRAOPERATORI PARA DETERMINA SITIO DE TRANSECCION

TRASLADO AL UCI

NOV NPT IGUAL MARTES TRANSITO INTESTINAL AMPI SULBACTAM 3 GR IV CADA 6 HROA

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.06.2017

Hora Registro: 09:02:24

Responsable: ARISTIZABAL VASQUEZ, GONZALO ALFONSO

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

soporte nutricional pacient en su primer diapsot quirigico de gastrectomi subtotal. estable hemodminamicamente

.

post quirirgico de procedimeinto extenso prolongado . si ncompliaciones .
electroliticamente estable

igual

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.06.2017

Hora Registro: 09:10:51

Responsable: RAMOS SILVA, MIGUEL DAVID

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CLINICA DEL DOLOR PACIENTE DE 40 AÑOS DX 1. POP GASTRECTOMIA
SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA PACIENTE CON BUENA EVOLUCION CLINICA,
ESTABLE SIN DIFICULTAD RESPIRATORIOA SV: TA 125/85 FC 87 SATO2 98 %
FIO2 0.21 MANEJO MEDICO - PCA OXICODONA 11 MGRS EN 8 HORAS
PACIENTE SIN EFECTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS, DEMABULA CON
APOYO, CONCILIA EL SUEÑO SIN EFECTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS, A
TOLERRANCIA DE NUTRICION ENTERAL DOLOR EN REPOSO: 5/10
MOVIMIENTO 8/10 PLAN: MAÑANA RETIRA PCA DE OXICODONA CONTINUAR
IGUAL MANEJO REVALORAR POR CLINICA DEL DOLOR

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.06.2017

Hora Registro: 11:37:07

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID
 Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA
 Tipo de Evolución: Evolución
 DX POP 1 DIA DE GASTRECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA ANTC DE CX
 DE REVISION

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, SIN IOT, NO VENTILACION
 INVASIVA, SIN VASOPRESOR AUN CON ACIDOSIS, CON MEJORIA DE LA
 DIURESIS RECIBIENDO DE NPT FC 102 HABLANDO CON POCO DOLOR CON
 MEDIAS DE PRESION CON EDEMA PERIFERICA

SE HABLA CON UCI Y SIGUE NE MANEJO ACA PARA MEJORIA DE LACTATO Y
 VIGILANCIA DE DIURESIS AUN NO SE AUTORIZA INICIO DE VIA ORAL SE
 DEJA ORDEN PARA VIA DIGESTIVAS EL MARTES PARA EVALUAR
 ANASTOMOSIS ESOFAGOYEYUNAL

1. VIAS DIGESTIVAS EL MARTES 2. NVO 3. IGUAL MANEJO POR UCI

UCI

Fecha Registro: 24.06.2017

Hora Registro: 12:05:36

Responsable: OSPINA TASCON, GUSTAVO ADOLFO

Especialidad: INTENSIVISTA - MEDICINA INTERNA -

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI DIA – 24.06.2017 ALEXANDER MARIN, 40 AÑOS, MASCULINO
 DIAGNOSTICOS: - POP LIBERACION DE BRIDAS GASTROESOFAGICAS POR
 SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH EN ESTADIO AVANZADO

ANTECEDENTES Patológicos: infección avanzada por VIH con recuentos de cd4
 de 493 (¿?%), carga viral del VIH < 20 copias/ml para el 20.12.2016 . -

trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por psiquiatría. - hipersomnia.

- antecedente de apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP Tratamiento:
 dolutegravir + tenofovir/emtricitabina. (presentó efectos neuropsiquiatricos por
 el efavirenz). QX: cirugía bariátrica 2013. Colectectomía + revisión de sleeve
 mayo 25 2016. Fractura de radio bilateral. Alergicos: TMP PROCEDIMIENTOS
 23.06.2017 SINDROME ADHERENCIAL MODERADO ESTOMAGO CON TORSION
 EN TERCIO SUPERIOR CON REMANENTE DEL FUNDUS ADHERIDO AL BAZO SE
 REALIZA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA QUE INDICA TORSION EN TERCIO
 PROXIMAL Y SE IDENTIFICA SITIO DE LA GASTRECTOMIA Descripción
 Procedimiento: CON TECNICA ABIERTA INCISION SUPRAUMBILICAL SE PASA

TROCAR DE 12 MM Y SE INSUFLA HASTA 15 MM HG, SE REVISA CAVIDAD , SE PASA TROCAR DE 12 MM PARAUMBILICAL BILATERAL, DE 5 MM SUBCOSTAL IZQ Y SUBXIFOIDEO SE INICIA CON LIGASURE MARYLAND LIBERACION DEL HIATO Y LIBERACION DEL ESOFAGO INTRATORACICO HAY ADHERENCIAS FIRMES EN LA CRURA IZQ Y BAZO DEL REMANTE GASTRICO DE DIFICIL DISECCION. SE REALIZA POR PARTE DEL DR ARGUELLO ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA DONDE SE EVIDENCIA ZONA DE ESTENOSIS LIBERA REGION PILORICA Y SE HACE TRANSECCION CON ECHELON DE 60 MM RECARGA AZUL #2 REFUERZO DE LINEA DE GRAPA CON PDS 3/0, SE INICIA LA LIBERACION DEL ESTOMAGO SE LIGA CON HEMOLOK ARTERIA GASTRICA IZQ Y CON CLIPS LA VENA GASTRICA IZQ HAY GRAN SINDROME ADHERENCIAL SOBRE LA REGION PERIESPLENICA SE LIBERA UNION ESOFAGO GASTRICA Y SE DEJA REMANTE DEL 10% SE REALIZA CORTE CON 1 RECARGA AZUL DE 60MM, Y SE RESECA EL REMANTE GASTRICO PERIESPLENICO CON 3 RECARGAS MAS EXAMEN FISICO Paciente en aparentes aceptables condiciones generales de salud, tranquilo, alerta, sin signos de dificultad respiratoria o coloraciones anormales, no evidencia de dolor en el momento. CARDIOVASCULAR: FC: 97 /lpm TA: 117/67 mmHg TAM: 78 mmHg Ruidos cardiacos rítmicos no soplos. RESPIRATORIO FR: 16 /rpm SatO2: 97% FIO2: 0.5 Ambos campos pulmonares ventilados sin ruidos sobreagregados Gases art Ph: 7.35 pCO2: 46 pO2: 93 HCO3: 25 SatO2: 97% BE: 0.7 GASTROINTESTINAL: Abdomen gran paniculos adiposo. Se observa dren con secreción sanguinolenta. Blando y depresible con dolor. TPN 67 cc/hr HEMATOLÓGICO: Sin evidencia de sangrado activo de momento. Hb: 12.6 Hto: 38% Pqt: 111.000 INFECCIOSO: Temperatura 36.7° C - Afebril en el dia Leucocitos: 9420 Neutrs: 79% Linfs: 10% RENAL: S salina 15 cc/hr, Hartman 50 cc/hr, Diuresis 1750 cc, balance 603 cc, balance acumulado 32.1 Ltrs Na: 140 Cl: 106 K: 4.51 Ac. Láctico: 1.86 // BUN: 9.3 Cr: 0.77 METABÓLICO: Glucometrías 108 mg/dl EXTREMIDADES: con medias de compresión neumáticos NEUROLÓGICO: paciente tranquilo, alerta, no signos de focalizacion neurologica. ANALISIS Paciente con antecedente de VIH, y obesidad de morbida a quien le relizaron cirugia de sleeve gastrico 2013 con reganacia de peso + dolor abdominal razon por la cual 25.05.2017 realizaron colecistectomia + revision del sleeve gastrico (patologia sin evidencia de neoplasia). Durante el post qx presenta intolerancia a la via oral con EDVA donde se evidenio estenosis mecanica. Se indico hospitalizacion para recuperacion nutricional por via parenteral. Se llevo a cirugia laparoscopica de gastrectomia subtotal con remanente del 10%. La cirugia dura 8 horas recibe 5 litros de cristaloides, necesidad de vasoactivo inicial con tendencia inicial a la oliguria que ha tendido a recuperarse en la presente mañana. Se ha

encontrado en la mañana de hoy con mejoría de oliguria y ya sin requerimiento de soporte vasopresor, así como mejoría en control de dolor. Se considera de momento que paciente dado tendencia a la hipotensión, tendencia a la oliguria debe continuar manejo y monitoria en UCI. De acuerdo a su evolución se considerara traslado a piso en el día de mañana. Se explica a paciente y familiar condición actual y manejo a continuar. Dr. Gustavo Ospina - Internista/Intensivista/PhD en ciencias biomedicas Daniel Torres Cutiva - Residente de Medicina Interna ICESI

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.06.2017

Hora Registro: 12:54:21

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

24.06.2017 24.06.2017 EVOLUCIÓN INFECTOLOGIA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO 40 AÑOS DIAGNOSTICOS: - POP GASTRECTOMÍA TOTAL POR LAPAROSCOPIA (23.06.2017) - INFECCIÓN AVANZADA POR VIH - ANTC DE CIRUGIA DE REVISION DE SLEEVE - ESTENOSIS UNION ESOFAGOGASTRICA Paciente quien se encuentra tranquilo, sin queja de dolor ni disnea, niega síntomas urinarios o gastrointestinales. Con dolor marcado en el postquirurgico temprano SIGNOS VITALES Afebril en las ultimas 24 horas FC:99 FR:16 PA:123/76 SatO2:96% con máscara de oxigeno Mucosas hidratadas, conjuntivas rosadas, anicterico, sin signos de mucositis evidentes. Cardiopulmonar normal. Abdomen blando doloroso a la palpacion PARACLÍNICOS RECIENTES 24.06.2017. Acs Hepatitis C:0.120 AgsHb:Neg Leucos:9420 N:79.4% Hb:12.6 Hcto:38.1% PLT:111mil creat:0.77 BUN:9.3 Na:135 K:4.46 Lactato:2.55 23.06.2017. Glicemia:105 Colesterol total:146 HDL:20.3 LDL:54 VLDL:71 AST:70 ALT:37 CPK:49 LINFOCITOS T CD4+:365 CARGA VIRAL VIH 1 PCR (GENEXPERT) Resultado: 6670 (6,67 E03) copias/mL Log: 3,82 Paciente VIH en manejo con DOLUTEGRAVIR ASOCIADO A TENOFOVIR/EMTRICITABINA, en POP de gastrectomía laparoscópica total. Estable hemodinámicamente, preocupa que presenta control reciente de LTCD4 por debajo de 500, además de una carga viral muy elevada que por el tratamiento actual debería ser ya indetectable; paciente menciona dificultades en la adherencia. Hay que tener especial cuidado con la absorción del TARV después de ésta cirugía.

,

UCI

Fecha Registro: 24.06.2017

Hora Registro: 21:17:22

Responsable: OSPINA TASCON, GUSTAVO ADOLFO

Especialidad: INTENSIVISTA - MEDICINA INTERNA -

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI NOCHE – 24.06.2017 ALEXANDER MARIN, 40 AÑOS, MASCULINO DIAGNOSTICOS: - POP LIBERACION DE BRIDAS GASTROESOFAGICAS POR SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH EN ESTADIO AVANZADO ANTECEDENTES Patológicos: infección avanzada por VIH con recuentos de cd4 de 493 (¿?%), carga viral del VIH < 20 copias/ml para el 20.12.2016 . - trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por psiquiatría. - hipersomnia. - antecedente de apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP Tratamiento: dolutegravir + tenofovir/emtricitabina. (presentó efectos neuropsiquiatricos por el efavirenz). QX: cirugía bariátrica 2013. Colectectomía + revisión de sleeve mayo 25 2016. Fractura de radio bilateral. Alergicos: TMP PROCEDIMIENTOS 23.06.2017 SINDROME ADHERENCIAL MODERADO ESTOMAGO CON TORSION EN TERCIO SUPERIOR CON REMANENTE DEL FUNDUS ADHERIDO AL BAZO SE REALIZA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA QUE INDICA TORSION EN TERCIO PROXIMAL Y SE IDENTIFICA SITIO DE LA GASTRECTOMIA Descripción Procedimiento: CON TECNICA ABIERTA INCISION SUPRAUMBILICAL SE PASA TROCAR DE 12 MM Y SE INSUFLA HASTA 15 MM HG, SE REVISA CAVIDAD , SE PASA TROCAR DE 12 MM PARAUMBILICAL BILATERAL, DE 5 MM SUBCOSTAL IZQ Y SUBXIFOIDEO SE INICIA CON LIGASURE MARYLAND LIBERACION DEL HIATO Y LIBERACION DEL ESOFAGO INTRATORACICO HAY ADHERENCIAS FIRMES EN LA CRURA IZQ Y BAZO DEL REMANTE GASTRICO DE DIFICIL DISECCION. SE REALIZA POR PARTE DEL DR ARGUELLO ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA DONDE SE EVIDENCIA ZONA DE ESTENOSIS LIBERA REGION PILORICA Y SE HACE TRANSECCION CON ECHELON DE 60 MM RECARGA AZUL #2 REFUERZO DE LINEA DE GRAPA CON PDS 3/0, SE INICIA LA LIBERACION DEL ESTOMAGO SE LIGA CON HEMOLOK ARTERIA GASTRICA IZQ Y CON CLIPS LA VENA GASTRICA IZQ HAY GRAN SINDROME ADHERENCIAL SOBRE LA REGION PERIESPLENICA SE LIBERA UNION ESOFAGO GASTRICA Y SE DEJA REMANTE

DEL 10% SE REALIZA CORTE CON 1 RECARGA AZUL DE 60MM, Y SE RESECA EL REMANTE GASTRICO PERIESPLENICO CON 3 RECARGAS MAS EXAMEN FISICO Paciente en aparentes aceptables condiciones generales de salud, tranquilo, alerta, sin signos de dificultad respiratoria o coloraciones anormales, no evidencia de dolor en el momento. CARDIOVASCULAR: FC: 94 /lpm TA: 132/76 mmHg TAM: 94 mmHg Ruidos cardiacos rítmicos no soplos. RESPIRATORIO FR: 15 /rpm SatO2: 90% FIO2: 0.28 Ambos campos pulmonares ventilados sin ruidos sobreagregados Gases art Ph: pCO2: pO2: HCO3: SatO2: % BE: GASTROINTESTINAL: Abdomen gran paniculos adiposo. Se observa dren con secreción sanguinoleta. Blando y depresible con dolor. TPN 67 cc/hr HEMATOLÓGICO: Sin evidencia de sangrado activo de momento. Hb: Hto: % Pqt: .000 INFECCIOSO: Temperatura 36.7° C - Afebril en el dia Leucocitos: Neutrs: % Linfs: % RENAL: S salina 15 cc/hr, Hartman 80 cc/hr, Diuresis 3330 cc 12/h, balance cc, balance acumulado Ltrs Na: Cl: K: Ac. Láctico: // BUN: Cr: 0. METABÓLICO: Glucometrías 118-122-105-110 mg/dl EXTREMIDADES: con medias de compresión neumáticos NEUROLÓGICO: paciente tranquilo, alerta, no signos de focalizacion neurologica. ANALISIS Paciente en aceptables condiciones generales, sin soporte ventilatorio, sin soporte vasoactivo, se ha mantenido afebril, mantiene buen ritmo de diuresis. esta tolerando nutrición enteral, se justa aporte hídrico. Ya depuro lactato, se me informa que los gases arteriales no se procesaron por que se coagulo la muestra. Se explica a paciente y familiar condición actual y manejo a continuar. Dr. Gustavo Ospina - Internista/Intensivista/PhD en ciencias biomedicas Alexander salcedo Cadavid. Cirujano/ Fellow trauma y emergencias

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.06.2017

Hora Registro: 09:03:13

Responsable: ARISTIZABAL VASQUEZ, GONZALO ALFONSO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL PACIENT CON EVOLUCION ESTABLE , SIN VARIACIONES

.

ELECTOLITOS DE COSNTROL DENTRO DE LIMITES NOAMALES

IGUAL MANEJO

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.06.2017

Hora Registro: 10:07:09

Responsable: DORADO VELASCO, FABIAN CAMILO

Especialidad: DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CLINICA DEL DOLOR PACIENTE DE 40 AÑOS DX 1. POP GASTRECTOMIA
SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA - POP LIBERACION DE BRIDAS

GASTROESOFAGICAS POR SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH EN
ESTADIO AVANZADO Plan analgesico - PCA OXICODONA bolo 1 mg (consumo
38/53) - Dipirone S/ PACIENTE SIN EFECTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS,
CONCILIA EL SUEÑO SIN EFECTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS DOLOR EN
REPOSO: 2/10 MOVIMIENTO 5/10 NO HA PRESENTADO NAUSEA NI VOMITO
ACTUALMENTE CON Sonda vesical O/ ALERTA, REACTIVO, ORIENTADO SIN
DISTRES RESPIRATORIO HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS MOVILIZA
MIEMBROS INFERIORES PLAN: POR DOLOR PERSISTENTE CON
MOVILIZACION Y CONSUMO DE OPIOIDES CON ADECUADA TOLERANCIA,
AUNQUE EN MENOR INTENSIDAD CONSIDERO CONTINUAR IGUAL MANEJO.
SE REFUERZA EDUCACION SOBRE USO DE DISPOSITIVO REVALORAR POR
CLINICA DEL DOLOR

.

.

REVALORACION

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.06.2017

Hora Registro: 10:49:26

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX POP 1 DIA DE GASTRECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA ANTC DE CX
DE REVISION

PAPACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN EN ESTOS MOMENTOS, ANOCHE
REFIERE QUE CURSO CON DOLOR A NIVEL DE HIPOCONDRIOS IZQUIERDO
IRRADIADO A HOMBRO Y ESPALDA, POSTERIOR A COLOCACIÓN DE

ANALGESIA NO HA PRESENTADO NUEVO CUADRO DE DOLOR. AL EXAMEN FÍSICO: FC 94 FR: 16 PA 133/77 SAT 98% ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR NI DATOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, CON APOSITOS LIMPIOS, DRENAJE CON MATERIAL SEROHEMATICO, HA DRENADO 250 CC DESDE SU COLOCACIÓN EL VIERNES. LABORATORIOS CONTROL SIN LEUCOCITOSIS: IEUCOS 5.41 N 64% HB 11.5 HCT 35 PLAQUETAS 99000 NA 141 K 4.0 CL 106 LACTATO MUESTRA COAGULADA CARGA VIRAL 6670 CD4 365 DIURESIS HASTA ANOCHE 3300 CC, ACTUALMENTE CON ORINA CLARA EN BOLSA DE SONDA FOLEY. ACTUALMENTE RECIBIENDO TROMBOPROFILAXIS Y NUTRICIÓN PARENTERAL.

PACIENTE CON EVOLUCIÓN ESTABLE, ADECUADA DIURESIS, SIGNOS VITALES NORMALES, SIN HIPOTENSIÓN NI USO DE VASOPRESORES. SI INFECTOLOGÍA CONSIDERA SE DEBE INICIAR MANEJO CON TERAPIA ANTIRETROVIRAL VIA ORAL SE AUTORIZA LA TOMA DE LAS MISMAS. EN ESTOS MOMENTOS NO SE INICIARA ALIMENTACIÓN VIA ORAL. PARA EL DÍA MARTES SE PROGRAMA TRANSITO.

MARTES REALIZAR TRANSITO CONTINUAR EN UCI SI INFECTOLOGÍA CONSIDERA NECESARIO INICIAR ANTIRETROVIRALES SE AUTORIZA LA TOMA VÍA ORAL PERO NO INICIO DE DIETA.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 25.06.2017

Hora Registro: 10:49:35

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. TRANSITO EL MARTES 2. SI INFECTOLOGÍA CONSIDERA NECESARIO INICIO DE ANTIRETROVIRALES SE AUTORIZA LA INGESTA VÍA ORAL. 3.NO INICIAR DIETA.

UCI

Fecha Registro: 25.06.2017

Hora Registro: 11:26:40

Responsable: OSPINA TASCON, GUSTAVO ADOLFO

Especialidad: INTENSIVISTA - MEDICINA INTERNA -

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI DIA – 25.06.2017 ALEXANDER MARIN, 40 AÑOS, MASCULINO
DIAGNOSTICOS: - POP LIBERACION DE BRIDAS GASTROESOFAGICAS POR

SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH EN ESTADIO AVANZADO

ANTECEDENTES Patológicos: infección avanzada por VIH con recuentos de cd4 de 493 (¿?%), carga viral del VIH < 20 copias/ml para el 20.12.2016 . - trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por psiquiatría. - hipersomnia. - antecedente de apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP Tratamiento: dolutegravir + tenofovir/emtricitabina. (presentó efectos neuropsiquiátricos por el efavirenz). QX: cirugía bariátrica 2013. Colecistectomía + revisión de sleeve mayo 25 2016. Fractura de radio bilateral. Alergicos: TMP PROCEDIMIENTOS 23.06.2017 SINDROME ADHERENCIAL MODERADO ESTOMAGO CON TORSION EN TERCIO SUPERIOR CON REMANENTE DEL FUNDUS ADHERIDO AL BAZO SE REALIZA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA QUE INDICA TORSION EN TERCIO PROXIMAL Y SE IDENTIFICA SITIO DE LA GASTRECTOMIA Descripción Procedimiento: CON TECNICA ABIERTA INCISION SUPRAUMBILICAL SE PASA TROCAR DE 12 MM Y SE INSUFLA HASTA 15 MM HG, SE REVISCA CAVIDAD , SE PASA TROCAR DE 12 MM PARAUMBILICAL BILATERAL, DE 5 MM SUBCOSTAL IZQ Y SUBXIFOIDEO SE INICIA CON LIGASURE MARYLAND LIBERACION DEL HIATO Y LIBERACION DEL ESOFAGO INTRATORACICO HAY ADHERENCIAS FIRMES EN LA CRURA IZQ Y BAZO DEL REMANTE GASTRICO DE DIFICIL DISECCION. SE REALIZA POR PARTE DEL DR ARGUELLO ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA DONDE SE EVIDENCIA ZONA DE ESTENOSIS LIBERA REGION PILORICA Y SE HACE TRANSECCION CON ECHELON DE 60 MM RECARGA AZUL #2 REFUERZO DE LINEA DE GRAPA CON PDS 3/0, SE INICIA LA LIBERACION DEL ESTOMAGO SE LIGA CON HEMOLOK ARTERIA GASTRICA IZQ Y CON CLIPS LA VENA GASTRICA IZQ HAY GRAN SINDROME ADHERENCIAL SOBRE LA REGION PERIESPLENICA SE LIBERA UNION ESOFAGO GASTRICA Y SE DEJA REMANTE DEL 10% SE REALIZA CORTE CON 1 RECARGA AZUL DE 60MM, Y SE RESECA EL REMANTE GASTRICO PERIESPLENICO CON 3 RECARGAS MAS EXAMEN FISICO Paciente en aparentes aceptables condiciones generales de salud, tranquilo, alerta, sin signos de dificultad respiratoria o coloraciones anormales, no evidencia de dolor en el momento. CARDIOVASCULAR: FC: 87 /lpm TA: 163/77 mmHg TAM: 105 mmHg Ruidos cardiacos rítmicos no soplos. RESPIRATORIO FR: 14 /rpm SatO2: 96% FIO2: 0.28 Ambos campos pulmonares ventilados sin ruidos sobreagregados Gases art Ph: 7.35 pCO2: 46 pO2: 93 HCO3: 25 SatO2: 97% BE: 0.7 GASTROINTESTINAL: Abdomen gran paniculos adiposo. Se observa dren con secreción sanguinolenta. Blando y depresible con dolor. TPN 67 cc/hr HEMATOLÓGICO: Sin evidencia de sangrado activo de momento. Hb: 11.5 Hto: 35.3% Pqt: 99.000 INFECCIOSO: Temperatura 36.9° C - Afebril en el día Leucocitos: 5410 Neutrs: 74% Linfs: 22% RENAL: Hartman 50 cc/hr, Diuresis 6060 cc, balance -2180 cc, balance acumulado 29.9 Ltrs Na: 141 Cl: 106 K: 4

METABÓLICO: Glucometrías 129-110-105-122-118 mg/dl **EXTREMIDADES:** Simétricas, móviles, bien perfundidas con medias de compresión neumáticas
NEUROLÓGICO: paciente tranquilo, alerta, no signos de focalización neurológica. No alteración de pares craneales. **ANÁLISIS** Paciente con antecedente de VIH, y obesidad de morbida a quien le realizaron cirugía de sleeve gástrico 2013 con reganancia de peso + dolor abdominal razón por la cual 25.05.2017 realizaron colecistectomía + revisión del sleeve gástrico (patología sin evidencia de neoplasia). Durante el post qx presenta intolerancia a la vía oral con EDVA donde se evidenció estenosis mecánica. Se indicó hospitalización para recuperación nutricional por vía parenteral. Se llevó a cirugía laparoscópica de gastrectomía subtotal con remanente del 10%, la cual técnicamente muy difícil y prolongada con reanimación abundante con líquidos cristaloides por lo cual requiere manejo inicial en UCI. Su evolución en estas primeras 48 iniciales han sido tendientes a la mejoría, inicialmente con oliguria la cual resuelve de manera adecuada en la mañana de ayer llevando a paciente incluso al extremo de poliuria, posiblemente debida a redistribución de líquido aportado con anterioridad cual puede llevar a deterioro considerable de paciente en especial respecto a su condición hidroelectrolítica. Su proceso de base se ha encontrado sin control adecuado y con dificultades técnicas para administración de medicación ARV con probable menor absorción de los mismos por intervención quirúrgica, por lo cual el riesgo de complicación infecciosa en paciente es grande por lo cual requiere continuar manejo médico en UCI. Se explica a paciente así como se discute con servicio de cirugía tratante considerándose que paciente en caso de considerarse necesario por servicio de infectología, reiniciar nuevamente manejo con antirretrovirales. Se explica a paciente condición clínica actual y manejo a continuar. Atentos a su evolución. Dr. Gustavo Ospina - Internista/Intensivista/PhD en ciencias biomédicas Daniel Torres Cutiva - Residente de Medicina Interna ICESI

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.06.2017

Hora Registro: 16:50:13

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA. Paciente VIH en tratamiento antirretroviral con pobre adherencia por eventos de intolerancia gástrica secundario a su cirugía. Lo encuentro en silla, tranquilo, sin dolor, se iniciara hoy la tolerancia del tratamiento antirretroviral, espero evolucione bien, me preocupa el riesgo de

selección de resistencias y es incierto la absorción del fármaco por el tipo de cirugía, no disponemos de medición de niveles sericos del fármaco en Colombia.

.

.

.

UCI

Fecha Registro: 25.06.2017

Hora Registro: 23:48:11

Responsable: ORDONEZ DELGADO, CARLOS ALBERTO

Especialidad: CIRUGIA DE TRAUMA Y EMERGENCIA - INTENSIVISTA - CIRUGIA

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI NOCHE – 25.06.2017 ALEXANDER MARIN, 40 AÑOS, MASCULINO DIAGNOSTICOS: - POP LIBERACION DE BRIDAS GASTROESOFAGICAS POR SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH EN ESTADIO AVANZADO - POP GASTRECTOMIA TOTAL EXAMEN FISICO Paciente en aparentes aceptables condiciones generales de salud, tranquilo, alerta, sin signos de dificultad respiratoria o coloraciones anormales, no evidencia de dolor en el momento. CARDIOVASCULAR: FC: 87 /lpm TA: 163/77 mmHg TAM: 105 mmHg Ruidos cardiacos rítmicos no soplos. RESPIRATORIO FR: 14 /rpm SatO2: 96% FIO2: 0.28 Ambos campos pulmonares ventilados sin ruidos sobreagregados GASTROINTESTINAL: Abdomen gran paniculos adiposo. Se observa dren con secreción sanguinolenta 50 cc, dolor leve a la palpacion del abdomen HEMATOLÓGICO: Sin evidencia de sangrado activo de momento. INFECCIOSO: Temperatura 36.9° C - Afebril en el dia RENAL: Diuresis 3340 cc, balance -1456 cc, METABÓLICO: Glucometrías 129-110-105-122-118 mg/dl EXTREMIDADES: Simetricas, moviles, bien perfundidas con medias de compresión neumáticos NEUROLÓGICO: paciente tranquilo, alerta, no signos de focalizacion neurologica. No alteracion de pares craneales. ANALISIS Paciente con diagnosticos anotados, quien ha permanecido bien durante el dia, sn picos febriles y con dolro controlado, hoy se iniciaron antiretrovirales por via oral con adecuada tolerancia, sin requerimietno de soporte. por ahora continua en la unidad, se solicitan paraclínicos y segun evolucion y resultados se definira traslado. Jose Julian Serna Fellow cirugia de trauma

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.06.2017

Hora Registro: 09:23:56

Responsable: ARISTIZABAL VASQUEZ, GONZALO ALFONSO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL SIN CAMBIOS CLINICOS . ESTABLE

.

EVOLUCION ESTABLE . ELECTROLITOS DE CONTROL NOAMALES

IGUAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.06.2017

Hora Registro: 09:46:40

Responsable: JARAMILLO VALENCIA, SERGIO ANDRES

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CLINICA DEL DOLOR PACIENTE DE 40 AÑOS DX 1. POP GASTRECTOMIA

SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA - POP LIBERACION DE BRIDAS

GASTROESOFAGICAS POR SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH Plan

analgesico - PCA OXICODONA bolo 1 mg (consumo 3/9) - Dipirona c 8 horas -

Enoxaparina - Metoclopramida S/ PACIENTE SIN EFECTOS ADVERSOS DE

MEDICAMENTOS, CONCILIA EL SUEÑO SIN EFECTOS ADVERSOS DE

MEDICAMENTOS DOLOR EN REPOSO: 1/10 MOVIMIENTO 5/10 NO HA

PRESENTADO NAUSEA NI VOMITO ACTUALMENTE CON Sonda vesical O/

ALERTA, REACTIVO, ORIENTADO SIN DISTRES RESPIRATORIO HERIDAS

QUIRURGICAS CUBIERTAS MOVILIZA MIMEMBROS INFERIORES PLAN:

PACIENTE CON MEJORÍA IMPORTANTE DE AYER A HOY, HOY CON MUCHO

MENOR CONSUMO DE OPIOIDES, SE REFUERZA EDUCACION SOBRE USO DE

DISPOSITIVO, SE REVALORARÁ MAÑANA, POSIBLE ALTA POR CLÍNCIA DEL

DOLOR.

.

.

REVALORACION

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.06.2017

Hora Registro: 10:22:39

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX POP3 DE GASTRECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA ANTC DE CX DE REVISION DE SLEEVE

PACIENTE REFIERE QUE SE SIENTE BIEN, SIN DOLOR EN ESTOS MOMENTOS, TOLERO LA INGESTA DE ANTIRETROVIRALES VIA ORAL, NIEGA VÓMITOS. AL EXAMEN FÍSICO: FC 88 FR: 16 PÁ:134/89 SAT 96% ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN DATOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, APOSITOS LIMPIOS, CON DRENAJE SEROHEMATICO QUE HA DRENADO EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS 50 CC. TOLERANDO NUTRICIÓN PARENTERAL, CON SONDA URINARIA CON ADECUADA DIURESIS Y ORINACLARA A RAZÓN DE 2.3 CC/KG/H EN LA ÚLTIMA HORA. LABORATORIOS: LEUCOCITOS 5.55 NEUTROFILOS 57.6% HB: 11.2 HCTO: 34.2 PLAQUETAS 117000 CREATININA 0.5 AC.URICO: 7.5 NA: 140K:3.89 CL:105.1

PACIENTE CON BUENA EVOLUCIÓN, SE LE REALIZARÁ MAÑANA TRÁNSITO DESPUÉS DEL CUAL SE EVALUARÁ INICIO DE DIETA.

TRÁNSITO MAÑANA RETIRO DE SONDA FOLEY MEDICIÓN DE DIURESIS ESPONTÁNEA

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 26.06.2017

Hora Registro: 10:23:15

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. TRÁNSITO MAÑANA 2. RETIRO DE SONDA FOLEY 3. MEDICIÓN DE DIURESIS ESPONTÁNEA

UCI

Fecha Registro: 26.06.2017

Hora Registro: 11:53:21

Responsable: OSPINA TASCON, GUSTAVO ADOLFO
Especialidad: INTENSIVISTA - MEDICINA INTERNA -

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI DIA – 26.06.2017 ALEXANDER MARIN, 40 AÑOS, MASCULINO
DIAGNOSTICOS: - POP LIBERACION DE BRIDAS GASTROESOFAGICAS POR
SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH EN ESTADIO AVANZADO

ANTECEDENTES Patológicos: infección avanzada por VIH con recuentos de cd4
de 493 (¿?%), carga viral del VIH < 20 copias/ml para el 20.12.2016 . -

trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por psiquiatría. - hipersomnia.

- antecedente de apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP Tratamiento:

dolutegravir + tenofovir/emtricitabina. (presentó efectos neuropsiquiatricos por
el efavirenz). QX: cirugía bariátrica 2013. Colecistectomía + revisión de sleeve

mayo 25 2016. Fractura de radio bilateral. Alergicos: TMP PROCEDIMIENTOS

23.06.2017 SINDROME ADHERENCIAL MODERADO ESTOMAGO CON TORSION
EN TERCIO SUPERIOR CON REMANENTE DEL FUNDUS ADHERIDO AL BAZO SE
REALIZA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA QUE INDICA TORSION EN TERCIO
PROXIMAL Y SE IDENTIFICA SITIO DE LA GASTRECTOMIA Descripción

Procedimiento: CON TECNICA ABIERTA INCISION SUPRAUMBILICAL SE PASA
TROCAR DE 12 MM Y SE INSUFLA HASTA 15 MM HG, SE REVISA CAVIDAD , SE
PASA TROCAR DE 12 MM PARAUMBILICAL BILATERAL, DE 5 MM SUBCOSTAL
IZQ Y SUBXIFOIDEO SE INICIA CON LIGASURE MARYLAND LIBERACION DEL
HIATO Y LIBERACION DEL ESOFAGO INTRATORACICO HAY ADHERENCIAS
FIRMES EN LA CRURA IZQ Y BAZO DEL REMANTE GASTRICO DE DIFICIL
DISECCION. SE REALIZA POR PARTE DEL DR ARGUELLO ENDOSCOPIA
INTRAOPERATORIA DONDE SE EVIDENCIA ZONA DE ESTENOSIS LIBERA
REGION PILORICA Y SE HACE TRANSECCION CON ECHELON DE 60 MM
RECARGA AZUL #2 REFUERZO DE LINEA DE GRAPA CON PDS 3/0, SE INICIA
LA LIBERACION DEL ESTOMAGO SE LIGA CON HEMOLOK ARTERIA GASTRICA
IZQ Y CON CLIPS LA VENA GASTRICA IZQ HAY GRAN SINDROME

ADHERENCIAL SOBRE LA REGION PERIESPLENICA SE LIBERA UNION
ESOFAGO GASTRICA Y SE DEJA REMANTE DEL 10% SE REALIZA CORTE CON
1 RECARGA AZUL DE 60MM, Y SE RESECA EL REMANTE GASTRICO

PERIESPLENICO CON 3 RECARGAS MAS EXAMEN FISICO Paciente en

aparentes aceptables condiciones generales de salud, tranquilo, alerta, sin
signos de dificultad respiratoria o coloraciones anormales, no evidencia de

dolor en el momento. CARDIOVASCULAR: FC: 84 /lpm TA: 119/84 mmHg TAM:

90 mmHg Ruidos cardiacos rítmicos no soplos. RESPIRATORIO FR: 16 /rpm

SatO2: 95% FIO2: 0.21 Ambos campos pulmonares ventilados sin ruidos

sobreagregados Gases art Ph: 7.35 pCO2: 46 pO2: 93 HCO3: 25 SatO2: 97%

BE: 0.7 GASTROINTESTINAL: Abdomen gran paniculos adiposo. Se observa dren con secreción sanguinolenta. Blando y depresible con dolor. TPN 65 cc/hr
 HEMATOLÓGICO: Sin evidencia de sangrado activo de momento. Hb: 11.2 Hto: 34% Pqt: 117.000 INFECCIOSO: Temperatura 35.8° C - Afebril en el día
 Leucocitos: 55000 Neutrs: 57% Linfs: 28% RENAL: S salina 10 cc/hr, Diuresis 4880 cc, balance -2058 cc, balance acumulado 27.9 Ltrs Na: 140 Cl: 105 K: 3.8 // BUN 7.5 Cr 0.5 METABÓLICO: Glucometrías 113-92-109-129 mg/dl
 EXTREMIDADES: Simétricas, móviles, bien perfundidas con medias de compresión neumáticas NEUROLÓGICO: tranquilo, alerta, no signos de focalización neurológica. No alteración de pares craneales. ANALISIS Paciente con antecedente de VIH, y obesidad de morbida a quien le realizaron cirugía de sleeve gástrico 2013 con reganacia de peso + dolor abdominal razón por la cual 25.05.2017 realizaron colecistectomía + revisión del sleeve gástrico (patología sin evidencia de neoplasia). Durante el post qx presenta intolerancia a la vía oral con EDVA donde se evidenció estenosis mecánica. Se indicó hospitalización para recuperación nutricional por vía parenteral. Se llevó a cirugía laparoscópica de gastrectomía subtotal con remanente del 10%, la cual técnicamente muy difícil y prolongada con reanimación abundante con líquidos cristaloides por lo cual requiere manejo inicial en UCI. Su evolución en estas primeras 72 horas ha sido favorable con disminución progresiva de parámetros de hipoperfusión y mejoría en tasa de diuresis con el manejo actual sin mayor deterioro de su condición. Ha mostrado además adecuada tolerancia a inicio de terapia ARV indicada con anterioridad por lo cual se continúa la misma, además sin evidencia de alteración hidroelectrolítica. Su condición en general viene mejor, sin embargo el riesgo de complicaciones teniendo en cuenta su condición de base son altos, por lo cual se considera traslado el día de hoy para manejo en UCIN y seguimiento de su condición. Se explica a paciente condición y manejo a continuar. Atentos a su evolución. Dr. Gustavo Ospina - Internista/Intensivista/PhD en ciencias biológicas Daniel Torres Cutiva - Residente de Medicina Interna ICESI

Evolución UCI:

Fecha Registro: 26.06.2017

Hora Registro: 21:47:38

Responsable: CEVALLOS AGURTO, CECIBEL YADIRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

EVOLUCION UCIN NOCHE – 26.06.2017 ALEXANDER MARIN, 40 AÑOS,

MASCULINO DIAGNOSTICOS: - POP LIBERACION DE BRIDAS

GASTROESOFAGICAS POR SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH EN

ESTADIO AVANZADO ANTECEDENTES Patológicos: infección avanzada por VIH

con recuentos de cd4 de 493, carga viral del VIH < 20 copias/ml para el 20.12.2016. Trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por psiquiatría. Hipersomnia. Antecedente de apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP Tratamiento: dolutegravir + tenofovir/emtricitabina. (Presentó efectos neuropsiquiátricos por el efavirenz). QX: cirugía bariátrica 2013. Colectomía + revisión de sleeve mayo 25 2016. Fractura de radio bilateral. Alérgicos: TMP PROCEDIMIENTOS 23.06.2017 SINDROME ADHERENCIAL MODERADO ESTOMAGO CON TORSION EN TERCIO SUPERIOR CON REMANENTE DEL FUNDUS ADHERIDO AL BAZO SE REALIZA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA QUE INDICA TORSION EN TERCIO PROXIMAL Y SE IDENTIFICA SITIO DE LA GASTRECTOMIA. EXAMEN FISICO: Paciente en aceptables condiciones generales, tranquilo, sin dolor ni molestias. CARDIOVASCULAR: FC: 90/lpm TA: 145/86 mm/Hg TAM: 98 mm/Hg Ruidos cardiacos rítmicos, sincrónicos con el pulso, no soplos. RESPIRATORIO FR: 18/rpm SatO2: 96% FIO2: 0.21 Ambos campos pulmonares ventilados sin ruidos sobre agregados Gases art Ph: 7.35 pCO2: 46 pO2: 93 HCO3: 25 SatO2: 97% BE: 0.7 GASTROINTESTINAL: Abdomen con abundante cantidad de panículo adiposo. Dren en flanco izquierdo con contenido 60cc/12 horas, de características sero hemático. TPN 65.3cc/h. HEMATOLÓGICO: Sin evidencia de sangrado activo al momento. Hb: 11.2 Hto: 34% Pqt: 117.000 INFECCIOSO: Temperatura 36.6°C, afebril. Leucocitos: 55000 Neutrs: 57% Linfs: 28% RENAL: Diuresis 2040cc/12 horas, balance -686cc, balance acumulado total: 27215cc Na: 140 Cl: 105 K: 3.8 // BUN 7.5 Cr 0.5 METABÓLICO: Glucometrías 95-113-113 mg/dl EXTREMIDADES: Simétricas, sin edemas, pulsos distales presentes. NEUROLÓGICO: Paciente consciente, orientado en las tres esferas, sin signos de focalización neurológica. ANALISIS Paciente masculino de 40 años de edad, con antecedente de VIH, y obesidad mórbida por lo que en el 2013 le realizaron sleeve gástrico con re ganancia de peso + dolor abdominal razón por la que el 25.05.2017 realizaron colectomía + revisión del sleeve gástrico (patología sin evidencia de neoplasia). En el POP presenta intolerancia a la vía oral, realizan EDVA evidenciando estenosis mecánica; es llevado por cirugía laparoscópica a gastrectomía subtotal con remanente del 10%, la cual técnicamente resulta muy difícil y prolongada. Al momento en sus 72 horas de POP sin soporte ventilatorio ni vasoactivo. Sin vía oral, recibe aporte nutricional por TPN, la cual ha tolerado adecuadamente. Además con adecuada tolerancia a terapia ARV, recibe esquema antibiótico con Piperacilina tazobactam, reactantes de fase aguda en modulación, afebril. Electrolitos normales, diuresis conservada con azoados dentro de rangos normales. Se solicita paraclínicos de control para mañana. Por su condición de amplio riesgo de deterioro de su estado general

por inicio reciente de terapia ARV el paciente amerita continuar bajo vigilancia en UCI. Se explica a paciente su condición quien refiere entender. DR. GUSTAVO OSPINA DRA. CECIBEL CEVALLOS A. INTERNISTA-INTENSIVISTA FELLOW DE CIRUGIA DE TRAUMA PHD EN CIENCIAS BIOMÉDICAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.06.2017

Hora Registro: 09:10:57

Responsable: DORADO VELASCO, FABIAN CAMILO

Especialidad: DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CLINICA DEL DOLOR PACIENTE DE 40 AÑOS DX 1. POP GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA - POP LIBERACION DE BRIDAS GASTROESOFAGICAS POR SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH Plan analgesico - PCA OXICODONA bolo 1 mg (consumo 5/5) - Dipirone c 8 horas - Enoxaparina - Metoclopramida S/ PACIENTE REFIERE ADECUADO ESTADO GENERAL. DOLOR LEVE EN ABDOMEN CONCILIA EL SUEÑO DOLOR EN REPOSO: 1/10 MOVIMIENTO 3/10 NO HA PRESENTADO NAUSEA NI VOMITO DIURESIS PRESENTE SIN VIA ORAL AUTORIZADA O/ ALERTA, REACTIVO, ORIENTADO SIN DISTRES RESPIRATORIO HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS MOVILIZA MIMEMBROS INFERIORES PLAN: MEJORIA SINTOMATICA. NO REQUERIMEINTO DE OPIOIDES FUERTES. SE DECIDE RETIRAR PCA. SE ADICIONAN RESCATES DE OXICODONA SI DOLOR MODERADO A SEVERO. PUEDE CONTINUAR MANEJO ANALGESICO POR ESPECIALIDADES TRATANTES

.

.

- RETIRO DE PCA OXICODONA - OXICODONA 4 MG IV CADA 4 HRS SI DOLOR MDOERADO A SEVERO - CIERRE DE INTERCONSULTA

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 27.06.2017

Hora Registro: 09:11:13

Responsable: DORADO VELASCO, FABIAN CAMILO

CLINICA DE DOLOR - RETIRO DE PCA OXICODONA - OXICODONA 4 MG IV

CADA 4 HRS SI DOLOR MODERADO A SEVERO - CIERRE DE INTERCONSULTA

1. TRÁNSITO MAÑANA 9 AM 2. INICIO DE LÍQUIDOS CLAROS MEDIA PORCIÓN HIPOGLÚCIDO

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.06.2017

Hora Registro: 10:43:59

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX POP4 DE GASTRECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA ANTC DE CX DE REVISION DE SLEEVE

PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN DOLOR, EXONERA, RECIBIENDO NUTRICIÓN PARENTERAL Y TROMBOPROFILAXIS. AL EXAMEN FÍSICO: FC 86 FR 20 PA 167/91 SAT 94% ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, APOSITOS LIMPIOS, DRENAJE SEROHEMÁTICO 60 CC EN ÚLTIMAS 24 HRS. CON TENSIONES SISTOLICAS ELEVADAS

ACTUALMENTE TOLERANDO ANTIRRETROVIRALES, SE INICIA LIQUIDOS CLAROS, PENDIENTE MAÑANA REALIZACIÓN DE TRANSITO PARA RETIRO DE NTP.

TRÁNSITO MAÑANA 9 AM INICIO DE DIETA LÍQUIDA MEDIA PORCIÓN HIPOGLÚCIDA

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.06.2017

Hora Registro: 11:48:33

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN 40 AÑOS DIAGNOSTICOS: - POP LIBERACION DE BRIDAS GASTROESOFAGICAS POR SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH EN ESTADIO AVANZADO ANTECEDENTES Patológicos: infección avanzada por VIH con recuentos de cd4 de 493 (¿?%), carga viral del VIH < 20 copias/ml para el 20.12.2016 . - trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por psiquiatría. - hipersomnia. - antecedente de apnea

obstruktiva del sueño con uso de CPAP Tratamiento: dolutegravir + tenofovir/emtricitabina. (presentó efectos neuropsiquiátricos por el efavirenz). QX: cirugía bariátrica 2013. Colecistectomía + revisión de sleeve mayo 25 2016. Fractura de radio bilateral. Alergicos: TMP PAciente en mejor condición Normalidad macrovascular Sin soporte ventilatorio Sin respuesta inflamatoria Glucometrías 114 - 95 - 113 - 113 mg/dL Hemograma. Leucocitos 5380 Hb 12.3 PLT 152.000 Electrolitos Na 141 K 4.11 Cl 104 mEq/L Su peso real es 107 Kg Recibe 22 Kcal/kg día 7 1.1 g Kg día de proteína basados en un peso de 85 kg. Incremento aporte calórico y proteico usando fórmula comercial N9 x 2000 mL. Quedo pendiente de tránsito intestinal a realizarse hoy para dejar vía oral y retirar soporte parenteral. JOSE LUIS ALDANA DÍAZ SOPORTE NUTRICIONAL

.

.

.

UCI

Fecha Registro: 27.06.2017

Hora Registro: 12:44:06

Responsable: VARGAS ORDONEZ, MONICA PATRICIA

Especialidad: INTENSIVISTA -

Evolución UCI:

EVOLUCION UCI DIA – 27.06.2017 ALEXANDER MARIN, 40 AÑOS, MASCULINO

DIAGNOSTICOS: - POP LIBERACION DE BRIDAS GASTROESOFAGICAS POR SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH EN ESTADIO AVANZADO

ANTECEDENTES Patológicos: infección avanzada por VIH con recuentos de cd4 de 493 (¿?%), carga viral del VIH < 20 copias/ml para el 20.12.2016 . -

trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por psiquiatría. - hipersomnia.

- antecedente de apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP Tratamiento: dolutegravir + tenofovir/emtricitabina. (presentó efectos neuropsiquiátricos por el efavirenz). QX: cirugía bariátrica 2013. Colecistectomía + revisión de sleeve mayo 25 2016. Fractura de radio bilateral. Alergicos: TMP

PROCEDIMIENTOS 23.06.2017 SINDROME ADHERENCIAL MODERADO ESTOMAGO CON TORSION EN TERCIO SUPERIOR CON REMANENTE DEL FUNDUS ADHERIDO AL BAZO SE REALIZA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA QUE INDICA TORSION EN TERCIO PROXIMAL Y SE IDENTIFICA SITIO DE LA GASTRECTOMIA Descripción

Procedimiento: CON TECNICA ABIERTA INCISION SUPRAUMBILICAL SE PASA

TROCAR DE 12 MM Y SE INSUFLA HASTA 15 MM HG, SE REVISA CAVIDAD , SE PASA TROCAR DE 12 MM PARAUMBILICAL BILATERAL, DE 5 MM SUBCOSTAL IZQ Y SUBXIFOIDEO SE INICIA CON LIGASURE MARYLAND LIBERACION DEL HIATO Y LIBERACION DEL ESOFAGO INTRATORACICO HAY ADHERENCIAS FIRMES EN LA CRURA IZQ Y BAZO DEL REMANTE GASTRICO DE DIFICIL DISECCION. SE REALIZA POR PARTE DEL DR ARGUELLO ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA DONDE SE EVIDENCIA ZONA DE ESTENOSIS LIBERA REGION PILORICA Y SE HACE TRANSECCION CON ECHELON DE 60 MM RECARGA AZUL #2 REFUERZO DE LINEA DE GRAPA CON PDS 3/0, SE INICIA LA LIBERACION DEL ESTOMAGO SE LIGA CON HEMOLOK ARTERIA GASTRICA IZQ Y CON CLIPS LA VENA GASTRICA IZQ HAY GRAN SINDROME ADHERENCIAL SOBRE LA REGION PERIESPLENICA SE LIBERA UNION ESOFAGO GASTRICA Y SE DEJA REMANTE DEL 10% SE REALIZA CORTE CON 1 RECARGA AZUL DE 60MM, Y SE RESECA EL REMANTE GASTRICO PERIESPLENICO CON 3 RECARGAS MAS EXAMEN FISICO: Paciente en aparentes aceptables condiciones generales de salud, tranquilo, alerta, sin signos de dificultad respiratoria o coloraciones anormales, no evidencia de dolor en el momento. CARDIOVASCULAR: FC: 80 /lpm TA: 145/72 mmHg TAM: 86 mmHg Ruidos cardiacos rítmicos no soplos. RESPIRATORIO FR: 18 /rpm SatO2: 94% FIO2: 0.21 Ambos campos pulmonares ventilados sin ruidos sobreagregados. Gases art Ph: 7.35 pCO2: 46 pO2: 93 HCO3: 25 SatO2: 97% BE: 0.7 GASTROINTESTINAL: Abdomen gran paniculos adiposo. Se observa dren con secreción sanguinolenta. Blando y depresible con dolor. TPN 65 cc/hr Dren 60 cc. HEMATOLOGICO: Sin evidencia de sangrado activo de momento. - Hb: 12.3 Hto: 36% Pqt: 152.000 INFECCIOSO: Temperatura 36.6° C - Afebril en el dia - Leucocitos: 5.380 Neutrs: 58% Linfs: 28% RENAL: Sol. salina a 5 cc/hr Diuresis 3140 cc, balance -709 cc, balance acumulado 27189 cc - Na: 141 Cl: 104 K: 4.1 // BUN 8 Cr 0.6 METABOLICO: Glucometrías 113-95-124 mg/dl EXTREMIDADES: Simetricas, moviles, bien perfundidas con medias de compresión neumáticos NEUROLÓGICO: tranquilo, alerta, no signos de focalizacion neurologica. No alteracion de pares craneales. ANALISIS Paciente con antecedente de VIH, y obesidad de morbida a quien le relizaron cirugia de sleeve gastrico 2013 con reganacia de peso + dolor abdominal razon por la cual 25.05.2017 realizaron colecistectomia + revision del sleeve gastrico (patologia sin evidencia de neoplasia). Durante el post qx presenta intolerancia a la via oral con EDVA donde se evidenio estenosis mecanica. Se indico hospitalizacion para recuperacion nutricional por via parenteral. Se llevo a cirugia laparoscopica de gastrectomia subtotal con remanente del 10%, la cual técnicamente muy difícil y prolongada con reanimaacion abundante con liquidos cristaloides por lo cual requiere manejo inicial en UCI. Su evolución en

las primeras 72 horas ha sido favorable con disminucion progresiva de parametros de hipoperfusion y mejoría en tasa de diuresis con el manejo actual sin mayor deterioro de su condicion, asi como mejoría en tasa de diuresis en las ultimas 24 horas y en general evolucion favorable. Ha persistido con estabilidad, sin soporte ventilatorio, hemodinamico mas con alto riesgo de deterioro de su condicion por VIH sin adecuado control de momento. No se ha encontrado alteraciones hidroelectroliticas en las ultimas 24 horas con el manejo actual propuesto. Se considera de momento que paciente debe continuar manejo en UCIn dado alto riesgo de inestabilidad secundaria y se inicia via oral con dieta liquida clara de acuerdo a recomendaciones dadas por servicio de cirugia tratante. Se explica a paciente condicion y manejo a continuar. Atentos a su evolulcion. Dra. Monica Vargas – Anestesiologa/intensivista Daniel Torres Cutiva - Residente de Medicina Interna ICESI

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.06.2017

Hora Registro: 14:17:04

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA ALEXANDER MARIN 40 años DIAGNOSTICOS: - POP LIBERACION DE BRIDAS GASTROESOFAGICAS POR SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH Paciente en el momento tranquilo, sin disnea ni dolor referido, sin vomito, no ha presentado fiebre, tiene signos vitales T:36.6°C TA:145/72mmHg FC:80 FR:18 SatO2:94%. Paraclínicos de hoy con leucos:5.3 N:58% L:28% Hb:12 Plaq:152 BUN:8 Creat:0.6 Na:141 K:4.1 Cl:104. Sin deterioro sintomatico, continua pendiente traslado a salas de UCIN, esta en proceso de tolerancia a la via oral, y se desconoce la absorcion de los antirretrovirales en el contexto de una reseccion gastrica. Esto se revalorara de manera indirecta a largo plazo con una nueva carga viral posiblemente ya que no contamos con medicion de niveles sericos, por ahora no realizamos cambio en su manejo, sin intervenciones por nuestra parte, estaremos atentos en caso de alguna novedad. Atentamente, Daniel López Rincón Residente Medicina Interna Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

.

UCI

Fecha Registro: 27.06.2017

Hora Registro: 20:33:07

Responsable: MARIN RESTREPO, LEONARDO

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Evolución UCI:

NOTA DE EVOLUCION UCI NOCHE- 27.06.2017 ALEXANDER MARIN, 40 AÑOS, MASCULINO DIAGNOSTICOS: - POP LIBERACION DE BRIDAS GASTROESOFAGICAS POR SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH EN ESTADIO AVANZADO ANTECEDENTES Patológicos: infección avanzada por VIH con recuentos de cd4 de 493 (¿?%), carga viral del VIH < 20 copias/ml para el 20.12.2016 . - trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por psiquiatría. - hipersomnía. - antecedente de apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP Tratamiento: dolutegravir + tenofovir/emtricitabina. (presentó efectos neuropsiquiátricos por el efavirenz). QX: cirugía bariátrica 2013. Colectomía + revisión de sleeve mayo 25 2016. Fractura de radio bilateral. Alergicos: TMP PROCEDIMIENTOS 23.06.2017 SINDROME ADHERENCIAL MODERADO ESTOMAGO CON TORSION EN TERCIO SUPERIOR CON REMANENTE DEL FUNDUS ADHERIDO AL BAZO SE REALIZA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA QUE INDICA TORSION EN TERCIO PROXIMAL Y SE IDENTIFICA SITIO DE LA GASTRECTOMIA Descripción Procedimiento: CON TECNICA ABIERTA INCISION SUPRAUMBILICAL SE PASA TROCAR DE 12 MM Y SE INSUFLA HASTA 15 MM HG, SE REVISA CAVIDAD , SE PASA TROCAR DE 12 MM PARAUMBILICAL BILATERAL, DE 5 MM SUBCOSTAL IZQ Y SUBXIFOIDEO SE INICIA CON LIGASURE MARYLAND LIBERACION DEL HIATO Y LIBERACION DEL ESOFAGO INTRATORACICO HAY ADHERENCIAS FIRMES EN LA CRURA IZQ Y BAZO DEL REMANTE GASTRICO DE DIFICIL DISECCION. SE REALIZA POR PARTE DEL DR ARGUELLO ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA DONDE SE EVIDENCIA ZONA DE ESTENOSIS LIBERA REGION PILORICA Y SE HACE TRANSECCION CON ECHELON DE 60 MM RECARGA AZUL #2 REFUERZO DE LINEA DE GRAPA CON PDS 3/0, SE INICIA LA LIBERACION DEL ESTOMAGO SE LIGA CON HEMOLOK ARTERIA GASTRICA IZQ Y CON CLIPS LA VENA GASTRICA IZQ HAY GRAN SINDROME ADHERENCIAL SOBRE LA REGION PERIESPLENICA SE LIBERA UNION ESOFAGO GASTRICA Y SE DEJA REMANTE DEL 10% SE REALIZA CORTE CON 1 RECARGA AZUL DE 60MM, Y SE RESECA

EL REMANTE GASTRICO PERIESPLENICO CON 3 RECARGAS MAS EXAMEN FISICO: Paciente en aparentes aceptables condiciones generales de salud, tranquilo, alerta, sin signos de dificultad respiratoria SIGNOS VITALES TA 136/80 TAM 93 FCARD 87 FRESP 20 SAT 95% SIN OXIGENO TEMP 36,9°C

CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos. RESPIRATORIO Ambos campos pulmonares ventilados sin ruidos sobreagregados.

GASTROINTESTINAL: Abdomen gran paniculos adiposo. Se observa dren con secreción sanguinolenta. Blando y depresible con dolor. TPN 85 cc/hr, enteral 300 ml HEMATOLÓGICO: Sin evidencia de sangrado activo de momento.

INFECCIOSO: Temperatura 36.9° C - Afebril en el dia RENAL: Sol. salina a 5 cc/hr Diuresis 2180, BALANCE DE -492, acumulado de 26 litros METABÓLICO:

Glucometrías 113-95-124 mg/dl EXTREMIDADES: Simetricas, moviles, bien perfundidas con medias de compresión neumáticos NEUROLÓGICO: tranquilo, alerta, no signos de focalizacion neurologica. No alteracion de pares craneales.

ANALISIS Paciente con antecedente de VIH, y obesidad de morbida a quien le relizaron cirugia de sleeve gastrico 2013 con reganacia de peso + dolor abdominal razon por la cual 25.05.2017 realizaron colecistectomia + revision del sleeve gastrico (patologia sin evidencia de neoplasia). Durante el post qx presenta intolerancia a la via oral con EDVA donde se evidenio estenosis mecanica. Se indico hospitalizacion para recuperacion nutricional por via parenteral y posterior cirugia laparoscopica de gastrectomia subtotal con remanente del 10%, cirugia técnicamente muy difícil y prolongada con reanimaacion abundante con liquidos cristaloides por lo cual requiere manejo inicial en UCI. Su evolución en ha sido favorable con normalizacion de parametros de perfusion, continua con parenteral, ya esta empezando a probar enteral, por ahora continua monitorizacion en UCI. DR. LEONARDO MARIN R FELLOW UCI

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 28.06.2017

Hora Registro: 09:40:00

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. AVANZAR A DIETA LIQUIDA COMPLETA NO LACTEA 2. MAÑANA DESMONTE DE NPT

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.06.2017

Hora Registro: 09:48:03

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX: 5 DIA POP DE GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA VIH
POSITIVO CIRUGIA DE REVISION MAYO 26 2017

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AYER TOLERO DIETA LIQUIDA CLARA, TOMANDO ANTIRETROVIRALES LLAMA LA ATENCION LA TA ALTA PERO TIENE EL MANGUITO DEL ESFINGOMANOMETRO EN EL PIE DRENAJE SEROHEMATICO 80 CC NO EDEMAS

HOY SE LE REALIZO EL TRANSITO CON BUEN PASO NO FILTRACIONES INFECTOLOGIA INDICA SEGUIR EL MISMO MANEJO ANTIRETROVIRAL Y SEGUIRLO CON CARGA VIRAL POR PARTE DE CX LAPAROSCOPICA SE AVANZA A DIETA LIQUIDA COMPLETA NO LACTEA Y SI TOLERA MAÑANA INICIAR DESMONTE DE NPT ESTA PENDIENTE TRASLADO AL PISO

PENDIENTE TRASLADO AL PISO DIETA LIQUIDA COMPLETA NO LACTEA

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.06.2017

Hora Registro: 13:06:58

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN 40 AÑOS DIAGNOSTICOS: - POP LIBERACION DE BRIDAS GASTROESOFAGICAS POR SLEEVE GASTRICO - INFECCION POR VIH EN ESTADIO AVANZADO Mejor condición Sin respuesta inflamatoria normalidad macrovascular Hoy le realizaron el tránsito sin documentar fugas ni estenosis Espero hasta este momento para evaluar tolerancia a vía oral y encuentro que es satisfactoria. Sus glucometrías han sido normales: Glucometrías 102-124 mg/dl Pienso que puede retirarse ya soporte parenteral. Queda mezcla hasta 17 horas. Conservaremos catéter con lumen reservado por el momento. control de ingesta JOSE LUIS ALDANA DÍAZ SOPORTE NUTRICIONAL

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.06.2017

Hora Registro: 17:49:12

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA ALEXANDER MARIN 40 años DIAGNOSTICOS: - POP

GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA - INFECCION POR VIH

Paciente en el momento tranquilo, sin disnea ni dolor abdominal, sin vomito, tolerando la via oral, sin fiebre reciente, tiene signos vitales T:36.6°C

TA:144/85 FC:102 FR:19 SatO2:93% Hoy sin control paraclinico, se realizo

transito intestinal sin documentar fugas ni estenosis. Evolucion hasta el momento favorable, tolerando ademas el manejo antirretroviral, siendo incierta su absorcion por la cirugia gastrointestinal. Se realizara nuevo control de carga viral y CD4 en 1 mes para medir indirectamente esta situacion. suspender pauta de piperacilina/tazobactam, se cierra seguimiento por infectologia.

Atentamente, Daniel López Rincón Residente Medicina Interna Firmado

electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA

INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 29.06.2017

Hora Registro: 09:19:55

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. ALTA CON INDICACIONES DE CUIDADO EN CASA

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.06.2017

Hora Registro: 09:33:25

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX: 6 DIA POP GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA ANTC CX DE REVISION

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES TOLERANDO VIA ORAL LICUADA SIN FIEBRE NO TAQUICARDIA DREN SEROHEMATICO SIN NPT SE RETIRA DREN

PACIENTE CON EVOLUCION TOLERANDO LOS ANTIRETROVIRALES TOLERANDO LA DIETA LICUADA YA INFECTO DIO INDICACIONES DE ANTIRETROVIRAL AMBULATORIO SE DECIDE DAR DE ALTA

ALTA CON INDICACIONES DE CUIDADO EN CASA INDICACIONES DE DIETA SE DA FORMULA CON ACETAMINOFEN ORAL + ANTIRETROVIRALES CITA DE CONTROL CON CIRUGIA 7 DE JULIO Y CON NUTRICION MAÑANA SE DAN SIGNOS DE ALARMA POR QUE RECONSULTAR Y PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS

Alta Médica

Fecha Registro: 29.06.2017

Hora Registro: 09:34:00

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL - CIRUG

Tipo Alta

Mejoría

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

NO

Recomendaciones

ALTA CON INDICACIONES DE CUIDADO EN CASA INDICACIONES DE DIETA SE DA FORMULA CON ACETAMINOFEN ORAL + ANTIRETROVIRALES CITA DE CONTROL CON CIRUGIA 7 DE JULIO Y CON NUTRICION MAÑANA SE DAN SIGNOS DE ALARMA POR QUE RECONSULTAR Y PRORROGA DE INCAPACIDAD

POR 30 DIAS

Diagnóstico Alta

K222 - OBSTRUCCION DEL ESOFAGO

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 23.06.2201

Hora Registro: 22:59:06

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Tipo de herida :

Limpia Contaminada

Descripcion de la prestación :

GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA

Hallazgos :

SINDROME ADHERENCIAL MODERADO ESTOMAGO CON TORSION EN TERCIO SUPERIOR CON REMANENTE DEL FUNDUS ADHERIDO AL BAZO SE REALIZA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA QUE INDICA TORSION EN TERCIO PROXIMAL Y SE IDENTIFICA SITIO DE LA GASTRECTOMIA

Descripción procedimiento :

CON TECNICA ABIERTA INCISION SUPRAUMBILICAL SE PASA TROCAR DE 12 MM Y SE INSUFLA HASTA 15 MM HG, SE REVISA CAVIDAD , SE PASA TROCAR DE 12 MM PARAUMBILICAL BILATERAL, DE 5 MM SUBCOSTAL IZQ Y SUBXIFOIDEO SE INICIA CON LIGASURE MARYLAND LIBERACION DEL HIATO Y LIBERACION DEL ESOFAGO INTRATORACICO HAY ADHERENCIAS FIRMES EN LA CRURA IZQ Y BAZO DEL REMANTE GASTRICO DE DIFICIL DISECCION. SE REALIZA POR PARTE DEL DR ARGUELLO ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA DONDE SE EVIDENCIA ZONA DE ESTENOSIS LIBERA REGION PILORICA Y SE HACE TRANSECCION CON ECHELON DE 60 MM RECARGA AZUL # 2 REFUERZO DE LINEA DE GRAPA CON PDS 3/0, SE INICIA LA LIBERACION DEL ESTOMAGO SE LIGA CON HEMOLOK ARTERIA GASTRICA IZQ Y CON CLIPS LA VENA GASTRICA IZQ HAY GRAN SINDROME ADHERENCIAL SOBRE LA REGION PERIESPLENICA SE LIBERA UNION ESOFAGO GASTRICA Y SE DEJA REMANTE DEL 10% SE REALIZA CORTE CON 1 RECARGA AZUL DE 60MM, Y SE RESECA EL REMANTE GASTRICO PERIESPLENICO CON 3 RECARGAS MAS SE VISUALIZA ANGULO DE TREITZ Y A 50 CM YEYUNOTOMIA CON BLANCA DE 60 MM CUANDO SE VA HACER LA ANASTOMOSIS YEYUNOYEYUNO LA

PISTOLA FALLA POR LO CUAL SE REEMPLAZA TANTO GRAPADORA COMO RECARGA BLANCA Y ANASTOMOSIS A LOS 70 CM LATEROLATERAL YEYUNAL CON GRAPA BLANCA DE 460 MM CIERRE DISTAL CON PDS 3/0 CIERRE DE MESO PDS 3/0 ANASTOMOSIS LATEROLATERAL GASTROYEYUNAL CON 60 MM AZUL Y CIERRE DISTAL CON PDS 3/0 SE RESECA CANDYCANE CON RECARGA BLANCA DE 60 MM SE REvisa HEMOSTASIA SE INSTILA TESSEAL SOBRE ANASTOMOSIS DE GASTROYEYUNO (REMANENTE GASTRICO 10%) MUÑON DUODENAL SE DEJA DREN DE JP PERIGASTRICO Y PERIDUODENAL SE FIJA A PIEL CON SEDA 2/0 SE EXTRAEE ESPECIMEN POR PUERTO UMBILICAL CIERRE DE PUERTOS DE 12 MM CON PROLENE 1/0 PIEL PROLENE 3/0 CONTEOS COMPLETOS NO COMPLICACIONES MEDICAMENTO NO POS FIBRINOGENO 72 MG/TROMBINA 500 UI/CLORURO CALCIO JG X 2ML 1 JG MIPRES 20170625151001543561 INSUMOS NO POS: CARTUCHO LIGACLIP HEMOS MEDIANO L V3120 CANTIDAD 2

Complicaciones :

NO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4548065

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
13.06.2017	903813	CLORO	UT Bioquímica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
13.06.2017	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
13.06.2017	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
13.06.2017	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
13.06.2017	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquímica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL

13.06.2017	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUESTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
13.06.2017	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENER AL	UE Urgencias C. prioritaria	OLGER DANIEL CAICEDO ZUÑIGA
14.06.2017	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	NATALIA VICTORIA BORRERO
14.06.2017	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	NATALIA VICTORIA BORRERO
14.06.2017	451600	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIO PSIA CERRADA SOD	UT Endo Digestivas	CATALINA MALDONADO GUTIERREZ
14.06.2017	890402- 72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	JESUS DAVID GARCIA RAMIREZ
14.06.2017	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	NATALIA VICTORIA BORRERO
14.06.2017	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	NATALIA VICTORIA BORRERO
14.06.2017	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	NATALIA VICTORIA BORRERO
14.06.2017	990104- 81	VALORACION POR ENFERMERA PROGRAMA PICC	UT Valoraciones Asistenciales	MILE YOHANA RODRIGUEZ ORTIZ
14.06.2017	389110 P1	INSERCIÓN DE CATETER PICC (Paciente Hosp italario y Cirugia)	UT Valoraciones Asistenciales	NATALIA VICTORIA BORRERO
14.06.2017	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	GIOVANNY ALEXANDER GOMEZ CARDONA
14.06.2017	873444-3	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	GIOVANNY ALEXANDER GOMEZ CARDONA

14.06.2017	903813	CLORO	UT Bioquimica	NATALIA VICTORIA BORRERO
14.06.2017	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	NATALIA VICTORIA BORRERO
15.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	DIANA MARITZA PAREDES GALVEZ
15.06.2017	S41501-8	INTERCONSULTA DE PRIMERA VEZ PARA SOPORT E PARENTERAL	UT Nutricion	NATALIA VICTORIA BORRERO
15.06.2017	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Valoraciones Asistenciales	PATRICIA VELEZ VIVEROS
15.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	DIANA MARITZA PAREDES GALVEZ
16.06.2017	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
16.06.2017	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
16.06.2017	903813	CLORO	UT Bioquimica	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
16.06.2017	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
16.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	GINA PAOLA BARCO OCAMPO
17.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	DIANA MARITZA PAREDES GALVEZ
18.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	MARCELA SEPULVEDA TAQUEZ
19.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U		

			UT De enfermeria	MARCELA SEPULVEDA TAQUEZ
19.06.2017	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
19.06.2017	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
19.06.2017	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
19.06.2017	903813	CLORO	UT Bioquimica	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
19.06.2017	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
19.06.2017	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
20.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	DIANA MARITZA PAREDES GALVEZ
21.06.2017	965901- 26	CURACION PICC POR ENFERMERIA	UT Valoraciones Asistenciales	PATRICIA VELEZ VIVEROS
21.06.2017	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Infectologia	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
22.06.2017	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTO MATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
22.06.2017	908832	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL	UT Microbiologia	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
22.06.2017	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	UT Bioquimica	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
22.06.2017	903818	COLESTEROL TOTAL	UT Bioquimica	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
22.06.2017	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
22.06.2017	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO- PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	DIANA MARCELA SOTO ADARVE

22.06.2017	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	UT Bioquimica	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
22.06.2017	903868	TRIGLICERIDOS	UT Bioquimica	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
22.06.2017	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	UT Bioquimica	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
22.06.2017	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	UT Bioquimica	DIANA MARCELA SOTO ADARVE
22.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	DIANA MARITZA PAREDES GALVEZ
23.06.2017	890605-81	VALORACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONA L	UT Valoraciones Asistenciales	ROSA MARGARITA PRATO HERNANDEZ
23.06.2017	439401	GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA	UQ Quirófano	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
23.06.2017	451600	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIO PSIA CERRADA SOD	UQ Quirófano	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
24.06.2017	901217-3	CULTIVO RASTREO EN FOSA NASAL	UT Microbiologia	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	901217-31	CULTIVO RASTREO EN HISOPADO RECTAL	UT Microbiologia	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIME N CON RESECCION DE MARGENES	UT Patologia	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
24.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC IO)	UT Bioquimica	GUSTAVO ADOLFO OSPINA TASCON
24.06.2017	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	UT Bioquimica	GUSTAVO ADOLFO

				OSPINA TASCON
24.06.2017	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	UT Bioquímica	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermería	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	UT Bioquímica	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	903813	CLORO	UT Bioquímica	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	UT Bioquímica	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquímica	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	UT Bioquímica	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	873444-3	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO

24.06.2017	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
24.06.2017	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
25.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	ALEJANDRO GUTIERREZ GIRALDO
25.06.2017	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	GUSTAVO ADOLFO OSPINA TASCON
25.06.2017	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GUSTAVO ADOLFO OSPINA TASCON
25.06.2017	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GUSTAVO ADOLFO OSPINA TASCON
25.06.2017	903813	CLORO	UT Bioquimica	GUSTAVO ADOLFO OSPINA TASCON
25.06.2017	890402-007	INTERCONSULTA DEL DOLOR CON FORMULACION ESPECIAL	UT Clínica del dolor	FABIAN CAMILO DORADO VELASCO
26.06.2017	903813	CLORO	UT Bioquimica	CARLOS ALBERTO ORDOÑEZ DELGADO
26.06.2017	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	CARLOS ALBERTO ORDOÑEZ DELGADO
26.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	JENNIFER PORRAS CASTRO
26.06.2017	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	CARLOS ALBERTO ORDOÑEZ DELGADO

26.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	JENNIFER PORRAS CASTRO
26.06.2017	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS	UT Hematologia	CARLOS ALBERTO ORDOÑEZ DELGADO
26.06.2017	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	CARLOS ALBERTO ORDOÑEZ DELGADO
26.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	JENNIFER PORRAS CASTRO
26.06.2017	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	CARLOS ALBERTO ORDOÑEZ DELGADO
26.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	JENNIFER PORRAS CASTRO
27.06.2017	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	CECIBEL YADIRA CEVALLOS AGURTO
27.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	LUZ VIVIANA GOYES RECALDE
27.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	LUZ VIVIANA GOYES RECALDE
27.06.2017	903841-3	GLUCOMETRIA C U	UT De enfermeria	LUZ VIVIANA GOYES RECALDE
27.06.2017	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS	UT Hematologia	CECIBEL YADIRA CEVALLOS AGURTO
27.06.2017	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	CECIBEL YADIRA CEVALLOS AGURTO

27.06.2017	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	CECIBEL YADIRA CEVALLOS AGURTO
27.06.2017	903813	CLORO	UT Bioquimica	CECIBEL YADIRA CEVALLOS AGURTO
27.06.2017	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	CECIBEL YADIRA CEVALLOS AGURTO
28.06.2017	965901- 26	CURACION PICC POR ENFERMERIA	UT Valoraciones Asistenciales	MILE YOHANA RODRIGUEZ ORTIZ
28.06.2017	872121	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ES OFAGO ESTOMAGO Y DUODENO)	UT Estudios Especiales	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 4548065

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	R
14.06.2017	12:15	MIDAZOLAM JERINGA PRELLENA 1MG/ML X 3ML	2.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	EI FI H L/
14.06.2017	12:15	PROPOFOL 10MG/ML VIAL 20ML	400.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	EI FI H L/
14.06.2017	13:00	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP	10.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	E A D AI
14.06.2017	13:00	SOLUCION DE RINGER 500ML	660.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	E A D AI
14.06.2017	13:23	TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML	50.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	N. V B
14.06.2017	14:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI

							G M
14.06.2017	14:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	35.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
14.06.2017	14:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
14.06.2017	14:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
14.06.2017	14:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
14.06.2017	14:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
14.06.2017	14:00	FORM.NUT.PAREN (N7-SE) BOL X 1000mL	1000.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
14.06.2017	14:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
14.06.2017	14:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	5.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	AI FI G. M
14.06.2017	14:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	45.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	AI FI G. M
14.06.2017	15:00	RANITIDINA CLORHID 50 MG/ 2 ML AMP	50.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	E A: D AI
15.06.2017	12:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI

							G M
15.06.2017	12:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
15.06.2017	12:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
15.06.2017	12:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
15.06.2017	12:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	5.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	AI FI G M
15.06.2017	12:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	35.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
15.06.2017	12:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	45.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	AI FI G M
15.06.2017	12:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
15.06.2017	12:00	FORM.NUT.PARENTE(N7-SE) X 1500ML	1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
15.06.2017	12:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
15.06.2017	19:00	ENOXAPARINA 40 MG JG	40.00	MG	SUBCUTANEA	C/24H	E A D AI
16.06.2017	04:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI

							G M
16.06.2017	04:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
16.06.2017	04:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
16.06.2017	04:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
16.06.2017	04:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	5.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	AI FI G M
16.06.2017	04:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	35.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
16.06.2017	04:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	45.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	AI FI G M
16.06.2017	04:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
16.06.2017	04:00	FORM.NUT.PARENTE(N7-SE) X 1500ML	1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
16.06.2017	04:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
16.06.2017	17:00	MEZCLA TRIPLE (LIDOCAINA, NISTATINA, HIDROXIDO DE ALUMINO)	10.00	ML	BUCAL	C/6H	G AI M R
17.06.2017	10:00	FORM.NUT.PARENTE(N7-SE) X 1500ML	1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI

							AI V/
17.06.2017	10:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	45.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	G AI AI V/
17.06.2017	10:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	35.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
17.06.2017	10:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
17.06.2017	10:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	5.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	G AI AI V/
17.06.2017	10:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
17.06.2017	10:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
17.06.2017	10:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
17.06.2017	10:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
17.06.2017	10:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
18.06.2017	08:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
18.06.2017	08:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI

							AI V/
18.06.2017	08:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
18.06.2017	08:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
18.06.2017	08:00	FORM.NUT.PARENTE(N7-SE) X 1500ML	1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
18.06.2017	08:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
18.06.2017	08:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	45.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	G AI AI V/
18.06.2017	08:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	35.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
18.06.2017	08:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	5.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	G AI AI V/
18.06.2017	08:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
19.06.2017	08:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
19.06.2017	08:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
19.06.2017	08:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI

							AI V/
19.06.2017	08:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
19.06.2017	08:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	5.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	G AI AI V/
19.06.2017	08:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
19.06.2017	08:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	35.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
19.06.2017	08:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	45.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	G AI AI V/
19.06.2017	08:00	FORM.NUT.PARENTE(N7-SE) X 1500ML	1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
19.06.2017	08:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
20.06.2017	12:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
20.06.2017	12:00	FORM.NUT.PARENTE(N7-SE) X 1500ML	1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
20.06.2017	12:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
20.06.2017	12:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	35.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI

							G M
20.06.2017	12:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	45.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	AI FI G M
20.06.2017	12:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	5.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	AI FI G M
20.06.2017	12:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
20.06.2017	12:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
20.06.2017	12:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
20.06.2017	12:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
21.06.2017	09:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
21.06.2017	09:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
21.06.2017	09:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
21.06.2017	09:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
21.06.2017	09:00		5.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	AI FI

		VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML					G M
21.06.2017	09:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	35.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
21.06.2017	09:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
21.06.2017	09:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	45.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	AI FI G M
21.06.2017	09:00	FORM.NUT.PARENTE(N7-SE) X 1500ML	1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
21.06.2017	09:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
21.06.2017	15:00	TENOFOVIR DISOPROXILFUMARA 300MG + EMTRICITABINA 200MG TAB	500.00	MG	VIA ORAL	C/24H	D M S AI
22.06.2017	09:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
22.06.2017	09:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
22.06.2017	09:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	45.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	AI FI G M
22.06.2017	09:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G M
22.06.2017	09:00		10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	

		ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML					AI FI G. M
22.06.2017	09:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
22.06.2017	09:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
22.06.2017	09:00	FORM.NUT.PARENTE(N7-SE) X 1500ML	1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
22.06.2017	09:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	35.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
23.06.2017	08:11	LIDOCAINA 20MG/EPINEFRINA 5MCG/ML VI 50ML	1.00	FCO	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SI
23.06.2017	08:11	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/ 2 ML AMP	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SI
23.06.2017	08:11	DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3ML AMP	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SI
23.06.2017	08:11	REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SI
23.06.2017	08:11	REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SI
23.06.2017	08:11	DESFLURANE 100G/100ML FCO 240ML	60.00	ML	INHALATORI	DOUNICA	LI FI BI SI

23.06.2017	08:11	NEOSTIGMINA 0,5MG/ML - SL	4.00	AMP	INTRAMUSCU	DOUNICA	LI FI BI SC
23.06.2017	08:11	HALOPERIDOL 5MG/ML AMP 1ML	1.00	AMP	PARENTERAL	DOUNICA	LI FI BI SC
23.06.2017	08:11	NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SC
23.06.2017	08:11	FENTANYL JERINGA PRELENA 50 MCG/ML 2ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SC
23.06.2017	08:11	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	1.00	FCO	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SC
23.06.2017	08:11	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20 MG/ML AMP 1ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SC
23.06.2017	08:11	REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRELENA 20MCG/ML 50ML)	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SC
23.06.2017	08:11	ONDANSETRON 4 MG/2ML AMP 2ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SC
23.06.2017	08:11	BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SC
23.06.2017	08:11	MIDAZOLAM JERINGA PRELENA 1MG/ML X 3ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SC
23.06.2017	08:11	OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SC

23.06.2017	08:11	ATROPINA SULFATO SOL INYE 1MG/ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SO
23.06.2017	11:00	CEFAZOLINA 1000MG AMP	2000.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	D. M SO AI
23.06.2017	14:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	35.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
23.06.2017	14:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
23.06.2017	14:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
23.06.2017	14:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
23.06.2017	14:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
23.06.2017	14:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
23.06.2017	14:00	ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
23.06.2017	14:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	45.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	AI FI G. M
23.06.2017	14:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M

23.06.2017	14:00	FORM.NUT.PARENTE(N7-SE) X 1500ML	1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	AI FI G. M
23.06.2017	17:14	NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SI
23.06.2017	17:14	NOREPINEFRINA 4MG/4ML AMP 4ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SI
23.06.2017	17:14	BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LI FI BI SI
23.06.2017	18:50	LIDOCAINA SIMPLE 20MG/ML AMP 10 ML	2.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	F/ C/ D/ VI
23.06.2017	20:40	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	F/ C/ D/ VI
23.06.2017	21:00	REMIFENTANYL CLORHIDRATO 2MG AMP (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	F/ C/ D/ VI
23.06.2017	21:57	PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML	25.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	F/ C/ D/ VI
23.06.2017	23:08	DESFLURANE 100G/100ML FCO 240ML	80.00	ML	INHALATORI	DOUNICA	K/ CI M
23.06.2017	23:32	TENOFOVIR DISOPROXILFUMARA 300MG + EMTRICITABINA 200MG TAB	500.00	MG	VIA ORAL	C/24H	AI G. G.
23.06.2017	23:33	DEXTROSA 10% / 500 ML	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	AI G. G.
24.06.2017	00:14	NEOSTIGMINA 0,5MG/ML - SL	1.00	MG	INTRAMUSCU	DOUNICA	SI AI

							J/ V/
24.06.2017	01:00	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	2500.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	AI G/ G/
24.06.2017	04:00	OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML	4.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	AI G/ G/
24.06.2017	05:00	AMPICILINA 1000MG/SULBACTAM 500MG VI 1,5GR	3000.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	AI G/ G/
24.06.2017	07:00	RANITIDINA CLORHID 50 MG/ 2 ML AMP	50.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	AI G/ G/
24.06.2017	09:00	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP	10.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	G/ AI O/ T/
24.06.2017	10:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G/ AI AI V/
24.06.2017	10:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G/ AI AI V/
24.06.2017	10:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G/ AI AI V/
24.06.2017	10:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G/ AI AI V/
24.06.2017	10:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G/ AI AI V/
24.06.2017	10:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	35.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G/ AI AI V/
24.06.2017	10:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	45.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	G/ AI

							AI V/
24.06.2017	10:00	ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
24.06.2017	10:00	FORM.NUT.PARENTE(N7-SE) X 1500ML	1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
24.06.2017	10:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
24.06.2017	11:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	4500.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	G AI O T/
24.06.2017	11:00	PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML	25.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	G AI O T/
24.06.2017	15:00	SOLUCION HARTMAN BOL 500ML	320.00	ML	INTRAVENOS	C/4H	G AI O T/
24.06.2017	15:03	TENOFOVIR DISOPROXILFUMARA 300MG + EMTRICITABINA 200MG TAB	500.00	MG	VIA ORAL	C/24H	G AI O T/
24.06.2017	15:03	MEZCLA TRIPLE (LIDOCAINA, NISTATINA, HIDROXIDO DE ALUMINO)	10.00	ML	BUCAL	C/6H	G AI O T/
24.06.2017	17:00	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	2500.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	G AI O T/
24.06.2017	21:00	ENOXAPARINA 40 MG JG	40.00	MG	SUBCUTANEA	C/24H	G AI O T/
24.06.2017	23:00	RANITIDINA CLORHID 50 MG/ 2 ML AMP	50.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	G AI

							O T/
24.06.2017	23:00	OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML	4.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	G AI O T/
25.06.2017	10:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
25.06.2017	10:00	FORM.NUT.PAREN(N9-E) BOLX 1500mL	1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
25.06.2017	10:00	ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
25.06.2017	10:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	25.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	G AI AI V/
25.06.2017	10:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	15.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
25.06.2017	10:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
25.06.2017	10:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
25.06.2017	10:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
25.06.2017	10:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
25.06.2017	10:00		10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI

		(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ					AI V/
25.06.2017	15:00	TENOFOVIR DISOPROXILFUMARA 300MG + EMTRICITABINA 200MG TAB	500.00	MG	VIA ORAL	C/24H	G AI O T/
25.06.2017	15:03	PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML	25.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	G AI O T/
25.06.2017	15:03	OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML	4.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	G AI O T/
25.06.2017	15:03	MEZCLA TRIPLE (LIDOCAINA, NISTATINA, HIDROXIDO DE ALUMINO)	10.00	ML	BUCAL	C/6H	G AI O T/
25.06.2017	17:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	4500.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	G AI O T/
25.06.2017	17:00	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	2500.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	G AI O T/
25.06.2017	21:00	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP	10.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	G AI O T/
25.06.2017	21:00	ENOXAPARINA 40 MG JG	40.00	MG	SUBCUTANEA	C/24H	G AI O T/
25.06.2017	23:00	RANITIDINA CLORHID 50 MG/ 2 ML AMP	50.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	G AI O T/
26.06.2017	10:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
26.06.2017	10:00		1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	

		FORM.NUT.PAREN(N9-E) BOLX 1500mL					G AI AI V/
26.06.2017	10:00	ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
26.06.2017	10:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	25.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	G AI AI V/
26.06.2017	10:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	15.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
26.06.2017	10:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
26.06.2017	10:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
26.06.2017	10:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
26.06.2017	10:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
26.06.2017	10:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	G AI AI V/
26.06.2017	15:03	MEZCLA TRIPLE (LIDOCAINA, NISTATINA, HIDROXIDO DE ALUMINO)	10.00	ML	BUCAL	C/6H	G AI O T/
26.06.2017	15:03	PCA OXICODONA 0,5 MG/ML EN 50ML	25.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	G AI O T/

26.06.2017	17:00	TENOFOVIR DISOPROXILFUMARA 300MG + EMTRICITABINA 200MG TAB	500.00	MG	VIA ORAL	C/24H	G A I O T/
26.06.2017	17:00	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	2500.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	G A I O T/
26.06.2017	17:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	4500.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	G A I O T/
26.06.2017	21:00	ENOXAPARINA 40 MG JG	40.00	MG	SUBCUTANEA	C/24H	G A I O T/
26.06.2017	21:00	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP	10.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	G A I O T/
26.06.2017	21:44	RANITIDINA CLORHID 50 MG/ 2 ML AMP	50.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	C I Y/ C I A
26.06.2017	23:00	RANITIDINA CLORHID 50 MG/ 2 ML AMP	50.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	G A I O T/
27.06.2017	11:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	J C A
27.06.2017	11:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	J C A
27.06.2017	11:00	MVI CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5ML	8.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	J C A
27.06.2017	11:00	FORM.NUT.PARENTE(N9-E) X 2000 ML	2000.00	ML	VIA ORAL	INFOTPN	J C A
27.06.2017	11:00	ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	J C A
27.06.2017	11:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	20.00	ML	PARENTERAL	INFOTPN	J C A
27.06.2017	11:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	15.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	J C A
27.06.2017	15:00		10.00	MG	INTRAVENOS	C/7 DIAS	

		VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 10MG/ML AMP 1ML					M P/ V/ O
27.06.2017	15:03	OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML	4.00	MG	INTRAVENOS	C/4H	M P/ V/ O
27.06.2017	17:00	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	2500.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	M P/ V/ O
27.06.2017	17:00	OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML	4.00	MG	INTRAVENOS	C/4H	F/ C/ D/ VI
27.06.2017	17:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	4500.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	M P/ V/ O
27.06.2017	21:00	ENOXAPARINA 40 MG JG	40.00	MG	SUBCUTANEA	C/24H	M P/ V/ O
27.06.2017	21:00	TENOFOVIR DISOPROXILFUMARA 300MG + EMTRICITABINA 200MG TAB	500.00	MG	VIA ORAL	C/24H	M P/ V/ O
27.06.2017	23:00	RANITIDINA CLORHID 50 MG/ 2 ML AMP	50.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	M P/ V/ O
28.06.2017	15:00	RANITIDINA CLORHID 50 MG/ 2 ML AMP	50.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	LE M RI
28.06.2017	15:03	OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML	4.00	MG	INTRAVENOS	C/4H	LE M RI
28.06.2017	17:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	4500.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	LE M RI
28.06.2017	17:00	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	1250.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	LE M RI

28.06.2017	21:00	TENOFOVIR DISOPROXILFUMARA 300MG + EMTRICITABINA 200MG TAB	500.00	MG	VIA ORAL	C/24H	LE M RI
28.06.2017	21:00	ENOXAPARINA 40 MG JG	40.00	MG	SUBCUTANEA	C/24H	LE M RI
29.06.2017	09:22	ACETAMINOFEN 150/5ML FCO X 90 ML	450.00	MG	VIA ORAL	C/8H	EV A: D: AI
29.06.2017	09:28	ACETAMINOFEN 150/5ML FCO X 90 ML	450.00	MG	VIA ORAL	C/8H	EV A: D: AI

Epicrisis

Fecha Registro: 13.06.2017

Hora Registro: 13:08:52

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO

Historia Clínica : 0000527134

Episodio: 0004548065

Documento de identificación : .CC .7702874

Edad : 40Años

Sexo: M

Entidad: SERVICIO OCCID. DE SALUD

Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias C. prioritaria

Fecha ingreso: 13.06.2017

Hora ingreso: 13:34:26

Medico Tratante : DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso:

K222 .OBSTRUCCION DEL ESOFAGO

Diagnósticos de egreso:

K222 .OBSTRUCCION DEL ESOFAGO

Causa de admisión y enfermedad actual:

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGIA DE REVISION TENIA
ENDOSCOPIA

PREVIA LA CUAL FUE REPORTADA SIN TORSION POR LO CUAL SE DIO DE
ALTA,

LUEGO RECONSULTA POR DISFAGIA Y VOMITO POSTPRANDIAL POR LO CUAL
SE

REALIZA UNA ENDOSCOPIA CON OBSTRUCCION DEL ESTOMAGO PROXIMAL,
NO FUE

POSIBLE PASARLE POR VIA ENDOSCOPICA POR LO CUAL SE COLOCA NPT
PUES EL

PACIENTE LLEVABA 20 DIAS SIN TOLERAR VIA ORAL ADECUADAMENTE Y SE
INICIAR

REPLECION NUTRICIONAL 5 DIAS, SE REALIZA GASTRECTOMIA SUBTOTAL
CON

RESERVORIO GASTRICO DEL 10% Y ANASTOMOSIS LATEROLATERAL

PACIENTE CON AUMENTO DE LA CARGA VIRAL POR SUSPENSION DE LA
MEDICACION POR 20 DIAS POR INTOLERANCIA A LA VIA ORAL, FUE
VALORADO POR

INFECTO Y EL DOMINGO SE REINICIA AL 2 DIA POP LA MEDICACION, AHORA
CON

TRANSITO SIN FILTRACION CON PASO ADECUADO, TOLERNADO LA DIETA
LICUADA SE

RETIRA DREN

Servicio a Remitir:

LAPAROSCOPIA

Recomendaciones manejo ambulatorio:

MEDIR TODO LO QUE SE TOMA, DEBE TOMAR 3 ONZAS DE LICUADO
DESAYUNO

CAFE CON LECHE DESCREMADA DESLACTOSADA 3 ONZAS + 1 GALLETA
SALTIN

MEDIA MAÑANA Y TARDE

FRUTA 1 POCILLO TINTERO EN PAPILLA

O PAPILLA DE BEBE

O JUGO NO ACIDO + PROTEINA PROWHEY PLUS 3 ONZAS

O YOGURTH FINESSE O SLIGHT 3 ONZAS

ALMUERZO Y CENA

LICUAR : 3 ONZAS DE CONSOME + 1 POCILLO TINTERO DE VERDURA
COCINADA+ 2 CUCHARADAS DE POLLO O PESCADO, DEBE QUEDAR
CONSISTENCIA

SOPA DE SOBRE Y TOMAR 3 ONZAS

LIQUIDOS HIPOCALORICOS (AGUA, JUGO NO ACIDO EN AGUA, AROMATICA,
TE

DE PAPELETA, PEDIALYTE, CONSOME, GELATINA DIETETICA)CADA HOR
SI HAY SED PUEDE TOMAR AGUA

PROTEINA PROWHEY PLUS MEZCLAR 3 MEDIDAS EN 150 CC DE AGUA O
JUGO, O

ESPOLVOREAR 1 MEDIDA A LA SOPAS

ESTO LO DEBE TOMAR 1 MES

PUEDE TOMAR TINTO AROMATICA Y TE DE BOLSITA

ENDULZAR CON ESTEVIA O NUTRASWEET

LAVAR HERIDAS CON JABON COSMETICO

EVITAR EL REPOSO

TOMAR ACETAMINOFEN 3 CUCHARADAS CADA 8 HORAS Y TOMAR
ANTIRETROVIRALES SEGUN INDICACION DE INFECTO

Limitaciones Vida Diaria:

NO FUERZAS POR 1 MES

NO CONDUCIR POR 10 DIAS

Signos de Alarma:

EN CASO DE PRESENTAR FIEBRE >38 GRADOS TOMADO CON TERMOMETRO,
DOLOR

ABDOMINAL QUE NO MEJORE CON ANALGESICO, VOMITO EN MAS DE 5
OCASIONES, DEPOSICION CON SANGRE RUTILANTE, OPRESION EN EL PECHO
DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO SENTIR LAS PIERNAS, SUDORACION EN
REPOSO, ACELERACION DEL CORAZON, SALIDA DE PUS POR LAS HERIDAS
CONSULTAR POR URGENCIAS DE FUNDAICON VALLE DEL LILI

Atentamente,

DR. EVELYN ASTRID DORADO ALBAN

CIRUGIA GENERAL

CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

ID: 0066928417

REG: 7621132000

Fecha de egreso: 29.06.2017

Hora de egreso: 11:16:35

Servicio de Egreso: . . . UE T2 P2 UCI adulto lado D

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:

| Dosis | Unid. | Via | Ciclo | Fecha Ini. | Fecha Fin. | Cant. | Unid. | Nombre medicamento |

| 400.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20170614 | 20170615 | 1.000 | FCO |

| PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML

| 20170624 | 20170624 | 1.000 | JG |

| FIBRINOGENO 72 MG/TROMBINA 500 UI/CLORUR O CALCIO JG X 2ML

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:

| Cantid. | Unid | Insumos/procedimientos |

| 1.000 | ST | GRAPADORA ECHELON PWRD PLUS 60MM PSEE60A |

| 5.000 | ST | RECARGA GST AZUL 60MM GST60B |

Atentamente,

DR. EVELYN ASTRID DORADO ALBAN

CIRUGIA GENERAL

CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

ID: 0066928417

REG: 7621132000

EPISODIO: 4586286

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 30.06.2017

Hora Registro: 14:27:02

Responsable: LARA CARVAJAL, CATALINA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente conocido el 30 julio/2015, con historia de obesidad severa, operado de sleeve gástrico en Octubre del 2013, tenía peso de 114.5Kg previo a cirugía, logró pérdida de peso en el primer año post quirúrgico y llegó a pesar 95Kg. Dice que logró sostener el peso de 95Kg hasta Dic/2014, pero volvió a subir de peso. En marzo de 2014 le diagnosticaron VIH, tenía una dermatitis que no mejoraba. El 26 de Mayo/2017 le realizaron revisión de Sleeve, requirió hospitalización por 1 semana, por intolerancia alimentaria, estuvo con dieta líquida hasta el sábado 3 de junio/2017, con el avance a dieta blanda empezó a presentar episodios de emesis con casi todas las comidas. El lunes 12 de junio/2017 le realizaron endoscopia donde encontraron estenosis, A PESAR DE QUE EN CIRUGIA SE LIBERO EL ESTOMAGO Y LA ENDOSCOPIA SALIO BIEN CON PASO DERECHO AHORA HAY AUN ANGULACION QUE NO PERMITE UN BUEN VACIAMIENTO GASTRICO LE INDICARON PASO DE Sonda ENTERAL PARA REPLECIÓN NUTRICIONAL PERO NO FUE POSIBLE POR EDEMA, requirió soporte nutricional parenteral y le realizaron reintervención quirúrgica, con gastrectomía subtotal. Asiste hoy para retomar dieta blanda. Ahora no está haciendo ejercicio, lo suspendió desde diciembre. Peso Julio 2015: 110Kg. Peso Abril: 115.6Kg subió: 5.6Kg en 8 meses. Peso Sep 30/2016: 116.1Kg subió: 500g en 5 meses. Peso Oct 28/2016: 114.8Kg bajó: 1.3Kg en 1 mes. Peso Ene 16/2016: 112.7Kg bajó: 2.1Kg en 2 meses y medio. Peso Jun 9/2017: 104Kg bajó: 8.7Kg en 4 meses y medio. Estatura: 178cm IMC: 32.8 Kg/mt²

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente ahora con buena evolución y mejor tolerancia, se le dan indicaciones para dieta blanda y módulo proteico Prowhey 3 cucharas al día, para un aporte adicional de proteína de 23g/día. Control en 3 semanas

DIAGNÓSTICOS

E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4586286

Fecha	Código Nombre	Responsable

			U. Organizativa	
30.06.2017	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	SANDRA YANETH ESCOBAR LOAIZA

EPISODIO: 4598916

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 07.07.2017

Hora Registro: 10:27:02

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL DE CÍRUGIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE A QUIEN HACE DOS SEMANAS SE LE REALIZA GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCOPICA, REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN DOLOR, CON NAUSEAS OCASIONALES, AYER CON LA INGESTA DE CARNE PRESENTO UN EPISODIO DE VÓMITO. AL EXAMEN FÍSICO: FC:80 FR: 16 PESO 102 KGS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO DISTENDIDO, HERIDAS QUIRÚRGICAS LIMPIAS SIN SECRESIONES, CON ADCUADA CICATRIZACIÓN POR LO CUAL SE RETIRAN SUTURAS. REFIERE HACE UNA SEMANA NUTRICIÓN DA RECOMENDACIONES. ACTUALMENTE CON TOLERANDO LA INGESTA DE MEDICACIÓN ANTIRRETROVIRAL CON CITA CONTROL CON INFEECTO EN 1 MES. SUPLEMENTOS VITAMINICOS CON PROWHEY.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

SE DAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES, DIETA SEMIBLANDA, SIN

CARNE ROJA. SE DAN ORDENES DE VITAMINA B12, CARGA VIRAL Y NIVELES DE CD4. HA CURSADO CON BUENA EVOLUCIÓN. SE REEVALUARÁ EN 20 DÍAS.

DIAGNÓSTICOS

Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICA DOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4598916

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
07.07.2017	CNOPAGOPOP	CONTROL NO PAGO POS OPERATORIO	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	MARIA FERNANDA ANGARITA POLANIA

EPISODIO: 4639324

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 25.07.2017

Hora Registro: 09:26:52

Responsable: LARA CARVAJAL, CATALINA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente conocido el 30 julio/2015, con historia de obesidad severa, operado de sleeve gastrico en Octubre del 2013, tenia peso de 114.5Kg previo a cirugia, logró perdida de peso en el primer año post quirurgico y llego a pesar 95Kg. Dice que logró sostener el peso de 95Kg hasta Dic/2014, pero volvio a subir de peso. En marzo de 2014 le diagnosticaron VIH, tenía una dermatitis que no mejoraba. El 26 de Mayo/2017 le realizaron revision de Sleeve, requirió hospitalizacion por 1 semana, por intolerancia alimentaria, estuvo con dieta liquida hasta el sabado 3 de junio/2017, con el avance a dieta blanda empezó a presentar episodios de emesis con casi todas las comidas. El lunes 12 de junio/2017 le realizaron endoscopia donde encontraron estenosis, A PESAR DE QUE EN CIRUGIA SE LIBERO EL ESTOMAGO Y LA ENDOSCOPIA SALIO BIEN CON PASO DERECHO AHORA HAY AUN ANGULACION QUE NO PERMITE UN BUEN VACIAMIENTO GASTRICO LE INDICARON PASO DE Sonda ENTERAL

PARA REPLECION NUTRICIONAL PERO NO FUE POSIBLE POR EDEMA, requirió soporte nutricional parenteral y le realizaron reintervencion quirurgica, con gastrectomia subtotal. Con buena evolucion ha tenido algunos episodios Ahora no está haciendo ejercicio, lo suspendió desde Dic/2016 Peso Julio 2015: 110Kg Peso Abril: 115.6Kg subió: 5.6Kg en 8 meses Peso Sep 30/2016: 116.1Kg subió: 500g en 5 meses Peso Oct 28/2016: 114.8Kg bajó: 1.3Kg en 1 mes. Peso Ene 16/2016: 112.7Kg bajó: 2.1Kg en 2 meses y medio Peso Jun 9/2017: 104Kg bajó: 8.7Kg en 4 meses y medio Peso Jul 25/2017: 97.3Kg bajó: 6.7Kg en 1 mes. Estatura: 178cm IMC: 30.7 Kg/mt²

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con perdida de 6.7Kg en 1 mes, ha tenido nauseas, se hace enfassi en comer despacio y masticar muy bien, continuar con consumo de suplemento de proteina en vista de que está comiendo muy poca carne y alimetnos fuente de proteina, debe ademas iniciar suplemento de multivitsminas y Vit B12, ya que tiene alto riesgo de deficit por su gastrectomia. Control en 1 mes con resultados de exámenes.

DIAGNÓSTICOS

E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4639324

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
25.07.2017	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	EYLEN ANDREA BUSTOS CRUZ

EPISODIO: 4647797

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 27.07.2017

Hora Registro: 12:16:53

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 40 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2017.Jul.27 Edad: 40 Años
 DIAGNOSTICOS: 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11
 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR
 EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR +
 TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO
 GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS
 TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18
 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG
 NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV +
 TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM
 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA
 HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA
 BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2017.Ene.23 - LINFOCITOS T CD4: 0 % -
 493 Células / ml 2017.Ene.23 - CARGA VIRAL: 0 Copias / ml Paciente quien
 tiene un diagnóstico de infección avanzada por VIH con recuentos de CD4 de
 426, carga viral del VIH < 20 copias/mL para el 17.07.2017 en manejo con
 Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina; 2. Efectos neuropsiquiatricos
 por el efavirenz 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad
 generalizada fue evaluado por Psiquiatría. 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de
 Apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP. Acude a control, me facilita el
 reporte de 17.07.2017 donde se evidencia control virológico, posiblemente el
 repunte viral estaba en relación a una pobre absorción del tratamiento
 antirretroviral por la cirugía. ALT/AST 52/36, CPK 264, glicemia 91 mg/dl,
 creatinina 0.93 mg/dl, colesterol total 143 mg/dL, TGl 178, HDL 28, leucocitos
 5230, hgb 15.7, plaquetas 159.000, TSh 1.44, VDRI no reactivo. Tiene un peso
 de 96.9 kg, tensión arterial de 110/80 mmHg, en el momento sin evidencia de
 neoplasia asociada o infección relacionada. Análisis y plan: 1. Adecuado control
 inmunológico y virológico, se entrega receta. Prescripción registrada
 exitosamente con Número de solicitud: 20170727196001971602 . se
 recomienda seguimiento estricto de la viremia y recuentos de CD4, dado que el
 paciente tiene ahora un BYPASS gástrico y la absorción de los medicamentos
 es errático o Orden para próxima cita por Infectología en 90 días. Interconsulta
 por Infectología Adultos o Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutámico
 Oxaloacetica, Cpk Total, Potasio (k), Albumina, Alt Transaminasa
 Glutamicopiruvica, Ldh (Deshidrogenasa Lactica), Hemograma Completo
 (plaquetas Y Volumenes), Recuento De Celulas Cd4 (numero Y %), Carga Viral

Para Hiv, Creatinina, Perfil Lipidico: Colesterol, Ldl, Hdl, Trigliceridos o Prescripción: Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Vacuna Para Influenza Tetravalente, Suspensiones, 15 Mcg X 4 Tipos En 0.5ml, 1 ampolla Im, 1 Año * Válida por 6 meses. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

ENFERMEDAD ACTUAL

.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874 Edad : 40 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2017.Jul.27 Edad: 40 Años DIAGNOSTICOS: 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2017.Ene.23 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 493 Células / ml 2017.Ene.23 - CARGA VIRAL: 0 Copias / ml Paciente quien tiene un diagnóstico de infección avanzada por VIH con recuentos de CD4 de 426, carga viral del VIH < 20 copias/mL para el 17.07.2017 en manejo con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina; 2. Efectos neuropsiquiatricos por el efavirenz 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por Psiquiatría. 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP. Acude a control, me facilita el reporte de 17.07.2017 donde se evidencia control virológico, posiblemente el

repunte viral estaba en relación a una pobre absorción del tratamiento antirretroviral por la cirugía. ALT/AST 52/36, CPK 264, glicemia 91 mg/dl, creatinina 0.93 mg/dl, colesterol total 143 mg/dL, TGI 178, HDL 28, leucocitos 5230, hgb 15.7, plaquetas 159.000, TSh 1.44, VDRI no reactivo. Tiene un peso de 96.9 kg, tensión arterial de 110/80 mmHg, en el momento sin evidencia de neoplasia asociada o infección relacionada. Análisis y plan: 1. Adecuado control inmunológico y virológico, se entrega receta. Prescripción registrada exitosamente con Número de solicitud: 20170727196001971602 . se recomienda seguimiento estricto de la viremia y recuentos de CD4, dado que el paciente tiene ahora un BYPASS gástrico y la absorción de los medicamentos es errático o Orden para próxima cita por Infectología en 90 días. Interconsulta por Infectología Adultos o Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutámico Oxaloacética, Cpk Total, Potasio (k), Albumina, Alt Transaminasa Glutámico-piruvica, Ldh (Deshidrogenasa Láctica), Hemograma Completo (plaquetas Y Volumen), Recuento De Células Cd4 (numero Y %), Carga Viral Para Hiv, Creatinina, Perfil Lipídico: Colesterol, Ldl, Hdl, Triglicéridos o Prescripción: Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Días * Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Días * Vacuna Para Influenza Tetravalente, Suspensiones, 15 Mcg X 4 Tipos En 0.5ml, 1 ampolla Im, 1 Año * Válida por 6 meses. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4647797

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
27.07.2017	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Infectología	ANA MARISOL PAZ CAÑAVERAL

EPISODIO: 4651234

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 28.07.2017

Hora Registro: 11:02:22

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

VIENE A CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE BYPASS GATRICO SIN VOMITO CON BUENA TOLERANCIA A LA DIETA PESO 96.9 PESO PREVIO 102 TRAE PARACLINICOS HB 14.9 HCTO 45.8 PLAQ 159000 VIT D 2106 FERRITINA 365 ACIDO FOLICO 507 P 2,9 VIT B12 347 LINFOCITOS CD4 426 OK INDICA SENSACION DE NAUSEAS CON PROTEINAS (POLLO PESCADO) BIEN DE ANIMO FUE VALORADO POR INFECTOLOGIA CON CD4 NORMALES

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CON 1 MES DE BYPASS GASTRICO SE DAN INDICACIONES DE DIETA CON PROTEINA VEGETAL SIGUE MODULO PROTEICO SE INICIA SUPLENCIA VITAMINICA ASI ANEMIDOX 1 TABL DIA CALTRATE + VIT D 1 TAB AL DIA CIANOCOBALAMINA 1 AMP IM SEMANAL POR 3 SEMANAS Y LUEGO UNA MENSUAL POR 3 MESES CENTRUM SLLVER +50 1 DIARIA CONTROL CON PARACLINICOS EN 3 MESES SE DAN RECOMENDACIONES

DIAGNÓSTICOS

E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4651234

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
28.07.2017	890202-8	CONSULTA ESPECIALISTA QUIRURGICO - PRE-Q QUIRURGICA Y PRE-ANESTESICA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	JHON JADER VELASQUEZ ALMENDRA

EPISODIO: 4709736**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 23.08.2017

Hora Registro: 11:25:20

Responsable: FERNANDEZ CUBILLOS, JUAN PABLO

Especialidad: NEUROLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

ME DA MUCHO SUEÑO

ENFERMEDAD ACTUAL

NEUROLOGIA IDENTIFICACION EDAD:40 AÑOS PROCEDENTE:CALI
 OCUPACION:MEDICO LATERALIDAD:DIESTRA ACOMPAÑANTE:VIENE SOLO
 MC:ME DA MUCHO SUEÑO EA:REFIERE CUADRO DE HIPERSOMNIA DIURNA,
 SE QUEDA DORMIDO FACILMENTE EN EL DIA, SE QUEDA DORMIDO
 MIENTRAS ESTA ESCRIBIENDO EN EL COMPUTADOR, REFIERE QUE EL
 SUEÑO ES DE MALA CALIDAD, SE LEVANTA VARIAS VECES EN LA
 MADRUGADA, TIENE UNA APNEA DEL SUEÑO, UTILIZA CPAP NASAL DESDE EL
 AÑO 2015. REFIERE QUE LO UTILIZA 6 HORAS. LE HAN HECHO DOS
 CIRUGIAS DE BYPASS GASTRICO, UNA EN 2013 Y OTRA EN 2017. EPWORTH
 20. ANTECEDENTES PATOLOGICOS:INFECCION POR VIH, T. ANSIEDAD
 (ESTUVO TOMANDO SERTRALINA) FARMACOLOGICOS:Dolutegravir asociado a
 tenofovir/emtricitabina, calcio+vitamina D, centrum, vitamina B12
 TOXICOS:NEGATIVOS ALERGICOS:SULFAS** QUIRURGICOS:BYPASS
 GASTRICO, CIRCUNSIION, CIRUGIA REFRACTIVA, COLELAP, FX DE RADIOS
 FAMILIARES:MADRE HTA EXAMEN NEUROLOGICO TA 110/70 FC 70 FR 18
 PESO ACTUAL 90 KG (ANTES DE CIRUGIA BARIATRICA 114 KG) TALLA 1.77 M
 IMC ACTUAL: 29 KG/M2 ALERTA, ORIENTADO, LENGUAJE FLUIDO
 COMPRENDE, NOMINA, REPITE. PARES CRANEANOS: PUPILAS 3 MM
 NORMORREACTIVAS, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, SIMETRIA
 FACIAL, ELEVACION SIMETRICA DEL VELO DEL PALADAR, LENGUA CENTRAL.
 FUERZA 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES. RTM ++/++++ EN LAS 4
 EXTREMIDADES. RESPUESTA PLANTAR FLEXORA BILATERAL. SENSIBILIDAD
 CONSERVADA. COORDINACION NORMAL. MARCHA NORMAL.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CON CUADRO DE HIPERSOMNIA, EPWORTH DE 20, TIENE APNEA DEL SUEÑO Y UTILIZA EL CPAP, LE HICIERON CIRUGIA BARIATRICA EN MAYO 2017, REQUIERE ESTUDIO DE POLISOMNOGRAMA CON CPAP PARA EVALUAR PRESION DE CPAP TENIENDO EN CUENTA QUE HA BAJADO DE PESO DESPUES DE CIRUGIA BARIATRICA. CONTROL CON RESULTADO. SE EXPLICA AL PACIENTE.

DIAGNÓSTICOS

G473 - APNEA DEL SUEÑO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4709736

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
23.08.2017	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	UT Neurologia	EDWIN AROCA BRAVO

EPISODIO: 4835575

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 13.10.2017

Hora Registro: 11:42:04

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

VIENE A CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGIA DE REVISION, INDICA QUE EN OCASIONES HAY SENSACION DE DISFAGIA A NIVEL CERVICAL COMO SENSACION DE TACO TOMANDO MULTIVITAMINAS, CALCIO Y NEUROBION ESTABA CON MANEJO CON NEUMOLOGIA POR SAHOS YA CON POLISOMNOGRAMA NORMAL ESTA EN MANEJO CON NEUROLOGIA POR POLISOMINIA DIURNIA PESO 83 KG PREVIO 97 BAJANDO BIEN DE BUEN ANIMO

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGIA DE REVISION
 ESOFAGOY EYUNOSTOMIA CON DISFAGIA OCASIONAL POR LO QUE SE
 DECIDE 1. CINEDEGLUSION PARA DETERMINAR SI HAY ALGUNA
 INCOORDINACION DEL PROCESO DEGLUTORIO 2. ENDOSCOPIA SUPERIOR 3.
 SE ORDENAN VITAMINAS:1. HIERRO (FERROPROTINA)
 20171013162003124220 mipres 2. CALCIO + VIT D QUE ES DEL POS PRO 3
 MESES Y MULTIVITAMINAS +ZINC MIPRES 20171013186003124499 4.
 CONTROL CON RESULTADOS 5. SE DAN RECOMENDACIONES

DIAGNÓSTICOS

Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICA DOS

R13X - DISFAGIA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4835575

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
13.10.2017	890202-8	CONSULTA ESPECIALISTA QUIRURGICO - PRE-Q UIRURGICA Y PRE-ANESTESICA DE PRIMERA VE Z POR MEDICINA ESPECIALIZADA	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	MARISOL CIRO SANTOS

EPISODIO: 4847112**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 19.10.2017

Hora Registro: 11:38:25

Responsable: FERNANDEZ CUBILLOS, JUAN PABLO

Especialidad: NEUROLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

APNEA DEL SUEÑO

ENFERMEDAD ACTUAL

NEUROLOGIA IDENTIFICACION EDAD:40 AÑOS PROCEDENTE:CALI
 OCUPACION:MEDICO LATERALIDAD:DIESTRA ACOMPAÑANTE:VIENE SOLO
 MC:ME DA MUCHO SUEÑO EA:REFIERE CUADRO DE HIPERSOMNIA DIURNA,
 SE QUEDA DORMIDO FACILMENTE EN EL DÍA, SE QUEDA DORMIDO
 MIENTRAS ESTA ESCRIBIENDO EN EL COMPUTADOR, REFIERE QUE EL
 SUEÑO ES DE MALA CALIDAD, SE LEVANTA VARIAS VECES EN LA
 MADRUGADA, TIENE UNA APNEA DEL SUEÑO, UTILIZA CPAP NASAL DESDE EL
 AÑO 2015, TIENE DIFICULTADES EN ADAPTACION. REFIERE QUE LO UTILIZA
 6 HORAS, EXCEPTO FINES DE SEMANA. LE HAN HECHO DOS CIRUGIAS DE
 BYPASS GASTRICO, UNA EN 2013 Y OTRA EN 2017. EPWORTH 20. HACE 15
 DIAS LE RETIRARON EL CPAP. PARACLINICOS OCT 17 2017: TSH 3.148 T4L
 0.89 PSG BASAL SEPT 2017: TITULACION DE CPAP, SE INCREMENTO LA
 PRESION HASTA 6 CMH2O, RECOMIENDA CONTINUAR TERAPIA CON CPAP,
 CON MASCARA ORONASAL TALLA L Y PRESION DE 7 CMH2O. ANTECEDENTES
 PATOLOGICOS:INFECCION POR VIH, T. ANSIEDAD (ESTUVO TOMANDO
 SERTRALINA) FARMACOLOGICOS:Dolutegravir asociado a
 tenofovir/emtricitabina, calcio+vitamina D, centrum, vitamina B12
 TOXICOS:NEGATIVOS ALERGICOS:SULFAS** QUIRURGICOS:BYPASS
 GASTRICO, CIRCUNSION, CIRUGIA REFRACTIVA, COLELAP, FX DE RADIOS
 FAMILIARES:MADRE HTA EXAMEN NEUROLOGICO TA 110/70 FC 70 FR 18
 PESO ACTUAL 82.7 KG (ANTES DE CIRUGIA BARIATRICA 114 KG) TALLA 1.77
 M IMC ACTUAL: 26 KG/M2 ALERTA, ORIENTADO, LENGUAJE FLUIDO
 COMPRENDE, NOMINA, REPITE. PARES CRANEANOS: PUPILAS 3 MM
 NORMORREACTIVAS, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, SIMETRIA
 FACIAL, ELEVACION SIMETRICA DEL VELO DEL PALADAR, LENGUA CENTRAL.
 FUERZA 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES. RTM ++/++++ EN LAS 4
 EXTREMIDADES. RESPUESTA PLANTAR FLEXORA BILATERAL. SENSIBILIDAD
 CONSERVADA. COORDINACION NORMAL. MARCHA NORMAL.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CON CUADRO DE HIPERSOMNIA, EPWORTH DE 20, TIENE APNEA
 DEL SUEÑO, LE HICIERON CIRUGIA BARIATRICA EN MAYO 2017, PERSISTE

SINTOMATICO, SE RECOMIENDA UTILIZAR CPAP A PRESION DE 7 CMH2O CON MASCARA ORONASAL TALLA XL, REFIERE QUE LA TALLA L LE QUEDA MUY APRETADA.

DIAGNÓSTICOS

G471 - TRASTORNOS DE SOMNOLENCIA EXCESIVA (HIPE RSOMNIOS)

G473 - APNEA DEL SUEÑO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4847112

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
19.10.2017	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	UT Neurologia	DIANA PALACIOS SERNA

EPISODIO: 4862821

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 25.10.2017

Hora Registro: 12:55:26

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 40 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2017.Oct.25 Edad: 40 Años
 DIAGNOSTICOS: 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11
 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2017.Ene.23 - LINFOCITOS T CD4: 0 % -

493 Células / ml 2017.Ene.23 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente quien tiene un diagnóstico de infección avanzada por VIH con recuentos de CD4 de 584, carga viral del VIH 34 copias/ml para el 17.10.2017 en manejo con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina; 2. Efectos neuropsiquiátricos por el efavirenz 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por Psiquiatría. 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP 7. Hipoalbuminemia. Acude a control, debido a que ha presentado viremias de bajo nivel y es importante evaluar la respuesta virológica. Ahora con un cuadro gripal que puede afectar los valores de la determinación de la carga viral. En general ha estado bien. El paciente ha perdido 30 kilos en relación a su cirugía reciente, aunque viene presentando disfagia. Tiene analíticas del 17.10.2017 una creatinina 0.96 mg/dl, perfil lipídico colesterol total 55 mg/dl, triglicéridos 53 mg/dl, GOT/GPT 34/34, potasio 3.75, albumina 3 g/dl**, CPK 81 U/L, láctico deshidrogenasa 208 U/L, plaquetas 168.000, niveles de vitamina B12 816 pg/mL. Tiene un peso de 81 kg, tensión arterial 120/60 mmHg, no adenopatías, cardiopulmonar normal, abdomen no se palpa masas. Análisis y plan: paciente quien debido a su condición de cirugía bariátrica, ha requerido intervenciones a este nivel, ahora con efectos secundarios a su pérdida de peso, hipoalbuminemia, me ha preocupado las viremias de bajo nivel que el paciente ha presentado, y no es claro si pudiera estar a un efecto farmacodinámico de los medicamentos antirretrovirales y la dificultad en la absorción. Dado que no tengo forma de realizar determinación de los niveles de fármacos en el momento recomiendo se realice una carga viral en un mes y con esto definir el plan a seguir, por el momento manejo expectante. Se explica al paciente. o Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutámico Oxaloacética, Cpk Total, Alt Transaminasa Glutámico-piruvica, Hemograma Completo (plaquetas Y Volúmenes), Sedimentación Globular, Carga Viral Para Hiv Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

ENFERMEDAD ACTUAL

,

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 40 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2017.Oct.25 Edad: 40 Años
 DIAGNOSTICOS: 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11
 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR
 EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR +
 TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO
 GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS
 TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18
 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG
 NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV +
 TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM
 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA
 HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA
 BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2017.Ene.23 - LINFOCITOS T CD4: 0 % -
 493 Células / ml 2017.Ene.23 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente
 quien tiene un diagnóstico de infección avanzada por VIH con recuentos de
 CD4 de 584, carga viral del VIH 34 copias/m**L para el 17.10.2017 en manejo
 con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina; 2. Efectos
 neuropsiquiatricos por el efavirenz 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4.
 Trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado por Psiquiatría. 5.
 Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP
 7. Hipoalbuminemia. Acude a control, debido a que ha presentado viremias de
 bajo nivel y es importante evaluar la respuesta virológica. Ahora con un cuadro
 gripal que puede afectar los valores de la determinación de la carga viral. En
 general ha estado bien. El paciente ha perdido 30 kilos en relación a su cirugía
 reciente, aunque viene presentando disfagia. Tiene analíticas del 17.10.2017
 una creatinina 0.96 mg/dl, perfil lipídico colesterol total 55 mg/dl, triglicéridos
 53 mg/dl, GOT/GPT 34/34, potasio 3.75, albumina 3 g/dl**, CPK 81 U/L,
 láctico deshidrogenasa 208 U/L, plaquetas 168.000, niveles de vitamina B12
 816 pg/mL. Tiene un peso de 81 kg, tensión arterial 120/60 mmHg, no
 adenopatías, cardiopulmonar normal, abdomen no se palpa masas. Análisis y
 plan: paciente quien debido a su condición de cirugía bariátrica, ha requerido
 intervenciones a este nivel, ahora con efectos secundarios a su pérdida de
 peso, hipoalbuminemia, me ha preocupado las viremias de bajo nivel que el
 paciente ha presentado, y no es claro si pudiera estar a un efecto
 farmacodinámico de los medicamentos antirretrovirales y la dificultad en la
 absorción. Dado que no tengo forma de realizar determinación de los niveles
 de fármacos en el momento recomiendo se realice una carga viral en un mes y
 con esto definir el plan a seguir, por el momento manejo expectante. Se

explica al paciente. o Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutamico Oxaloacetica, Cpk Total, Alt Transaminasa Glutamicopiruvica, Hemograma Completo (plaquetas Y Volúmenes), Sedimentación Globular, Carga Viral Para Hiv Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4862821

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
25.10.2017	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Infectologia	CAROLINA ZAMORA DIAZ

EPISODIO: 4888205

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 04.11.2017

Hora Registro: 11:38:16

Responsable: DIEGO FERNANDO JIMENEZ RIVERA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - HEPATOLOGIA - TRASPLANTE HEPATICO -

Tipo de herida :

Descripción de la prestación :

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA SOD

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

Información Clínica REMITE: DRA EVELYN DORADO SEDACIÓN: Midazolam 2 mg + Propofol 70 mg + Monitoria de oximetría y frec + INDICACIÓN: RGE. ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO ASA:I MÉDICO DE SEDACIÓN: Dra. Natalia Calvache Previa explicación del procedimiento, riesgos, beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. Hallazgos LARINGE:Normal ESÓFAGO:Mucosa de aspecto normal hasta el área adyacente

a la Z, donde se aprecian erosiones cubiertas de fibrina, con notable congestión y grapas qx. A este nivel. Se toman biopsias. La unión esofagogástrica esta a los 40 cm. ESTÓMAGO: Mínimo remanente. Anastomosis a yeyuno amplias, regulares sin ulceración. Asas yeyunales proximales a la anastomosis normales. BIOPSIAS: Unión esófago gástrico
 Diagnostico ESOFAGITIS LOS ANGELES A VER DESCRIPCION Luego de haber valorado al paciente en recuperación y corroborar su bienestar, se dan indicaciones de alimentación y signos de alarma sobre consultar a urgencias de esta clínica si presenta dolor, fiebre, vómito, sangrado o cualquier otro síntoma que le llame la atención después de el estudio endoscópico.

Complicaciones :

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4888205

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
04.11.2017	451600	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIO PSIA CERRADA SOD	UT Endo Digestivas	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 4888205

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
04.11.2017	11:32	PROPOFOL 10MG/ML VIAL 20ML	100.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	NATALIA CALVACHE HERNANDEZ
04.11.2017	11:32	MIDAZOLAM JERINGA PRELLENA 1MG/ML X 3ML	2.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	NATALIA CALVACHE HERNANDEZ

EPISODIO: 4898688

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 09.11.2017

Hora Registro: 11:38:55

Responsable: LARA CARVAJAL, CATALINA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente conocido el 30 julio/2015, con historia de obesidad severa, operado de sleeve gástrico en Octubre del 2013, tenía peso de 114.5Kg previo a cirugía, logró pérdida de peso en el primer año post quirúrgico y llegó a pesar 95Kg. Dice que logró sostener el peso de 95Kg hasta Dic/2014, pero volvió a subir de peso. En marzo de 2014 le diagnosticaron VIH, tenía una dermatitis que no mejoraba. El 26 de Mayo/2017 le realizaron revisión de Sleeve, requirió hospitalización por 1 semana, por intolerancia alimentaria, estuvo con dieta líquida hasta el sábado 3 de junio/2017, con el avance a dieta blanda empezó a presentar episodios de emesis con casi todas las comidas. El lunes 12 de junio/2017 le realizaron endoscopia donde encontraron estenosis, A PESAR DE QUE EN CIRUGIA SE LIBERO EL ESTOMAGO Y LA ENDOSCOPIA SALIO BIEN CON PASO DERECHO AHORA HAY AUN ANGULACION QUE NO PERMITE UN BUEN VACIAMIENTO GASTRICO LE INDICARON PASO DE Sonda ENTERAL PARA REPLECIÓN NUTRICIONAL PERO NO FUE POSIBLE POR EDEMA, requirió soporte nutricional parenteral y le realizaron reintervención quirúrgica, con gastrectomía subtotal. Con buena evolución ha tenido algunos episodios. Ahora no está haciendo ejercicio, lo suspendió desde Dic/2016. Peso Julio 2015: 110Kg. Peso Abril: 115.6Kg subió: 5.6Kg en 8 meses. Peso Sep 30/2016: 116.1Kg subió: 500g en 5 meses. Peso Oct 28/2016: 114.8Kg bajó: 1.3Kg en 1 mes. Peso Ene 16/2016: 112.7Kg bajó: 2.1Kg en 2 meses y medio. Peso Jun 9/2017: 104Kg bajó: 8.7Kg en 4 meses y medio. Peso Jul 25/2017: 97.3Kg bajó: 6.7Kg en 1 mes. Peso Oct 19/2017: 82.7Kg. Peso Oct 25/2017: 81Kg. Peso Nov 9/2017: 79.2Kg bajó: 18.1Kg en 3 meses y medio. Estatura: 178cm IMC: 24.9 Kg/mt². Tiene resultados de lab 17.10.2017 una creatinina 0.96 mg/dl, perfil lipídico colesterol total 55 mg/dl, triglicéridos 53 mg/dl, GOT/GPT 34/34, potasio 3.75, albumina 3 g/dl**, CPK 81 U/L, láctico deshidrogenasa 208 U/L, plaquetas 168.000, niveles de vitamina B12 816 pg/mL. Requeurimiento calórico Harris benedict + AF = 1800KCal/día

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

6:30am: Jugo de naranja + 1/2 arepa o Bonyourt. 9am: fruta. 12m: 3 cucharas de arroz + 1/2 porción de pollo o carne + 1 plato de sopa de

verduras con ensalada + agua o jugo hit. jugo o café con galletas o pan
 8:30pm: arroz con carne o pollo o 1/2 plato sopa. Continúa con episodios de diarrea ocasionales, principalmente con el consumo de grasas y lacteos, tuvo inapetencia marcada hasta hace 1 mes, dice que no tolraba bien muchos alimentos, no almorzaba, presentaba nauseas y dice que todos los alimentos le saben " simple". Paciente con una perdida de peso de 18Kg en 3 meses y medio, un promedio de perdida de peso de 5Kg por mes, con hipoalbuminemia (albumina 3g/dL) y con riesgo moderado de desnutricion por el consumo actual de alimentos que se encuentra limitado por la sintomatologia: nauseas e hiporexia, se considera necesario iniciar suplementacion con formula polimerica modificada en carbohidratos con alto aporte proteico: Prowhey DM que contine proteian a isla de suero lacteo, la cual le garantiza un aporte suficietne de calorías 240KCal y 15g de proteina adicionales a la dieta. Tomar Prohey DM 4 medidas en 200ml de agua en la mitad de la tarde. Se dan ademas recomendaciones de dieta fraccioanda. Se hace prescripcion en MIPRES:20171109147003495481 Control en 3 meses.

DIAGNÓSTICOS

Z713 - CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA D E LA DIETA

E638 - OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ESPECIF ICADAS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIE NCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACI ON

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4898688

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
09.11.2017	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	ANGIE LUCERO MUÑOZ FLOREZ

EPISODIO: 4930507

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 24.11.2017

Hora Registro: 06:49:47

Responsable: GUERRA LOZANO, ANA MARIA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Psiquiatria Medico Auditor medico tuteladas SOS Cita de psiquiatria en enero 2015: EVALUACION INICIAL EA: Problemas de control del peso desde la adolescencia. Cirugía bariátrica en Oct del 2013, bajó de 120 kg a 95 kg. Ha vuelto a subir a 100 kg. Refiere que maneja mucha ansiedad. En marzo de 2014 le diagnosticaron VIH, tenía una dermatitis que no mejoraba. En Junio de 2014, no le pareció bien verse delgado "demacrado", por lo cual quiso subir de peso. Refiere que no le ha ido bien en lo sentimental. Es de pocos amigos. Hoy en día no se siente tan seguro para avanzar en lo sentimental. AF: vive con los padres, tiene 3 hermanos. Las relaciones familiares son buenas. Tiene su novia hace 1 año. Ella tiene 22 años. En lo social buenas relaciones. AF: HTA, Ca de mama. AP: Tuvo cirugía Bariátrica. HIV. PP: prefiere estar solo, organizado, tranquilo, responsable, independiente, no puede hablar en público. No fuma. No licor. Recibe tratamiento ARV: Trubada, Enfavirex. En el pasado tomó Orlistat. Su niñez y adolescencia fue caracterizada por exposición a situaciones traumáticas que lo han afectado posteriormente. Las situaciones difíciles le causan un impacto moderado pero superable. A: Paciente con cuadro de ansiedad afectando condición física. Se beneficia de tratamiento combinado farmacológico y psicoterapéutico. Sertralina 50. Control 20 días. EVOLUCION: Solo tomó la sertralina por 1 mes. Ha seguido subiendo de peso. Sigue con ansiedad. Relación de pareja estable. Control inmunológico Ok. Se discuten los beneficios del tratamiento. Se considera la opción de psicoterapia cognitiva. ESF: Paciente asiste solo, bien presentado, con sobrepeso. Afecto ansioso. PV e I normal. No delirios, no alucinaciones. JR apropiado. A: Paciente con baja adherencia al tratamiento farmacológico, motivado a recuperarse, se considera Sertralina 75 mg día y Psicoterapia Cognitiva. Anotaciones en enero 2017: PSIQ DX T DE ANSIEDAD AFECTANDO CONDICION FISICA. TX. SERTRALINA 75 MG AM. 38 años. Neiva/Cali. Medico. Soltero / Vive con los padres y hermana. Católico 38 años. Soltero. Vive con los padre. Médico- trabaja en auditoría. Está haciendo especialización en gerencia de seguridad en salud y paralelamente la carrera de derecho. HISTORIA PREVIA REALIZADA POR DRA. SONIA BERSH Refiere que pesaba 114 kg; logró bajar hasta 95 kg y ha recuperado el peso en el último año: ahora pesa 110 kg. Come nuevamente en porciones grandes como anteriormente y se sacia tardíamente. Mucho consumo de CHOs. Dice que esto lo preocupa pero no refleja esta preocupación. Muy ocasionales atracones. come claramente en exceso. previo a su cirugía si muchos atracones. No ejercicio. Nunca. Esto parece corresponder a un patrón: no tiene mucha conciencia de sus emociones y presenta tendencia al aislamiento emocional vs alexitimia. Presenta muchos estresores: • Recientemente fue reintegrado a su trabajo. Lo despidieron sin

justa causa pero ganó el pleito. Cree que fue por dx de HIV. Ahora está reubicado laboralmente y se siente a gusto. • Dx de seropositivo al VIH. Muy bien controlado. • Tiene novia de 23 años que lo quiere mucho. No intimidad por temores fóbicos de él (temor de contagiarla), pero aparentemente también hay conflicto en rel con su orientación sexual. • Problemas de pareja relacionados con lo anterior pero principalmente porque el pte dice que le gusta estar en casa en sus ratos libres viendo TV y la novia quiere salir. No parece tener mayor conflicto con esta diferencia. No sxes depresivos clínicos. Ansiedad que raya en lo clínico. EVOLUCION PREVIA Paciente con incremento notorio en el peso, quien no logro tolerar el manejo con antidepresivos ISRS, presentando multiples efectos adversos como cefalea, epigastralgia y ansiedad. En el momento reporta que asiste a consulta como parte del programa de cirugia bariatrica. Nego tristeza, ansiedad, ideas de minusvalia, desesperanza o anhedonia. Nego sintomas maneiformes, confusionales o psicoticos. Refiere que ha disminuido la ingesta de alimentos, de acuerdo a las recomendaciones de la nutricionista. Esta en evaluacion por endocrinologia. Duerme bien. Le preocupa la dificultad para disminuir peso, aun siguiendo aparentemente las indicaciones de la nutricionista y la cirujana bariatrica. EVOLUCION ACTUAL Paciente con mejoria a nivel animico, el cual asocia al cambio de antirretrovirales. Nego tristeza, ansiedad, ideas de minusvalia o desesperanza. Duerme bien. Su funcionamiento ocupacional esta sin alteracion. Reporta buenas relaciones familiares. Ha disminuido de peso al cambiar su regimen nutricional. En el momento sin deficit cognitivo, episodios confusionales o maneiformes.

ENFERMEDAD ACTUAL

en este momento el pte consulta porque desde hace aprox un año ha tenido reactivaci nde sintomas depresivos, de intensidad moderada a severa, con anergia, anhedonia, abulia. no ideas de muerte o suicidas. llega 15 minutos tarde a la cita de 30 minutos pero pide ser atendido en lugar de reasignada la cita. por lo tanto no es posible obtener informacion para confirmar la evolucion de los sintomas en el tiempo, la razon de la baja adherencia al tto, la razon de la discontinuacion de la sertralina el es enfatico en que ha tenido sintomas depresivos severos incluso antes de los procedimientos quirurgicos de este año, pero que se sintio muy afectado por la situacion en su trabajo, en la cual tras regresar de la incapacidad no tenia una labor asignada, lo que el interpreto como una manera de acoso laboral. despues tuvo una actividad muy rutinaria "hacer mipres de transporte" pero ahora esta a gusto con su ocupacion actual. ante la severidad de los sintomas decidio volver a tomar la sertralina hace un mes, comenzando con dosis de 100 mg. no ha notado efectos adversos pero

tampoco ha notado ni siquiera minima mejoría. asiste solo, delgado, colaborador, afecto disociado, pobre introspección, sin delirios, sin ideación auto o heteroagresiva, sin alucinaciones, sin compromiso del sensorio, jr presente análisis: t depresivo recurrente episodio actual severo sin mejoría con sertralina 100 mg día recomendando ensayar otra opción de antidepresivo con lio cula esta de acuerdo cx: luvox (fluvoxamina) 100 mg noche por un mes y después 200 mg noche suspensión gradual de sertralina control en mes y medio explico en detalle

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANÁLISIS Y CONDUCTA

-

DIAGNÓSTICOS

F332 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SÍNTOMA PSICOTICO

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 4930507

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
23.11.2017	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	UT Siquiatria	NICOLAS ZAPATA LOZANO

EPISODIO: 4932484

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 23.11.2017

Hora Registro: 17:53:29

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA AVANZADA - CIRUGÍA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

VIENE A CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CONOCIDO CON BYPASS GASTRICO COMO CIRUGIA REVISIONAL CON POCA TOLERANCIA PROTEINA ROJA AHORA VIENE CON EXAMENES DE CONTROL PESO 77 ENDSOCOPIA NO ESTEONOSIS POUCH PEQUEÑO ANASTOMOSIS AMPLIA PATOLOGIA: DE LA ANASTOMOSIS NEGATIVA PARA MALIGNIDAD CINEDEGLUCION: NO HAY BRONCOASPÍRACION RECOMIENDAN REEDUCACION CON PROCESOS DE FORMACION -ACOMODACION Y FORMACION DEL BOLO HB 13.2 HCTO 39.6 PLAQ 194000 CREA 0.8 ALT 43 AST 58 ALBUMINA 2,8 INTERROGANDO AL PACEINTE HAY POCA TOLERANCIA A CIERTAS PROTEINAS YA FUE EVALUADO POR NUTRICION Y DIO MODULO PROTEICO INDICA DIARREAS Y ESTEATORREA

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CON ESTEATORREA DIARREA POR LO CUAL AMERITA COMPLEMENTACION CON ENZIMAS PANCREATICAS MIPRES 20171123155003708356 SE DA ORDEN PARA 2MESES POR HIPOALBUMINEMIA SE DAN RECOMENDACIONE DE DIETA Y SE DA REPLECION CON PROTEINA NEWHEY PARA BARIATRICOS FONOAUDILOGA RECOMIENDA TERAPIA PARA LA DEGLUCION SEGUN RESULTADO DE CINEDEGLUCION TIENE PENDIENTE VALORACION POR INFEECTO CONTROL EN 1 MES CON EXAMENES

DIAGNÓSTICOS

E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICA DOS

K903 - ESTEATORREA PANCREATICA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4932484

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
23.11.2017	890202-8			

	CONSULTA ESPECIALISTA QUIRURGICO - PRE-Q UIRURGICA Y PRE-ANESTESICA DE PRIMERA VE Z POR MEDICINA ESPECIALIZADA	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	MARIA ISABEL HERNANDEZ REYES

EPISODIO: 4958370**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 04.12.2017

Hora Registro: 16:57:25

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 41 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2017.Dic.04 Edad: 41 Años Peso: 76.0 Kg. DIAGNOSTICOS: 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2017.Ene.23 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 493 Células / ml 2017.Ene.23 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente quien tiene un diagnóstico de infección avanzada por VIH con recuentos de CD4 de 584, carga viral del VIH indetectable copias/m**L para el 23.11.2013 en manejo con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina; 2. Efectos neuropsiquiatricos por el efavirenz 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP 7. Hipoalbuminemia. Acude a control me facilita el reporte de la CV-VIH que es indetectable. Tiene un peso de 76 kg, no adenopatías, cardiopulmonar normal. Tiene del 23.11.2017 CPK 84, proteína C reactiva 0.5 mg/dL, niveles de vitamina D 25.79, ferritina 680.7, acido fólico 2.76, carga viral del VIH no detectable. En el momento sin

evidencia de un proceso nutricional, me preocupa el descenso de peso ahora ha perdido 5 kilos, dado el riesgo de infecciosos, y neoplasias. Control en 1 mes con analíticas. Se entrega receta en 6 meses 20171204163003862448 o Orden para próxima cita por Infectología en 30 días. Interconsulta por Infectologia Adultos o Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutamico Oxaloacetica, Alt Transaminasa Glutamicopiruvica, Hemograma Completo (plaquetas Y Volumenes), Sedimentacion Globular, Creatinina, Ppd (tuberculina) o Prescripción: Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Válida por 6 meses. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

ENFERMEDAD ACTUAL

,

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Evento catastrófico

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 41 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2017.Dic.04 Edad: 41 Años Peso: 76.0 Kg. DIAGNOSTICOS: 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2017.Ene.23 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 493 Células / ml 2017.Ene.23 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente quien tiene un diagnóstico de infección avanzada por VIH con recuentos de CD4 de 584, carga viral del VIH indetectable copias/m**L para el 23.11.2013

en manejo con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina; 2. Efectos neuropsiquiátricos por el efavirenz 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP 7. Hipoalbuminemia. Acude a control me facilita el reporte de la CV-VIH que es indetectable. Tiene un peso de 76 kg, no adenopatías, cardiopulmonar normal. Tiene del 23.11.2017 CPK 84, proteína C reactiva 0.5 mg/dL, niveles de vitamina D 25.79, ferritina 680.7, ácido fólico 2.76, carga viral del VIH no detectable. En el momento sin evidencia de un proceso nutricional, me preocupa el descenso de peso ahora ha perdido 5 kilos, dado el riesgo de infecciosos, y neoplasias. Control en 1 mes con analíticas. Se entrega receta en 6 meses 20171204163003862448 o Orden para próxima cita por Infectología en 30 días. Interconsulta por Infectología Adultos o Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutámico Oxaloacética, Alt Transaminasa Glutámico Piruvica, Hemograma Completo (plaquetas Y Volúmenes), Sedimentación Globular, Creatinina, Ppd (tuberculina) o Prescripción: Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Días * Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Días * Válida por 6 meses. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4958370

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
04.12.2017	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Infectología	CAROLINA ZAMORA DIAZ

EPISODIO: 4974915

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 12.12.2017

Hora Registro: 12:20:35

Responsable: MONTES MARTINEZ, MAUREN ASTRID

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

ME MANDAN DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA POR UNA TVP

ENFERMEDAD ACTUAL

DESDE NOVIEMBRE REFIERE EDEMA EN PIES Y PUEGO DOLOR EN MII A NOVEL DE PANTORRILLA QUE FUE ASCENDIENDO HASTA MUSLO Y REGION INGUINAL, MOTIVO POR EL CUAL LE REALIZAN UN ECO DOPPLER DE MSIS EL DIA DE HOY: - ESTUDIO POSITIVO PARA TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII ES REMITIDO POR URGENCIAS PARA MANEJO ANTECEDENTES: - BYPASS GASTRICO JUNIO 2017 - HIV (2014) --DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE - ALERGICOS: TMP/SULFA

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 108.00 / 59.00 - TAM: 75.33 - T°C: 36.00 - FC: 104.00 - FR: 19.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 0.00 - TALLA: 0.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 99.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO**Aspecto General:**

ESTABLE, AFEBRIL

Cabeza:**Cara:****Ojos:****Cuello:****ORL:**

MUCOAS HUMEDAS, ESCLERAS ANICTERICAS

Tórax:

RSCSRS SIN SOPLOS, MV LIMPIO EN ASCSPS

Abdomen:

NEGATIVO

SNC:**Genitourinario:****Extremidades:****Pulsos Periférico:****Piel y Tejidos:****ANALISIS Y CONDUCTA**

PTE QUIEN CURSA CIN CUADRO DE TVP EN MII SE DECIDE INICIAR ANTICOAGULACION CON ENOXAPARINA SE SOLICITAN PARACLINICOS Y VALORACION POR CLINICA DE ANTICOAGULACION

DIAGNÓSTICOS

I829 - EMBOLIA Y TROMBOSIS DE VENA NO ESPECIFIC ADA

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.12.2017

Hora Registro: 17:29:54

Responsable: MILLER REINA, LUISA FERNANDA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CLINICA DE ANTICOAGULACION ALEXANDER MARIN LARRAHONDO 41 AÑOS
DIAGNOSTICOS - BYPASS GASTRICO JUNIO 2017 - HIV (2014)
ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS --DOLUTEGRAVIR +
TENOFOFIR/EMTRICITABINE -ALERGICOS: TMP/SULFA MANEJO ACTUAL
ENOXAPARINA 80 MG JG 75 MG C/12H EXAMEN FISICO SV T36 FC104FR20
PESO76 TA 108/59 TAM75 SAT 99 MUCOSAS HUMEDAS CONJUNTIVAS
PALIDAS , EDEMA EN PIES Y PUEGO DOLOR EN MII A NOVEL DE

PANTORRILLA HASTA MUSLO Y REGION INGUINAL, - ESTUDIOS DOPPLER DE MII POSITIVO PARA TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII INDICACIONES DE ANTICOAGULACION TVP DE MII CONSIDERACIONES PACIENTE CON ANTECEDENTE DE VIH , EN MANEJO POR INFECTOLOGIA , SE CONSIDERA SE PUEDE DAR EGRESO CON MANEJO AMBULATORIO CON RIVAROXABAN A DOSIS DE 15 MG CADA 12 HORAS POR 21 DIAS LUEGO 20 MG DIA POR 3 – 6 MESES , DEBE ESTUDIARSE POR MEDICO TRATANTE POSIBLES CAUSAS DESENCADENANTES DE TVP

/

/

/

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.12.2017

Hora Registro: 18:05:16

Responsable: LOPEZ PONCE DE LEON, JUAN DAVID

Especialidad: CARDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CLINICA DE ANTICOAGULACION ALEXANDER MARIN LARRAHONDO 41 AÑOS

DIAGNOSTICOS - BYPASS GASTRICO JUNIO 2017 - HIV (2014)

ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS --DOLUTEGRAVIR +

TENOFOFIR/EMTRICITABINE -ALERGICOS: TMP/SULFA MANEJO ACTUAL

ENOXAPARINA 80 MG JG 75 MG C/12H EXAMEN FISICO SV T36 FC104FR20

PESO 76 TA 108/59 TAM 75 SAT 99 MUCOSAS HUMEDAS CONJUNTIVAS

PALIDAS , EDEMA EN PIES Y PUEGO DOLOR EN MII A NOVEL DE

PANTORRILLA HASTA MUSLO Y REGION INGUINAL, - ESTUDIOS DOPPLER DE

MII POSITIVO PARA TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII

INDICACIONES DE ANTICOAGULACION TVP DE MII CONSIDERACIONES

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE VIH , EN MANEJO POR INFECTOLOGIA , SE

CONSIDERA SE PUEDE DAR EGRESO CON MANEJO AMBULATORIO CON

RIVAROXABAN A DOSIS DE 15 MG CADA 12 HORAS POR 21 DIAS, LUEGO 20

MG DIA POR 3 – 6 MESES. DEBE ESTUDIARSE POR MEDICO TRATANTE

POSIBLES CAUSAS DESENCADENANTES DE TVP

/

/

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.12.2017

Hora Registro: 18:24:08

Responsable: UMAÑA PEREA, MAURICIO

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO ADULTOS

Tipo de Evolución: Valoración en Sala de observación urgencias

Se diligenció mipres de Rivaroxaban: 20171212199003976907

Alta Médica

Fecha Registro: 12.12.2017

Hora Registro: 18:24:33

Responsable: UMAÑA PEREA, MAURICIO

Especialidad: MEDICINA URGENCIAS - CUIDADO INTENSIVO ADULTOS - CIRUGIA

Tipo Alta

Mejoría

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones**Recomendaciones****Diagnóstico Alta**

-

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4974915

Fecha	Código Nombre	U. Organizativa	Responsable

12.12.2017	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Clinica Anticoagulación	MAUREN ASTRID MONTES MARTINEZ
12.12.2017	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UE Urgencias C. prioritaria	JHONATTAN SANTACRUZ CERON
12.12.2017	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	MAUREN ASTRID MONTES MARTINEZ
12.12.2017	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MAUREN ASTRID MONTES MARTINEZ
12.12.2017	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	MAUREN ASTRID MONTES MARTINEZ
12.12.2017	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	MAUREN ASTRID MONTES MARTINEZ
12.12.2017	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	MAUREN ASTRID MONTES MARTINEZ
12.12.2017	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	MAUREN ASTRID MONTES MARTINEZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 4974915

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
12.12.2017	13:00	ENOXAPARINA 80 MG JG	75.00	MG	SUBCUTANEA	C/12H	MAUREN ASTRID MONTES MARTINEZ
12.12.2017	18:15	RIVAROXABAN 15 MG TAB	15.00	MG	VIA ORAL	C/12H	MAURICIO UMAÑA PEREA

EPISODIO: 4983111

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 15.12.2017

Hora Registro: 08:45:44

Responsable: GOMEZ MESA, JUAN ESTEBAN

Especialidad: MEDICINA INTERNA - FALLA CARDIACA - CARDIOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

CLINICA DE ANTICOAGULACIÓN CITA DE PRIMERA VEZ

ENFERMEDAD ACTUAL

DIAGNÓSTICOS: CIRUGIA BARIATRICA 2013 CIRUGÍA BARIÁTRICA (REOP) 05/2017 - 06/2017 (#1) - 06/2017 (#2) BYPASS GASTRICO JUNIO 2017 INFECCION X HIV (2014) TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII (12/12/2017) ALERGICOS: TMP/SULFA MEDICAMENTOS QUE RECIBE ACTUALMENTE: DOLUTEGRAVIR TENOFOVIR EMTRICITABINE MULTIVITAMINAS VITAMINA B12 INDICACION DE ANTICOAGULACION: TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII (12/12/2017) MEDICAMENTO ANTICOAGULANTE: ENOXAPARINA SE REVISIA HISTORIA CLINICA Y EVOLUCIÓN CLINICA SE REVISAN MEDICAMENTOS QUE RECIBE ACTUALMENTE SE EVALUA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO ANTICOAGULANTE SE EVALUA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA EXAMEN FISICO: INGRESA CON ACOMPAÑANTE PESO: 74 PA: 120/70 FC: 70 SIN EVIDENCIA DE SANGRADO SIN EVIDENCIA DE EDEMAS SIN EVIDENCIA DE DEFICIT NEUROLOGICO

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

TENIENDO EN CUENTA USO ACTUAL DE ANTIRETROVIRALES, SE CONSIDERA POR AHORA CONTINUAR CON ENOXAPARINA 70 X 2 REQUIERE DOSIFICACION SEGUN CROMOGENOS CONDUCTA: SE DAN RECOMENDACIONES SE REFUERZA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA SE REFUERZA EDUCACIÓN SE PROGRAMA CITA DE CONTROL SE EXPLICAN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA Y LA NECESIDAD

DE CONSULTAR SI PRESENTA ALGUNO DE ELLOS SE PROGRAMA CITA DE EDUCACION COMPLEMENTARIA POR ENFERMERIA SE SOLICITA PARA CLINICOS PARA PRÓXIMO CONTROL SE ENTREGA FORMULA DE ENOXAPARINA 80 ADMINISTRAR 70 X 2 MEDICION DE CROMOGENOS EN 7 DIAS

DIAGNÓSTICOS

I828 - EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS VENAS ESPECIFICADAS

Z921 - HISTORIA PERSONAL DE USO (PRESENTE) DE ANTICOAGULANTES POR LARGO TIEMPO

Registro de Consulta

Fecha Registro: 15.12.2017

Hora Registro: 09:59:24

Responsable: GOMEZ MESA, JUAN ESTEBAN

Especialidad: CARDIOLOGIA

CLINICA DE ANTICOAGULACIÓN PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL POR CLINICA DE ANTICOAGULACIÓN SE REVISAR HISTORIA CLINICA Y EVOLUCIÓN CLINICA SE REVISAN MEDICAMENTOS QUE RECIBE ACTUALMENTE SE EVALUA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO ANTICOAGULANTE SE EVALUA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA CONDUCTA: SE DAN RECOMENDACIONES SE REFUERZA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA SE REFUERZA EDUCACIÓN SE PROGRAMA CITA DE CONTROL SE EXPLICAN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA Y LA NECESIDAD DE CONSULTAR SI PRESENTA ALGUNO DE ELLOS SE DILIGENCIA EL REGISTRO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 4983111

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
15.12.2017	902045.P	CLINICA DE ANTICOAGULACION (INR)	UT Anticoagulación Enfermería	MARIANA CANO SANABRIA
15.12.2017	902045P.	CLINICA DE ANTICOAGULACION (HONORARIO MEDICO)	UT Clinica Anticoagulación	MARIANA CANO SANABRIA
28.12.2017	902045.P	CLINICA DE ANTICOAGULACION (INR)		PAOLA ANDREA

		UT Anticoagulación Enfermería	PAREJA RAMIREZ

EPISODIO: 5013151

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 02.01.2018

Hora Registro: 16:39:24

Responsable: LARGO ROJAS, URIEL

Especialidad: MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Diarrea y pérdida de peso.

ENFERMEDAD ACTUAL

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente quien viene por pérdida de peso después de un Bypass gástrico hace 6 meses hace 4 años tuvo sleeve gástrico. Tiene además intolerancia gástrica, hipoalbuminemia, pérdida de peso progresivo. de 43 kilogramos y sus deposiciones 4 en el día son líquidas. Viene tomando 2 tabletas de creon al día. No refiere síntomas respiratorios, cardiovasculares, digestivos, urinarios ni en la piel. REVISION POR SISTEMAS: ANTECEDENTES PERSONALES: Patologicos: Hipertensión: Negativo. Dislipidemia: Negativo. Diabetes: Negativo. Falla cardiaca: Negativo Falla Renal: negativo. Enfermedad arterial periferica: Negativo. ACV: Negativo. Enfermedad coronaria: Negativo Arritmias: Negativos. Alérgicos y Reacciones Adversas a Medicamentos: Trimetoprim Sulfa. NEOPLASIAS: Negativo. Quirúrgicos: Sleeve gástrico. Bypass gástrico. Tóxicos: Cigarrillo: Negativos Alcohol: Negativos Otros: Negativos. Medicamentos: Negativos. Otros: HIV positivo en manejo por infectología. Trombosis venosa profunda en MID en manejo con enoxaparina. Depresión.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

DIAGNOSTICOS: 1. S. mala absorción 2. Insuficiencia pancreática 3. Bypass gástrico. Análisis y Plan: Paciente quien fue comentado con el Dr. Mauricio Sepulveda, gastroenterologo, se comenta caso y sugiere aumentar dosis de creon a dos tabletas con c/u de las comidas principales y cita con subespecialidad en dos semanas.

DIAGNÓSTICOS

K909 - MALABSORCION INTESTINAL, NO ESPECIFICADA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5013151

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
02.01.2018	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	UT Medicina Interna	KARLA VANESSA HERRERA SILDARRIAGA

EPISODIO: 5017062

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 04.01.2018

Hora Registro: 11:44:00

Responsable: NAVAS GARCIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Remitido por la Doc Dorado.

ENFERMEDAD ACTUAL

Antecedentes Paciente con historia de gasterctomía a estenosis gastrica por bypass Junio 2017 cirugía bariátrica , Refiere disfagia para sólidos. perdida peso 43 kilos. A los 3 meses post quirurgicos sensación de que el alimento no pasa y náusea. Actualmente refiere sensación de taco. cambios en su voz . lado derecho embombado.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Se debe completar evaluación e iniciar tto.

DIAGNÓSTICOS

R633 - DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION

Registro de Consulta

Fecha Registro: 09.01.2018

Hora Registro: 13:14:47

Responsable: NAVAS GARCIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Se inicia sesión reduciendo los procesos de masticación , posicionamiento del bolo y proulsión, tambien trabajo relajación de musculatura extralaríngea y ejercitación lingual, brindo pautas para la casa.

Paciente en regulares condiciones, asistió a lacita de control con la doc Dorado y decide colocarle SNG PARA COMPENSARLO NUTRICIONARLO,SE CONTINUA REALIZANDO EJERCITACIÓN LINGUAL Y POSICIONAIENTO, BRINDO PAUTAS PARA LA CASA.

Se realiza trabajo favoreciendo ápice lingual, fuerza de punta deo pautas para trabajo en casa.

Se insiste en posicionamiento de la lengua en rugas,fuerza de esta , se dsan pautas para manejo.

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5017062

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
04.01.2018	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	MAHYURY ROCIO REYES SALAZAR
09.01.2018	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	YICEL VARGAS PALTA
11.01.2018	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	KELLY JOHANNA CHARRY TOVAR
15.01.2018	937000-4			

		TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	KELLY JOHANNA CHARRY TOVAR
16.01.2018	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	KELLY JOHANNA CHARRY TOVAR

EPISODIO: 5027035**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 10.01.2018

Hora Registro: 14:15:45

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

VIENE A CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CONOCIDO CON REVISION DE SLEEVE CON GASTRECTOMIA SUBTOTAL, QUE TIENE DIARREA CRONICA CON PERDIDA DE PESO EXCESIVA NO ESTEATORREA ESTA RELACIONADO CON COMIDAS DULCES ESPECIALMENTE ESTA TOMANDO PROWHEY CON TVP AHORA ANTICOAGULADO CON ENOXA 140 MG DIA PESO 68 CAQUECTICO VIT B 12 1664 TRANSFERRINA 134 CREA 1 ALT 50 AST 50 ALBUMINA 2.58 INDICA QUE UN DIA CRONICO 4 DIARREAS LIQUIDAS NO ESTEATORREA EN UN DIA NORMAL ES 1 LIQUIDA Y UNA SOLIDA

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CON DIARREA CRONICA CON CX MALABSORTIVA DE 100 CM DE ASA CON DESNUTRICION MODERADA 2,5 AUNQUE COME CON DIARREA SEVERA DEBE HOSPITALIZARSE PARA REPLECION NUTRICIONAL MIXTA, VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA, NUTRICION,

OTORRINOLARINGOLOGIA POR LARINGITIS SE HOSPITALIZARA MAÑANA

DIAGNÓSTICOS

J040 - LARINGITIS AGUDA

E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

I828 - EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS VENAS ESPECIFICADAS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5027035

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
10.01.2018	890202-8	CONSULTA ESPECIALISTA QUIRURGICO - PRE-Q UIRURGICA Y PRE-ANESTESICA DE PRIMERA VE Z POR MEDICINA ESPECIALIZADA	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	LUZ MARY RAMOS

EPISODIO: 5028838

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Hospitalización

Fecha Registro: 11.01.2018

Hora Registro: 09:58:43

Responsable: TEJADA VERGARA, ANDRES FELIPE

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

PARA HOSPITALIZACION

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 41 AÑOS CON ANTECEDENTE DE GASTRECTOMIA SUBTOTAL CONTORELES POR LA DRA DORADO, EL DIA DE AYER QUIEN ENCUENTRA PACIENTE CON DIARREA CRONICA CON CX MALABSORTIVA DESNUTRICION MODERADA, CONSIDERA DEBE HOSPITALIZARSE PARA REPLECION NUTRICIONAL MIXTA, VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA, NUTRICION, DIRECCIONA A URGENCIAS PARA CLINICOS RECIENTES VIT B 12 1664 TRANSFERRINA 134 CREA 1 ALT 50 AST 50 ALBUMINA 2.58 ANTECEDENTES PATOLOGICOS CODIGO 2000 ALERGICOS ***** TRIMETROPIN/SULFA***** QX SLEEVE, GASTRECTOMIA SUBTOTAL, REFRACTIVA, CIRCUNSIION, COLELAP FARMACOLOGICOS

ANTIRRETROVIRALES, ENOXAPRINA 70 CADA 12 HORAS POR TVP (DIC 16/17)

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 100.00 / 70.00 - TAM: 80.00 - T°C: 36.00 - FC: 83.00 - FR: 15.00 - S.Con
O2: 0.00 - PESO: 0.00 - TALLA: 0.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 97.00 -
PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO**Aspecto General:**

MUY DELGADO

Cabeza:

SIN ALTERACIONES

Cara:

SIN ALTERACIONES

Ojos:

SIN ALTERACIONES

Cuello:

MOVIEL NO MASAS

ORL:

SI ALTERACIONES

Tórax:

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES NO SOPLOS, MURMULLO
VESICULAR + NO AGREGADOS

Abdomen:

BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

SNC:

GLASGOW 15 / 15 NO FOCALIZADO

Genitourinario:

NO EVALUADO

Extremidades:

MOVILES NO EDEMAS

Pulsos Periférico:

PRESENTES

Piel y Tejidos:

MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE DE 41 AÑOS CON ANTECEDENTE DE GASTRECTOMIA SUBTOTAL CONTORELES POR LA DRA DORADO, EL DIA DE AYER QUIEN ENCUENTRA PACIENTE CON DIARREA CRONICA CON CX MALABSORTIVA DESNUTRICION MODERADA, CONSIDERA DEBE HOSPITALIZARSE PARA REPLECION NUTRICIONAL MIXTA, VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA, NUTRICION, DIRECCIONA A URGENCIAS ME COMUNCIO CON DRA DORADO QUIEN ORDENA: HSOPITALIZAR A SU NOMBRE EVDA - COLONOSCIPIA - INSERCIÓN DE Sonda enteral VALORACION POR NUTRICION QX BARIATIRCA (DRA DORADO ENVIA SU NUTRICIONISTA) VALORACION POR INFECTOLOGIA VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA VALORACION POR PSIQUIATRIA SE DEBE ENVIAR A TERPAIA FONOAUDIOLOGIA 11+30 HORAS VIGILACIA CLINICA

DIAGNÓSTICOS

I828 - EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS VENAS ESPECIFICADAS

K590 - CONSTIPACION

E638 - OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 11.01.2018

Hora Registro: 12:26:25

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. HOY LIQUIDOS CLAROS 2. ENDOSCOPIA PASO DE Sonda ENTERAL
COLONOSCOPIA MAÑANA DR OSCAR ROJAS 3. PENDIENTE VALORACION DE
GASTROENTEROLOGIA, INFECTOLOGIA, PSIQUIATRIA, CLINICA DE
ANTICOAGULACION 4. PERFIL METABOLICO PARA FORMULACION MAÑANA
DE NUTRICION ENTERAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.01.2018

Hora Registro: 12:34:14

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

IC CIRUGIA BARIATRICA

PACIENTE CONOCIDO CON ANTECEDENTE DE SLEEVE GASTRICO CON
REGANACIA DE PESO SECUNDARIO A INICIO DE ANTIRETROVIRALES,
POSTERIOR GANACIA DE PESO 116 KG CON SAHOS, POR LO QUE EL AÑO
PASADO SE REALIZA CIRUGIA DE REVISION CON BYPASS GASTRICO CON
POUCH PEQUEÑO EL PACIENTE ESTA TOLERANDO LA VIA ORAL Y COMIENDO
PROTEINA PERO INDICA DESDE HACE 2 MESES DIARREA LA CUAL SE
MANEJO CON ENZIMAS PANCREATICAS MEJORANDO PERO REFIERE QUE EL
MES PASADO INTENSIFICA CON LA DIARREA ASOCIADA A CIERTOS
ALIMENTOS COMO DULCE LOS CUALES NO ESTAN PERMITIDOS EN
DERIVACIONES INTESTINALES HACE 1 MES CON ALBUMINA DE 2,9 SE
INICIAN MODULOS PROTEICO PERO AYER EN CONSULTA CON ALBUMINA DE
2,5 TIENE ANTICOAGULACION POR TVP CON 140 MG DE ENOXA DIA INDICA
QUE LA DIARREA ES ACUOSA NO HAY ESTEATORREA NI MAL OLOR

SE DECIDE HOSPITALIZAR AL PACIENTE PARA REPLECION NUTRICIONAL
MIXTA: ENTERAL Y VIA ORAL, VALORACION CON COLONOSCOPIA POR
GASTROENTEROLOGIA PARA EVALUAR ORIGEN DE LA DIARREA,
VALORACION POR INFECTOLOGIA , PSIQUIATRIA Y CLINICA DE
ANTICOAGULACION PARA SUSPENSIÓN DE LA ENOXA PARA MAÑANA
COLONOSCOPIA SE SOLICITA PERFIL METABOLICO PARA SOPORTE

NUTRICIONAL INCIO DE ENTERAL MAÑANA Y VALORACION POR NUTRICION CX BARIATRICA PUES HAY INCOSISTENCIAS EN LA DIETA

1. HOSPITALIZAR 2. HOY LEV 70 CC HORA 3. PREPARACION COLONOSCOPIA ENDOSCOPIA Y PASO DE Sonda ENTERAL MAÑANA DR OSCAR ROJAS 4. VALORACION GASTROENTEROLOGIA INFECTOLOGIA PSIQUIATRIA NUTRICION CLINICA DE ANTICOAGULACION 5. SUSPENDER ENOXA 6 ANTIRETROVIARLES IGUAL

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 11.01.2018

Hora Registro: 12:34:29

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

2. HOY LEV 70 CC HORA 3. PREPARACION COLONOSCOPIA ENDOSCOPIA Y PASO DE Sonda ENTERAL MAÑANA DR OSCAR ROJAS 5. SUSPENDER ENOXA 6 ANTIRETROVIARLES IGUAL 7 LIQUIDOS ORALES CLAROS

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.01.2018

Hora Registro: 14:55:00

Responsable: CAÑAS ORDUZ, FELIPE

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DIAGNÓSTICOS: CIRUGIA BARIATRICA 2013 CIRUGÍA BARIÁTRICA (REOP) 05/2017 - 06/2017 (#1) - 06/2017 (#2) BYPASS GASTRICO JUNIO 2017 INFECCION X HIV (2014) TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII (12/12/2017) ALERGICOS: TMP/SULFA MOTIVO DE CONSULTA: diarrea y malabsorción MEDICAMENTOS QUE RECIBE ACTUALMENTE: DOLUTEGRAVIR TENOFOVIR EMTRICITABINE MULTIVITAMINAS VITAMINA B12 INDICACION DE ANTICOAGULACION: TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII (12/12/2017) MEDICAMENTO ANTICOAGULANTE: ENOXAPARINA EXAMEN FISICO: PESO: 68 (ULTIMO CONTROL CLINICA DE ANTICOAGULACION 74KG EN DIC/2017) PA: 120/70 FC: 70 SIN EVIDENCIA DE SANGRADO SIN EVIDENCIA DE EDEMAS SIN EVIDENCIA DE DEFICIT NEUROLOGICO PARACLINICOPS LEUCOS 5270 HG 14 PLT 185 CREAT 0.8 ALBIMINA 2.9* K 3.27* PLAN. SERA HOSTPIALZIADO PARA REALIMENTACION Y ESTUDIOS DE LA DIARREA. EL RIESGO DE TVP RECURRENTE Y TEP ES BAJO POR TROMBOSIS DISTAL, DE TODAS MANERAS, TIENE RIESGO ADICIONAL POR

USO DE HAART Y COMORBILIDADES. REALIZAR ESTUDIOS ENDOSCOPICOS,
TOMA DE TIEMPOS DE ANTICOPAGULACIÓN Y REINICIAR ANTICOAGULACION
A LAS 12 HORAS DEL ESTUDIO CON ENOXAPARINA 60MG/12HORAS
CONTROL CON ACTIVIDAD ANTI XA POR CROMOGRENOS A LAS 72 HORAS
POR CAMBIOS EN EL PESO Y MAL NUTRICION (RIESGO DE DEF. VITAMINA K)
DR. FELIPE CAÑAS / FELLOW CARDIOLOGIA

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.01.2018

Hora Registro: 14:55:31

Responsable: CAÑAS ORDUZ, FELIPE

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

DIAGNÓSTICOS: CIRUGIA BARIATRICA 2013 CIRUGÍA BARIÁTRICA (REOP)

05/2017 - 06/2017 (#1) - 06/2017 (#2) BYPASS GASTRICO JUNIO 2017

INFECCION X HIV (2014) TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII

(12/12/2017) ALERGICOS: TMP/SULFA MOTIVO DE CONSULTA: diarrea y

malabsorción MEDICAMENTOS QUE RECIBE ACTUALMENTE: DOLUTEGRAVIR

TENOFOVIR EMTRICITABINE MULTIVITAMINAS VITAMINA B12 INDICACION

DE ANTICOAGULACION: TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII

(12/12/2017) MEDICAMENTO ANTICOAGULANTE: ENOXAPARINA EXAMEN

FISICO: PESO: 68 (ULTIMO CONTROL CLINICA DE ANTICOAGULACION 74KG

EN DIC/2017) PA: 120/70 FC: 70 SIN EVIDENCIA DE SANGRADO SIN

EVIDENCIA DE EDEMAS SIN EVIDENCIA DE DEFICIT NEUROLOGICO

PARACLINICOPS LEUCOS 5270 HG 14 PLT 185 CREAT 0.8 ALBIMINA 2.9* K

3.27* PLAN. SERA HOSPITALIZADO PARA REALIMENTACION Y ESTUDIOS DE

LA DIARREA. EL RIESGO DE TVP RECURRENTE Y TEP ES BAJO POR

TROMBOSIS DISTAL, DE TODAS MANERAS, TIENE RIESGO ADICIONAL POR

USO DE HAART Y COMORBILIDADES. REALIZAR ESTUDIOS ENDOSCOPICOS,

TOMA DE TIEMPOS DE ANTICOPAGULACIÓN Y REINICIAR ANTICOAGULACION

A LAS 12 HORAS DEL ESTUDIO CON ENOXAPARINA 60MG/12HORAS

CONTROL CON ACTIVIDAD ANTI XA POR CROMOGRENOS A LAS 72 HORAS

POR CAMBIOS EN EL PESO Y MAL NUTRICION (RIESGO DE DEF. VITAMINA K)

DR. FELIPE CAÑAS / FELLOW CARDIOLOGIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.01.2018

Hora Registro: 14:55:41

Responsable: CAÑAS ORDUZ, FELIPE

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

CLINICA DE ANTICOAGULACION DIAGNÓSTICOS: CIRUGIA BARIATRICA 2013
CIRUGÍA BARIÁTRICA (REOP) 05/2017 - 06/2017 (#1) - 06/2017 (#2) BYPASS
GASTRICO JUNIO 2017 INFECCION X HIV (2014) TROMBOSIS DE VENAS
GEMELARES EN MII (12/12/2017) ALERGICOS: TMP/SULFA MOTIVO DE
CONSULTA: diarrea y malabsorción MEDICAMENTOS QUE RECIBE
ACTUALMENTE: DOLUTEGRAVIR TENOFOVIR EMTRICITABINE
MULTIVITAMINAS VITAMINA B12 INDICACION DE ANTICOAGULACION:
TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII (12/12/2017) MEDICAMENTO
ANTICOAGULANTE: ENOXAPARINA EXAMEN FISICO: PESO: 68 (ULTIMO
CONTROL CLINICA DE ANTICOAGULACION 74KG EN DIC/2017) PA: 120/70
FC: 70 SIN EVIDENCIA DE SANGRADO SIN EVIDENCIA DE EDEMAS SIN
EVIDENCIA DE DEFICIT NEUROLOGICO PARACLINICOPS LEUCOS 5270 HG 14
PLT 185 CREAT 0.8 ALBIMINA 2.9* K 3.27* PLAN. SERA HOSTPIALZIADO
PARA REALIMENTACION Y ESTUDIOS DE LA DIARREA. EL RIESGO DE TVP
RECURRENTE Y TEP ES BAJO POR TROMBOSIS DISTAL, DE TODAS MANERAS,
TIENE RIESGO ADICIONAL POR USO DE HAART Y COMORBILIDADES.
REALIZAR ESTUDIOS ENDOSCOPICOS, TOMA DE TIEMPOS DE
ANTICOPAGULACIÓN Y REINICIAR ANTICOAGULACION A LAS 12 HORAS DEL
ESTUDIO CON ENOXAPARINA 60MG/12HORAS CONTROL CON ACTIVIDAD
ANTI XA POR CROMOGRENOS A LAS 72 HORAS POR CAMBIOS EN EL PESO Y
MAL NUTRICION (RIESGO DE DEF. VITAMINA K) DR. FELIPE CAÑAS / FELLOW
CARDIOLOGIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.01.2018

Hora Registro: 16:25:17

Responsable: MALDONADO GUTIERREZ, CATALINA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Gastroenterología Alexander Marín Larrahondo 41 años Médico Vive en Cali

Soltero Mascotas: 2 perros Resumen de atención: Paciente refiere cuadro de

aprox 3 meses de evolución de aumento en frecuencia y perdida de

consistencia en deposiciones amarillentas sin moco ni sangre, no oleosas,

además de pérdida de peso no justificada en total aprox 50Kg en 6 meses.

Adicionalmente refiere náuseas y ronquera intermitente, no otros síntomas.

Antecedentes personales: patológicos: HIV positivo (2014), SAHOS, TVP MII,

trastorno depresivo recurrente, en 2016.feb.04 suspension de efavirenz por

efecto neuropsiquiatrico. Alérgicos y reacciones adversas a medicamentos:

trimetoprim sulfa. Quirúrgicos: sleeve gástrico, revisión Bypass gástrico.

Farmacológicos: enoxaparina, tenofovir / emtricitabina, tab 300/200 mg, 1

tableta diaria, dolutegravir, tab 50 mg, 1 tableta diaria. Examen físico:

Delgado, sin signos de dificultad respiratoria, afebril, voz ronca con signos

vitales T: 35.8, FC: 63, Pas: 98 PAD: 66, PAm 76, Sat 99%, cardiopulmnar sin

alteración, abdomen con multiples cicatrices sanas, blando, depresible en el

momento sin dolor a la palpación, extremidades con telangiectasias en ambos

miembros inferiores y edema grado II. Orientado en 3 esferas no déficit

aparente. Reporte de paraclínicos de hoy Cr 0.8, ALT 81, AST 107, albumina

2.6, Na 143, K 3.2, cl 105, hemoglobina 14.5, hematocrito 43.6, plaquetas:

185.000, leucocitos: 5.230, neutrofilos: 2.620. Paraclínicos previos: vit b 12

1664, transferrina 134, crea 1, alt 50, ast 50, albumina 2.58, carga viral no

detectable. Diagnósticos: 1. Diarrea cronica a. Desnutrición crónica secundaria

2. POP sleeve gástrico 2014 3. POP revisión sleeve realización de anastomosis

gastroyeyuno a 70cm el 25.06.2017: Hallazgos de Síndrome adherencial

moderado estomago con torsion en tercio superior con remanente del fundus

adherido al bazo. 4. VIH (2014) carga viral 23.11.2017: No detectable 5.

SAHOS 6. TVP MII (12.12..2017) Análisis y plan: Paciente de 41 años de edad

con antecedente de HIV positivo en manejo antiretroviral y antecedente de

sleeve con necesidad de revisión dado aumento de peso con posterior

realización de anastomosis gastroyeyuno a 70cm, posterior a esto síndrome

diarreico y perdida de peso marcada, no esotorrea no sangrado, además TVP

anticoagulado con HBPM. En el momento con hipoalbuminemia severa, solicito

estudios endoscópicos con biopsias y estudios para infecciones oportunistas, además de coproanálisis, toma de CD4 y valoración por infectología, requiere inicio de repleción nutricional mixta. Tiene pendiente val por otorrinolaringología dado disfonía y ronquera y psiquiatría por antecedente de depresión. Dra. Catalina Maldonado, Medicina Interna-Gastroenterología Dra. Nathalia Salazar Falla, Residente Medicina Interna

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.01.2018

Hora Registro: 17:04:39

Responsable: GOMEZ MESA, JUAN ESTEBAN

Especialidad: CARDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CLINICA DE ANTICOAGULACION INTERCONSULTA DIAGNÓSTICOS: CIRUGIA BARIATRICA 2013 CIRUGÍA BARIÁTRICA (REOP) 05/2017 - 06/2017 (#1) -

06/2017 (#2) BYPASS GASTRICO JUNIO 2017 INFECCION X HIV (2014)

TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII (12/12/2017) ALERGICOS:

TMP/SULFA MOTIVO DE CONSULTA: diarrea y malabsorción MEDICAMENTOS

QUE RECIBE ACTUALMENTE: DOLUTEGRAVIR TENOFOVIR EMTRICITABINE

MULTIVITAMINAS VITAMINA B12 INDICACION DE ANTICOAGULACION:

TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII (12/12/2017) MEDICAMENTO

ANTICOAGULANTE: ENOXAPARINA EXAMEN FISICO: PESO: 68 (ULTIMO

CONTROL CLINICA DE ANTICOAGULACION 74KG EN DIC/2017) PA: 120/70

FC: 70 SIN EVIDENCIA DE SANGRADO SIN EVIDENCIA DE EDEMAS SIN

EVIDENCIA DE DEFICIT NEUROLOGICO PARACLINICOPS LEUCOS 5270 HG 14

PLT 185 CREAT 0.8 ALBIMINA 2.9* K 3.27* PLAN: SERA HOSTPIALZIADO

PARA REALIMENTACION Y ESTUDIOS DE LA DIARREA. EL RIESGO DE TVP

RECURRENTE Y TEP ES BAJO POR TROMBOSIS DISTAL, DE TODAS MANERAS,

TIENE RIESGO ADICIONAL POR USO DE HAART Y COMORBILIDADES.

REALIZAR ESTUDIOS ENDOSCOPICOS, TOMA DE TIEMPOS DE

ANTICOAGULACIÓN Y REINICIAR ANTICOAGULACION A LAS 12 HORAS DEL

ESTUDIO CON ENOXAPARINA 60MG/12HORAS CONTROL CON ACTIVIDAD

ANTI XA POR CROMOGRENOS A LAS 72 HORAS POR CAMBIOS EN EL PESO Y

MAL NUTRICION (RIESGO DE DEF. VITAMINA K) DR. FELIPE CAÑAS / FELLOW

CARDIOLOGIA

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.01.2018

Hora Registro: 09:19:02

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX: DESNUTRICION MODERADA DIARREA EN ESTUDIO HIV POSITIVO

ANTECEDENTE DE GASTRECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCOPICA

PACIENTE ESTABLE, TIENE PENDIENTE HOY ENDOSCOPIA PARA PASO DE Sonda enteral y colonoscopia se habla con gastroenterología quien indica que es importante la valoración por infecto con niveles de CD4, tiene una carga viral indetectable se explica que no es diarrea malabsortiva con las biopsias se descartar algún problema intrínseco del colon

Se carga IC con infectología, hoy luego de la endo colonoscopia inicio de la vía oral y net y se vigilará tolerancia en la noche reinicio de la anticoagulación

IC infectología dieta blanda y net en la tarde

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 12.01.2018

Hora Registro: 13:50:33

Responsable: OSCAR ANDRES ROJAS PAYAN

Especialidad: CIRUGIA GASTROINTESTINAL Y END - GRUPO CIRUGIA GASTROINT

Tipo de herida :

Descripción de la prestación :

INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA NASOYEUINAL

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

Información Clínica REMITE: Dr Oscar Rojas SEDACIÓN: Midazolam 3 mg + Propofol 130 mg + Monitoria de oximetría y frec + INDICACIÓN: ASA:III MÉDICO DE SEDACIÓN:Dra. Catalina Hurtado Previa explicación del procedimiento, riesgos, beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. Hallazgos ESÓFAGO: Paso fácil por el cricofaríngeo. Mucosa de aspecto normal en toda su extensión. Anastomosis esofago-yeyunal amplia y sin lesiones. Paso fácil a yeyuno. Se avanza lo más distal posible sin definir áreas de angulación o estenosis. Se deja SNY distal. LA mucosa del yeyuno evaluado es normal. BIOPSIAS: NO Diagnóstico ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO ANASTOMOSIS ESOFAGOYEUINAL AMPLIA Y SIN LESIONES. AVANCE DE SNY DISTAL. Posterior a valoración en recuperación se dan indicaciones de alimentación, signos de alarma sobre consultar a urgencias si presenta dolor, fiebre, vómito, sangrado digestivo o cualquier otro síntoma posterior al estudio endoscópico.

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.01.2018

Hora Registro: 14:11:47

Responsable: MALDONADO GUTIERREZ, CATALINA

Especialidad: GASTROENTEROLOGÍA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Gastroenterología. SE realizó EVDA y Colonoscopia sin hallazgos relevantes con toma de biopsias. En conversación con grupo tratante se considera componente relacionado también por ingesta fuera de recomendaciones dietarias, sin embargo se debe esperar reporte de biopsias, concepto de psiquiatría y resto de valoraciones. Por ahora se espera suplencia nutricional y se revalorará el lunes con reporte preliminar de biopsias.

.

.

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 12.01.2018

Hora Registro: 14:13:28

Responsable: OSCAR ANDRES ROJAS PAYAN

Especialidad: CIRUGIA GASTROINTESTINAL Y END - GRUPO CIRUGIA GASTROINT

Tipo de herida :

Descripcion de la prestación :

COLONOSCOPIA TOTAL

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

Información Clínica REMITE: Dr. Oscar Rojas SEDACIÓN: Propofol 100 mg + Monitoria de oximetria y frec INDICACIÓN: ASA:III MÉDICO DE SEDACIÓN:Dra. Catalina Hurtado Previa explicación del procedimiento, riesgos, beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. Hallazgos INSPECCION : Normal. ANOSCOPIA : Pequeños paquetes hemorroidales que no sobrepasan la linea dentada. TACTO RECTAL : esfinter hipotonico ENDOSCOPIA : Se llega hasta el ILEON terminal cuya mucosa es normal, se toman biopsias. En Ciego se identifica el orificio apendicular y la valvula ileocecal. La mucosa de los segmentos examinados de ciego, colon ascendente, transverso, descendente y sigmoide preserva su patron vascular normal, se toman biopsias. Recto normal. Retro: si, La preparación fue buena BBPS 8 (2-3-3) BIOPSIAS: SI Diagnostico ILEON TERMINAL NORMAL: ver biopsias. COLON NORMAL: ver biopsias. NOTA: estudio de diarrea cronica en pte VIH Posterior a valoración en recuperación se dan indicaciones de alimentación, signos de alarma sobre consultar a urgencias si presenta dolor, fiebre, vómito, sangrado digestivo o cualquier otro síntoma posterior al estudio endoscópico.

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.01.2018

Hora Registro: 17:07:50

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN
 Especialidad: PSIQUIATRIA
 Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA EDAD:41 AÑOS DIAGNÓSTICOS: CIRUGIA BARIATRICA 2013 CIRUGÍA BARIÁTRICA (REOP) 05/2017 - 06/2017 (#1) - 06/2017 (#2) BYPASS GASTRICO JUNIO 2017 INFECCION X HIV (2014) TROMBOSIS DE VENAS GEMELARES EN MII (12/12/2017) ALERGICOS: TMP/SULFA Paciente con antecedente de trastorno depresivo, que se manejo con fluvoxamina 100mg por un mes, con mala adherencia. Reporta que suspendio el medicamento hace 12 dias. En el momento niega tristeza, ansiedad, ideas de minusvalia, desesperanza, muerte o autoagresion. Nego anhedonia, refiere prospeccion e introspeccion respecto a sus patologias de base. No describe sintomas confusionales o psicoticos.

En cama, colaborador, eutimico, coherente, relevante, no delirios, sin ideas de minusvalia, desesperanza, no alucinaciones, alerta, orientada, juicio critico de realidad conservado.

En el momento niega sintomas depresivos o ansiosos. Considero acompañamiento por psicologia. Por el momento no requiere medicacion psiquiatrica.

1. Psicologia.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 12.01.2018
 Hora Registro: 19:02:22
 Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS
 Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA
 Tipo de Evolución: Evolución

Nutricion

Masculino, 41 años Desnutricion proteico calorica Dx medicos 1. Diarrea cronica a. Desnutrición crónica secundaria 2. POP sleeve gástrico 2014 3. POP revisión sleeve realización de anastomosisi gastroyeyuno a 70cm el 25.06.2017: Hallazgos de Sindrome adherencial moderado estomago con torsion en tercio superior con remanente del fundus adherido al bazo. 4. VIH (2014) carga viral 23.11.2017: No detectable 5. SAHOS 6. TVP MII

(12.12..2017) Antropometría talla 176 peso 68kg imc 22 kg/m² perdida acelerada de peso 10 kg ultimos 3m Requerimientos 30 kcal/kg y 1.0 gr prot/kg Signos fisicos Emaciado Bioquimica 12/01/2018 SODIO EN SUERO 147.00 POTASIO EN SUERO 3.52 MAGNESIO 2.02 FOSFORO 3.09 ALBUMINA 2.69 11/01/2018 RECuento DE GLOBULOS ROJOS 4.81 HEMATOCRITO 43.60 HEMOGLOBINA 14.50 27/11/2017 VITAMINA D 25 DIHIDROXI (D2 y D3 COLECALCIFEROL) 25.79 FERRITINA 680.70 ACIDO FOLICO (FOLATOS) EN SUERO 2.76 VITAMINA B12 II 1604.0 Dietetica Alergias - trasgresiones dieteticas aparentemente frecuentes

Adulto masculino con desnutricion proteico calorica severa en estudio, se documenta gasto fecal aumentado de patron acuoso y perdida ponderal exagerada en ultimos meses, su ingesta dietetica no es clara y hay trasgresiones dieteticas a aparentemente frecuentes, su perfil de micronutrientes y productos metabolicos asociados es normal y la hipoproteinemia apoya la naturaleza proteico calorica de su estado somatico, niega sintomatologia sugerente de dumping tardio o precoz y sx neurologicos relacionados a carencia de micronutrientes, pendiente reporte biopsia tomadas en colonoscopia realizada hoy sin hallazgos relevantes y valoración por infectología, se instaló sonda enteral para repleción, requiere profilaxis con tiamina (200 mg primer dia y 100mg por 7 dias posteriores, lo formula la Dra. Dorado) e inicio lento de formula libre de azucar y dieta fraccionada, se recomienda conciliar manejo hospitalario de enzimas pancreaticas que venia tomando en casa

Por sng glytrol a 30cc/h hasta nueva orden Profilaxis con tiamina, (200 mg primer dia y 100mg por 7 dias posteriores, lo formula la Dra. Dorado Via oral dieta bl hgl medias porciones sin refrigerio noche Seguimiento

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.01.2018

Hora Registro: 19:45:45

Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

Nutricion

Masculino, 41 años Desnutricion proteico calorica Dx medicos 1. Diarrea cronica a. Desnutrición crónica secundaria 2. POP sleeve gástrico 2014 3. POP

revisión sleeve realización de anastomosis gastroyeyuno a 70cm el 25.06.2017: Hallazgos de Síndrome adherencial moderado estómago con torsión en tercio superior con remanente del fundus adherido al bazo. 4. VIH (2014) carga viral 23.11.2017: No detectable 5. SAHOS 6. TVP MII (12.12..2017) Antropometría talla 176 peso 68kg imc 22 kg/m² pérdida acelerada de peso 10 kg últimos 3m Requerimientos 30 kcal/kg y 1.0 gr prot/kg Signos físicos Emaciado Bioquímica 12/01/2018 SODIO EN SUERO 147.00 POTASIO EN SUERO 3.52 MAGNESIO 2.02 FOSFORO 3.09 ALBUMINA 2.69 11/01/2018 RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS 4.81 HEMATOCRITO 43.60 HEMOGLOBINA 14.50 27/11/2017 VITAMINA D 25 DIHIDROXI (D2 y D3 COLECALCIFEROL) 25.79 FERRITINA 680.70 ACIDO FOLICO (FOLATOS) EN SUERO 2.76 VITAMINA B12 II 1604.0 Dietética Alergias - trasgresiones dietéticas aparentemente frecuentes

Adulto masculino con desnutrición proteico calórica severa en estudio, se documenta gasto fecal aumentado de patrón acuoso y pérdida ponderal exagerada en últimos meses, su ingesta dietética no es clara y hay trasgresiones dietéticas aparentemente frecuentes, su perfil de micronutrientes y productos metabólicos asociados es normal y la hipoproteïnemia apoya la naturaleza proteico calórica de su estado carencial, niega sintomatología sugerente de dumping tardío o precoz y sx neurológicos relacionados a carencia de micronutrientes, pendiente reporte biopsia tomadas en colonoscopia realizada hoy sin hallazgos relevantes y valoración por infectología, se instaló sonda enteral para repleción, requiere profilaxis con tiamina (200 mg primer día y 100mg por 7 días posteriores, lo formula la Dra. Dorado) e inicio lento de fórmula libre de azúcar y dieta oral fraccionada, se requiere conciliar manejo hospitalario de enzimas pancreáticas

Por sng glytrol a 30cc/h hasta nueva orden Profilaxis con tiamina, (200 mg primer día y 100mg por 7 días posteriores, lo formula la Dra. Dorado) Vía oral dieta bl hgl medias porciones sin refrigerio noche Seguimiento

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 12.01.2018

Hora Registro: 19:45:50

Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS

Nutrición Por sng glytrol a 30cc/h hasta nueva orden Profilaxis con tiamina, (200 mg primer día y 100mg por 7 días posteriores, lo formula la Dra. Evelyn Dorado) Vía oral dieta bl hgl medias porciones sin refrigerio noche Seguimiento

1. SUSPENDER LEV 2. TIAMINA ASI HOY 200 MG Y MAÑANA POR 7 DIAS DE 100 MG DIA 3. DIETA SIN GRASAS NO LACTEA ASTRINGENTE HIPOGLUCIDA

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.01.2018

Hora Registro: 10:21:56

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX DESNUTRICION MODERADA DIARREA CRONICA

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, INDICA TOLERAR BIEN LA DIETA Y SOLO 1 DEPOSICION LIQUIDA ANOCHE NET A 30 CC HORA TA 97/60 FC 63 ENDOSCOPIA OK Y COLONOSCOPIA SIN LESIONES TOMAN BIOPSIAS

PACIENTE QUE ESTA EN REPLECION NUTRICIONAL Y EN ESTUDIO DE DIARREA CRONICA, QUEDA PENDIENTE RESULTADO DE LAS PATOLOGIAS DE COLON POR ALTA SOSPECHA DE PROBLEMA DE VELLOSIDADES COLONICAS SE EXPLICA NUEVAMENTE AL PACIENTE Y MADRE SOBRE LAS CONTRAINDICACIONES DE DIETA PARA EVITAR SINTOMAS ADVERSOS

1. SUSPENDO LEV 2. TIAMINA 200 MG HOY Y 100 MG IM DIARIO DESDE MAÑANA POR 7 DIAS 3. P IC CON INFECTOLOGIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.01.2018

Hora Registro: 17:38:17

Responsable: ROSSO SUAREZ, FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA 13.01.2018 Alexander Marín Larrahondo 41 años Médico Vive en Cali Soltero Mascotas: 2 perros DIAGNOSTICOS: 1. Diarrea crónica. - Sospecha de diarrea malabsortiva. - DNT proteicocalorica por diarrea cronica. 2. POP sleeve gástrico 2014 - POP revisión sleeve realización de anastomosisi gastroyeyuno a 70cm el 25.06.2017: Hallazgos de Síndrome adherencial moderado estomago con torsion en tercio superior con remanente del fundus adherido al bazo. 3. AP: TVP MII 12.12.17 4. AP: SAHOS – INFECCION POR VIH DX 2014 carga viral 23.11.2017: No detectable ANTECEDENTES:

patologicos: HIV positivo (2014), SAHOS, TVP MII, trastorno depresivo recurrente, en 2016.feb.04 suspension de efavirenz por efecto neuropsiquiatrico. Alérgicos y reacciones adversas a medicamentos: trimetoprim sulfa. Quirúrgicos: sleeve gástrico, revisión Bypass gástrico. Farmacológicos: enoxaparina, tenofovir / emtricitabina, tab 300/200 mg, 1 tableta diaria, dolutegravir, tab 50 mg, 1 tableta diaria. Paciente refiere sentirse mejor, solamente con 1 deposicion diarreica anoche, sin picos febriles, sin dificultad respiratoria, familiar no refiere cambios comportamentales. Sin otros síntomas. Al momento en aceptables condiciones genreales, consciente, orientado, afebril, sin dificultad respiratoria, sin inestabilidad hemodinámica, con signos vitales de: T: 36.3°C FC 63/lpm FR 19/rpm TA 97/60/72mmHg SPO2 98%; cardiopulmnar sin alteración, abdomen con multiples cicatrices sanas, blando, depresible en el momento sin dolor a la palpación, extremidades con telangiectasias en ambos miembros inferiores y edema grado II. Orientado en 3 esferas no déficit aparente. PARACLINICOS: 12.01.18: sodio 147 potasio 3.52 11.01.18: hb 14.5 hto 43.6 plaquetas 185000 leucos 5270 neut 2620 linf 2190 creatinina 0.8 alt 81 ast 107 albumina 2.69 ANALISIS: Paciente masculino de 41 años de edad con antecedente de HIV positivo en manejo antiretroviral diagnosticado en 2014 en manejo con tenofovir/emtricitabina + dolutegravir con ultima carga viral de 23.11.17 negativa; refiere cuadro de 3 meses de deposiciones diarreicas sin moco o sangre, sin picos febriles, sin dificultad respiratoria; ya se solicita colonoscopia la cual es de aspecto normal, tiene pendiente reporte de biopsia, se solicitara carga viral y recuento de CD4 para determinar estado actual de la infección y posibilidad de infección por oportunistas; estaremos atentos a reporte de estos estudios y biopsia para determinar conducta, se expilca a paciente y familiar. Dr. Fernando Rosso Internista / Infectologo Camilo Romo Escorcia Residente Medicina Interna.

*

*

*

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 14.01.2018

Hora Registro: 11:52:39

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. IGUAL 2. SUBIR NET A40 CC HORA

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.01.2018

Hora Registro: 11:57:46

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX DESNUTRICION MODERADA HIV DIARREA EN RESOLUCION

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, TOLERANDO BIEN LA DIETA SIN DIARREA CON NET 30 CC HORA SE RECOMIENDA AUMENTAR 10 CC MAS HORA DE MEJOR ASPECTO GENERAL

IGUAL MANEJO SE RECOMIENDA A NUTRICION AUMENTO DE NET

AUMENTO DE NET

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.01.2018

Hora Registro: 17:26:41

Responsable: ROSSO SUAREZ, FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA 14.01.2018 Alexander Marín Larrahondo 41 años Médico Vive en Cali DIAGNOSTICOS: 1. Diarrea crónica. - Sospecha de diarrea malabsortiva. - DNT proteicocalorica por diarrea cronica. 2. POP sleeve gástrico 2014 - POP revisión sleeve realización de anastomosis gastroyeyuno a 70cm el 25.06.2017: Hallazgos de Síndrome adherencial moderado estomago con torsion en tercio superior con remanente del fundus adherido al bazo. 3. AP: TVP MII 12.12.17 4. AP: SAHOS 5. INFECCION POR VIH DX 2014 carga viral 23.11.2017: No detectable // Carga Viral 14.01.2017: no detectable. ANTECEDENTES: patologicos: HIV positivo (2014), SAHOS, TVP MII, trastorno depresivo recurrente, en 2016.feb.04 suspension de efavirenz por efecto neuropsiquiatrico. Alérgicos y reacciones adversas a medicamentos: trimetoprim sulfa. Quirúrgicos: sleeve gástrico, revisión Bypass gástrico. Farmacológicos: enoxaparina, tenofovir / emtricitabina, tab 300/200 mg, 1 tableta diaria, dolutegravir, tab 50 mg, 1 tableta diaria. Paciente en compañía de familiares en habitación, comenta que se siente bien, no ha cursado con fiebre, tolera vía oral y sonda nasogástrica, indica que las deposiciones han

mejorado en consistencia, en las últimas 24 horas ha presentado 2, la segunda de consistencia solida, no refiere cambios comportamentales, niega otros sintomas. Al momento en aceptables condiciones genreales, consciente, orientado, afebril, sin dificultad respiratoria, sin inestabilidad hemodinámica, con signos vitales de: T: 36.4°C FC 76/lpm FR 21/rpm TA 100/61/74mmHg SPO2 99%; cardiopulmнар sin alteración, abdomen con multiples cicatrices sanas, blando, depresible en el momento sin dolor a la palpación, extremidades con telangiectasias en ambos miembros inferiores y edema grado II. Orientado en 3 esferas no déficit aparente. PARACLINICOS: 14.01.18: Linfocitos T en proceso. Carga viral indetectable. 12.01.18: sodio 147 potasio 3.52 11.01.18: hb 14.5 hto 43.6 plaquetas 185000 leucos 5270 neut 2620 linf 2190 creatinina 0.8 alt 81 ast 107 albumina 2.69 ANÁLISIS: Paciente masculino de 41 años de edad con antecedente de HIV positivo en manejo antiretroviral diagnosticado en 2014 en manejo con tenofovir/emtricitabina + dolutegravir. Se solicito carga viral la cual se reporta para el día de hoy como indetectable, tiene una previa del 23.11.17 también negativa. Se encuentra hospitalizado en relación a diarrea crónica de difícil manejo, por lo que fue llevado a conoloscopia y EVDA donde no encuentran hallazgos patológicos relevantes, toman biopsias, pendiente su resultado. El conteo de linfocitos se encuentra en proceso. Clínicamente comenta que para hoy las deposiciones ya son formadas y sólidas. Estaremos atentos a reporte de estos estudios y biopsia para determinar conducta, se expilca a paciente y familiar. Dr. Fernando Rosso Internista / Infectologo David Alejandro Pantoja Médico Interno - U. Icesi.

*

*

*

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 15.01.2018

Hora Registro: 09:38:51

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. HOY BAJAR A TERAPIA CON FONOAUDIOLOGIA 1 PM Y MAÑANA 2. PENDIENTE CONFIRMAR CITA CON NUTRICION 3. RESTO IGUAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.01.2018

Hora Registro: 09:42:35

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX DESNUTRICION EN MANEJO DIARREA RESUELTA DEPRESION T
DEGLUCION EN MANEJO

PACIENTE ESTABLE DE BUEN ASPECTO TOLERANDO LA DIETA BLANDA Y LA
NET NO DIARREA HECES BLANDAS PENDIENTE RESULTADO DE LAS BIOPSIAS
DE COLON

PACIENTE QUE CON LA DIETA ADECUADA NO HA VUELTO A PRESENTAR
DIARREA, TIENE HOY TERAPIA CON FONOAUDIOLOGIA POR T DEGLUCION Y
TIENE PENDIENTE QUE LE ASIGNE NUTRICION CX BARIATRICA CITA ENTRE
HOY Y MAÑANA SE HABLA CON NUTRICIONISTA DEL PISO Y SE ESPERA
COMPLETAR 5 DIAS DE NUTRICION ENTERAL PARA EL ALTA

HOY TERAPIA DE DEGLUCION 1 PM PENDIENTE CITA CON NUTRICION CX
BARIATRICA

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 15.01.2018

Hora Registro: 15:36:22

Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

Nutricion

Masculino, 41 años Desnutricion proteico calorica Dx medicos 1. Diarrea
cronica a. Desnutrición crónica secundaria 2. POP sleeve gástrico 2014 3. POP
revisión sleeve realización de anastomosis gastroyeyuno a 70cm el
25.06.2017: Hallazgos de Síndrome adherencial moderado estomago con
torsion en tercio superior con remanente del fundus adherido al bazo. 4. VIH
(2014) carga viral 23.11.2017: No detectable 5. SAHOS 6. TVP MII
(12.12..2017) Antropometría talla 176 peso 68kg imc 22 kg/m2 perdida
acelerada de peso 10 kg ultimos 3m Requerimientos 30 kcal/kg y 1.0 gr
prot/kg Signos fisicos Emaciado Bioquimica 12/01/2018 SODIO EN SUERO
147.00 POTASIO EN SUERO 3.52 MAGNESIO 2.02 FOSFORO 3.09 ALBUMINA

2.69 11/01/2018 RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS 4.81 HEMATOCRITO 43.60 HEMOGLOBINA 14.50 27/11/2017 VITAMINA D 25 DIHIDROXI (D2 y D3 COLECALCIFEROL) 25.79 FERRITINA 680.70 ACIDO FOLICO (FOLATOS) EN SUERO 2.76 VITAMINA B12 II 1604.0 Dietetica Alergias - trasgresiones dieteticas aparentemente frecuentes

Adulto masculino con desnutricion proteico calorica severa en estudio, se instaló sonda enteral para repleción el viernes 12 y la respuesta es satisfactoria al dia de hoy, informa mejoría significativa en el patron defecatorio y la ingesta oral es bien tolerada, requiere completar profilaxis de tiamina e igual dosis nutricional

Por sng glytrol a 30cc/h hasta nueva orden Profilaxis con tiamina, (200 mg primer dia y 100mg por 7 dias posteriores, lo formula la Dra. Dorado Via oral dieta bl hgl medias porciones sin refrigerio noche Seguimiento

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.01.2018

Hora Registro: 15:37:38

Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

Nutricion

Masculino, 41 años Desnutricion proteico calorica Dx medicos 1. Diarrea cronica a. Desnutrición crónica secundaria 2. POP sleeve gástrico 2014 3. POP revisión sleeve realización de anastomosis gastroyeyuno a 70cm el 25.06.2017: Hallazgos de Síndrome adherencial moderado estomago con torsion en tercio superior con remanente del fundus adherido al bazo. 4. VIH (2014) carga viral 23.11.2017: No detectable 5. SAHOS 6. TVP MII (12.12..2017) Antropometría talla 176 peso 68kg imc 22 kg/m2 perdida acelerada de peso 10 kg ultimos 3m Requerimientos 30 kcal/kg y 1.0 gr prot/kg Signos fisicos Emaciado Bioquimica 12/01/2018 SODIO EN SUERO 147.00 POTASIO EN SUERO 3.52 MAGNESIO 2.02 FOSFORO 3.09 ALBUMINA 2.69 11/01/2018 RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS 4.81 HEMATOCRITO 43.60 HEMOGLOBINA 14.50 27/11/2017 VITAMINA D 25 DIHIDROXI (D2 y D3 COLECALCIFEROL) 25.79 FERRITINA 680.70 ACIDO FOLICO (FOLATOS) EN SUERO 2.76 VITAMINA B12 II 1604.0 Dietetica Alergias - trasgresiones dieteticas aparentemente frecuentes

Adulto masculino con desnutricion proteico calorica severa en estudio, se instaló sonda enteral para repleción el viernes 12 y la respuesta es satisfactoria al dia de hoy, informa mejoría significativa en el patron defecatorio y la ingesta oral es bien tolerada, requiere completar profilaxis de tiamina e igual dosis nutricional

Por sng glytrol a 30cc/h hasta nueva orden Profilaxis con tiamina, (200 mg primer dia y 100mg por 7 dias posteriores, lo formula la Dra. Dorado Via oral dieta bl hgl medias porciones sin refrigerio noche Seguimiento

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.01.2018

Hora Registro: 16:33:16

Responsable: SILVA TREJOS, PAULO CESAR

Especialidad: PSICOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

PSICOLOGIA CLINICA. Se responde IC solicitada por medico tratante Paciente acompañado por la madre al momento de la intervención.

Encuentro paciente alerta, orientado, afecto modulado, con pensamiento organizado y coherente, no ideas de muerte ni de autoagresión o heteroagresion.

Paciente de 41 años de edad, residente en Cali, sin hijos, soltero, labora como medico. Diagnostico: - DESNUTRICION EN MANEJO DIARREA RESUELTA DEPRESION T DEGLUCION EN MANEJO Observo paciente en cama, acompañado por la madre, colaborador, se realiza intervención a solas, manifiesta preocupación en relación a la estancia hospitalaria y salud actual, refiere factores psicosociales que pueden alterar el proceso de cuidado, los cuales reconoce como una suma a su situación actual, se permite validar emociones y se brindan estrategias para el auto cuidado. Se brinda apoyo. Se realiza intervención de apoyo y soporte.

Seguimiento por psicología

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 16.01.2018

Hora Registro: 08:41:56

Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS

Nutricion Por sng glytrol a 30cc/h Via oral dieta bl hgl para EDA sin refrigerio noche

Nutricion Por sng glytrol a 40cc/h Via oral dieta bl hgl para EDA medias porciones. Utilizar yogur finess y carnes de sbl.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 16.01.2018

Hora Registro: 09:32:22

Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

Nutricion

Masculino, 41 años Desnutricion proteico calorica Dx medicos 1. Diarrea cronica a. Desnutrición crónica secundaria 2. POP sleeve gástrico 2014 3. POP revisión sleeve realización de anastomosis gastroyeyuno a 70cm el 25.06.2017: Hallazgos de Síndrome adherencial moderado estomago con torsion en tercio superior con remanente del fundus adherido al bazo. 4. VIH (2014) carga viral 23.11.2017: No detectable 5. SAHOS 6. TVP MII (12.12..2017) Antropometría talla 176 peso 65kg imc 21 kg/m2 perdida acelerada de peso 10 kg ultimos 3m Requerimientos 30 kcal/kg y 1.0 gr prot/kg Signos fisicos Emaciado, edema en MMII Bioquimica 12/01/2018 SODIO EN SUERO 147.00 POTASIO EN SUERO 3.52 MAGNESIO 2.02 FOSFORO 3.09 ALBUMINA 2.69 11/01/2018 RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS 4.81 HEMATOCRITO 43.60 HEMOGLOBINA 14.50 27/11/2017 VITAMINA D 25 DIHIDROXI (D2 y D3 COLECALCIFEROL) 25.79 FERRITINA 680.70 ACIDO FOLICO (FOLATOS) EN SUERO 2.76 VITAMINA B12 II 1604.0 Dietetica Alergias - trasgresiones dieteticas aparentemente frecuentes

Adulto masculino con desnutricion proteico calorica severa en estudio, se instaló sonda enteral para repleción el viernes 12 y la respuesta se mantiene satisfactoria, se aumenta aporte nutricional a expensas de la ingesta oral para alcanzar la meta calorica estimada y se introduce lacteos libre de lactosa para evaluar tolerancia y favorecer vellosidad intestinal, la sonda le limita consumo de algunos solidos, se ajusta manejo dietario.

Por sng glytrol a 40cc/h Via oral dieta bl hgl para EDA medias porciones.

Utilizar yogur fitness y carnes de sbl. No guayaba.

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.01.2018

Hora Registro: 09:52:09

Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

Nutricion

Masculino, 41 años Desnutricion proteico calorica Dx medicos 1. Diarrea cronica a. Desnutrición crónica secundaria 2. POP sleeve gástrico 2014 3. POP revisión sleeve realización de anastomosis gastroyeyuno a 70cm el 25.06.2017: Hallazgos de Síndrome adherencial moderado estomago con torsion en tercio superior con remanente del fundus adherido al bazo. 4. VIH (2014) carga viral 23.11.2017: No detectable 5. SAHOS 6. TVP MII (12.12..2017) Antropometría talla 176 peso 68kg imc 22 kg/m2 perdida acelerada de peso 10 kg ultimos 3m Requerimientos 30 kcal/kg y 1.0 gr prot/kg Signos fisicos Emaciado Bioquimica 12/01/2018 SODIO EN SUERO 147.00 POTASIO EN SUERO 3.52 MAGNESIO 2.02 FOSFORO 3.09 ALBUMINA 2.69 11/01/2018 RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS 4.81 HEMATOCRITO 43.60 HEMOGLOBINA 14.50 27/11/2017 VITAMINA D 25 DIHIDROXI (D2 y D3 COLECALCIFEROL) 25.79 FERRITINA 680.70 ACIDO FOLICO (FOLATOS) EN SUERO 2.76 VITAMINA B12 II 1604.0 Dietetica Alergias - trasgresiones dieteticas aparentemente frecuentes

Adulto masculino con desnutricion proteico calorica severa en estudio, se instaló sonda enteral para repleción el viernes 12 y la respuesta se mantiene satisfactoria con el manejo dietario, esto apoya la influencia de la poca adherencia a las recomendaciones sobre el cuadro clinico que motivó su ingreso y el paciente lo reconoce espontaneamente, se aumenta aporte nutricional a expensas de la ingesta oral para alcanzar la meta calorica estimada y se introduce lacteos libre de lactosa para evaluar tolerancia y favorecer vellosidad intestinal, la sonda limita consumo de algunos solidos y se ajusta manejo dietario, registra disminucción de peso razonablemente explicado por la corrección en los trastornos de fluidos que acompaña a la repleción nutricional y es un indicador positivo de respuesta al tratamiento.

Por sng glytrol a 40cc/h Via oral dieta bl hgl medias porciones. Utilizar yogur

finesse y carnes de sbl.No gauayaba

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.01.2018

Hora Registro: 12:24:10

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX ANOTADOS

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES TOLERANDO DIETA SIN DIARREA
CON PATOLGOIA NORMAL SOLO CRIPTITIS

SE HABLA CON GASTROENTEROLOGIA Y ESTA DEACUERDO CON EL MANEJO
POPSIBLE ALTA MAÑANA

IGUAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.01.2018

Hora Registro: 14:39:35

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874

Edad : 41 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2018.Ene.16 Edad: 41 Años

DIAGNOSTICOS: 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11

2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR

EFFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR +

TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO

GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS

TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18

FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG

NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV +

TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM

2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA

HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA

BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2017.Ene.23 - LINFOCITOS T CD4: 0 % -

493 Células / ml 2017.Ene.23 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente

quien evalué el 04.12.2017 quien tiene un diagnóstico de una infección

avanzada por VIH con recuentos de CD4 de 584, carga viral del VIH indetectable copias/mL para el 23.11.2013 en manejo con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina; 2. Efectos neuropsiquiátricos por el efavirenz 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP 7. Hipoalbuminemia. El paciente viene presentando pérdida de peso, diarrea importante, y trastorno de la alimentación, razón por la que es hospitalizado el 11.01.2017 por la Dra. Dorado. En el momento estable, afebril, sin fiebre, no ha presentado nuevos episodios diarreicos. Tiene analíticas unos leucocitos 5270, hgb 14.5, Plaquetas 185.000, albumina 2.69 g/dL, Tiene unos recuentos de CD4 en 702 Cel/mm³, Carga viral del VIH indetectable. Análisis y plan: paciente con un adecuado control inmunológico y virológico quien preocupa la absorción de fármacos antirretrovirales que pueda condicionar el fracaso virológico en el momento se mantendrá una vigilancia estricta a través de la consulta externa, no hay evidencia de un proceso infeccioso activo. Se cierra seguimiento y reevaluar a través de la consulta, tiene receta de medicamentos. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

*

*

*

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 17.01.2018

Hora Registro: 10:04:22

Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

Nutricion

Masculino, 41 años Desnutricion proteico calorica Dx medicos 1. Diarrea cronica a. Desnutrición crónica secundaria 2. POP sleeve gástrico 2014 3. POP revisión sleeve realización de anastomosis gastroyeyuno a 70cm el 25.06.2017: Hallazgos de Síndrome adherencial moderado estomago con torsion en tercio superior con remanente del fundus adherido al bazo. 4. VIH

(2014) carga viral 23.11.2017: No detectable 5. SAHOS 6. TVP MII (12.12..2017) Antropometría talla 176 peso 65kg imc 21 kg/m2 perdida acelerada de peso 10 kg ultimos 3m Requerimientos 30 kcal/kg y 1.0 gr prot/kg Signos fisicos Emaciado, edema en MMII Bioquimica 12/01/2018 SODIO EN SUERO 147.00 POTASIO EN SUERO 3.52 MAGNESIO 2.02 FOSFORO 3.09 ALBUMINA 2.69 11/01/2018 RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS 4.81 HEMATOCRITO 43.60 HEMOGLOBINA 14.50 27/11/2017 VITAMINA D 25 DIHIDROXI (D2 y D3 COLECALCIFEROL) 25.79 FERRITINA 680.70 ACIDO FOLICO (FOLATOS) EN SUERO 2.76 VITAMINA B12 II 1604.0 Dietetica Alergias - trasgresiones dieteticas aparentemente frecuentes

Adulto masculino con desnutricion proteico calorica severa en estudio, se instaló sonda enteral para repleción el viernes 12 y la respuesta se mantiene satisfactoria, toleró aumento en aporte nutricional a expensas de la ingesta oral y la reintroducción de lacteos libre de lactosa, hoy completa los 5 dias de nutrición enteral propuestos, procede retirar sng al egreso y continuar manejo ambulatorio interdisciplinario

Por sng glytrol a 40cc/h Via oral dieta bl hgl para EDA medias porciones. Utilizar yogur fitness y carnes de sbl. No guayaba. Retirar SNG al egreso

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.01.2018

Hora Registro: 10:05:33

Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

Nutricion

Masculino, 41 años Desnutricion proteico calorica Dx medicos 1. Diarrea cronica a. Desnutrición crónica secundaria 2. POP sleeve gástrico 2014 3. POP revisión sleeve realización de anastomosis gastroyeyuno a 70cm el 25.06.2017: Hallazgos de Síndrome adherencial moderado estomago con torsion en tercio superior con remanente del fundus adherido al bazo. 4. VIH (2014) carga viral 23.11.2017: No detectable 5. SAHOS 6. TVP MII (12.12..2017) Antropometría talla 176 peso 68kg imc 22 kg/m2 perdida acelerada de peso 10 kg ultimos 3m Requerimientos 30 kcal/kg y 1.0 gr prot/kg Signos fisicos Emaciado Bioquimica 12/01/2018 SODIO EN SUERO 147.00 POTASIO EN SUERO 3.52 MAGNESIO 2.02 FOSFORO 3.09 ALBUMINA

2.69 11/01/2018 RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS 4.81 HEMATOCRITO 43.60 HEMOGLOBINA 14.50 27/11/2017 VITAMINA D 25 DIHIDROXI (D2 y D3 COLECALCIFEROL) 25.79 FERRITINA 680.70 ACIDO FOLICO (FOLATOS) EN SUERO 2.76 VITAMINA B12 II 1604.0 Dietetica Alergias - trasgresiones dieteticas aparentemente frecuentes

Adulto masculino con desnutricion proteico calorica severa en estudio, se instaló sonda enteral para repleción el viernes 12 y la respuesta se mantiene satisfactoria, toleró aumento en aporte nutricional a expensas de la ingesta oral y la reintroducción de lacteos libre de lactosa, hoy completa los 5 dias de nutrición enteral propuestos, procede retirar sng al egreso y continuar manejo ambulatorio interdisciplinario

Por sng glytrol a 40cc/h Via oral dieta bl hgl medias porciones. Utilizar yogur finesse y carnes de sbl.No gauayaba Retirar sng al egreso

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 17.01.2018

Hora Registro: 11:51:04

Responsable: ROJAS PAYAN, OSCAR ANDRES

Especialidad: CIRUGIA GASTROINTESTINAL Y END - GRUPO CIRUGIA GASTROINT

Tipo de herida :

Descripción de la prestación :

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EGD CON BIOPS

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

Información Clinica REMITE: Dr. Oscar Rojas SEDACIÓN: Propofol 100 mg + Monitoria de oximetria y frec INDICACIÓN: ASA:III MÉDICO DE SEDACIÓN:Dra. Catalina Hurtado Previa explicación del procedimiento, riesgos, beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. Hallazgos INSPECCION : Normal. ANOSCOPIA : Pequeños paquetes hemorroidales que no sobrepasan la linea dentada. TACTO RECTAL : esfinter hipotonico ENDOSCOPIA : Se llega hasta el ILEON terminal cuya mucosa es normal, se toman biopsias. En Ciego se identifica el orificio apendicular y la valvula ileocecal. La mucosa de los segmentos examinados de ciego, colon

ascendente, transverso, descendente y sigmoide preserva su patron vascular normal, se toman biopsias. Recto normal. Retro: si, La preparación fue buena BBPS 8 (2-3-3) BIOPSIAS: SI Diagnostico ILEON TERMINAL NORMAL: ver biopsias. COLON NORMAL: ver biopsias. NOTA: estudio de diarrea cronica en pte VIH Posterior a valoración en recuperación se dan indicaciones de alimentación, signos de alarma sobre consultar a urgencias si presenta dolor, fiebre, vómito, sangrado digestivo o cualquier otro síntoma posterior al estudio endoscópico.

Complicaciones :

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 17.01.2018

Hora Registro: 12:51:31

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

ALTA

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.01.2018

Hora Registro: 12:59:52

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX DESNUTRICION EN MANEJO ANTC BYPASS GASTRICO TVP ANTECEDETNE

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES TOLERANDO LA DIETA BLANDA, CON NET EN DESTETE YA NUTRICION DIO INDICACIONES DE DIETA HOY CITA CON GASTROENTEROLOGIA CITA CON INFECTO LA PROXIMA SEMANA

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES SE DECIDE DAR DE ALTA CON CITAS POR INFECTOLOGIA NUTRICION PSIQUIATRIA REUMATOLOGIA

ALTA CON RECOMENDACIONES CITAS POR CONSULTA EXTERNA
INCAPACIDAD DE 30 DIAS

Alta Médica

Fecha Registro: 17.01.2018

Hora Registro: 13:00:35

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID
 Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -
 MEDIC

Tipo Alta

Mejoría

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

NO

Recomendaciones

ALTA CON RECOMENDACIONES CITAS POR CONSULTA EXTERNA
 INCAPACIDAD DE 30 DIAS

Diagnóstico Alta

E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5028838

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
11.01.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	FELIPE CAÑAS ORDUZ
11.01.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	FELIPE CAÑAS ORDUZ
11.01.2018	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Gastroenterologia	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
11.01.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Clinica Anticoagulación	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
11.01.2018	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
11.01.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE

				TEJADA VERGARA
11.01.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
11.01.2018	903813	CLORO	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
11.01.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
11.01.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
11.01.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
11.01.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
11.01.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
11.01.2018	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UE Urgencias C. prioritaria	JHONATTAN SANTACRUZ CERON
12.01.2018	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Siquiatria	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
12.01.2018	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	UT Patologia	EMIRO FERNANDO HERRERA LARA
12.01.2018	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	UT Patologia	EMIRO FERNANDO

				HERRERA LARA
12.01.2018	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	DAVID ALEJANDRO VILLAFÑE SARMIENTO
12.01.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	KATHERINE CAÑAS RUIZ
12.01.2018	898203	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	UT Patologia	EMIRO FERNANDO HERRERA LARA
12.01.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	KATHERINE CAÑAS RUIZ
12.01.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	KATHERINE CAÑAS RUIZ
12.01.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	DIANA MARCELA PAREDES MARIN
12.01.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	DIANA MARCELA PAREDES MARIN
12.01.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	DIANA MARCELA PAREDES MARIN
12.01.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	DIANA MARCELA PAREDES MARIN
13.01.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	YULI MARCELA MONSALVE PUERTA
13.01.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	YULI MARCELA MONSALVE PUERTA
13.01.2018	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Infectologia	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN

13.01.2018	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Infectologia	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
14.01.2018	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	CAMILO DE JESUS ROMO ESCORCIA
14.01.2018	908832	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL	UT Microbiologia	CAMILO DE JESUS ROMO ESCORCIA
15.01.2018	902026	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACION [ANTIFACTOR XA]	UT Hematologia	MARIA MANUELA ESTRADA MESA
15.01.2018	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	UT Sicologia	MARIA MANUELA ESTRADA MESA
15.01.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	FRANK JESUS CARRERA GIL
15.01.2018	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	UT Sicologia	ERWIN FABIAN LASSO CHAVEZ
16.01.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	FRANK JESUS CARRERA GIL
17.01.2018	960801	INSERCIÓN ENDOSCOPICA DE Sonda NASOYEYUN AL	UT Endo Digestivas	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
17.01.2018	451600	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA SOD	UT Endo Digestivas	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
17.01.2018	452301	COLONOSCOPIA TOTAL	UT Endo Digestivas	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
17.01.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	FRANK JESUS CARRERA GIL

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 5028838

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsabl

11.01.2018	11:00	SOLUCION SALINA BOL 500ML 0,90%	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
11.01.2018	18:08	POLIETILENGLICOL 59 G SOB	236.00	G	VIA ORAL	DOUNICA	ANGIE GISELLE OTALVARO PECHENE
11.01.2018	19:00	ENOXAPARINA 80 MG JG	70.00	MG	SUBCUTANEA	C/12H	ANDRES FELIPE TEJADA VERGARA
12.01.2018	14:21	MIDAZOLAM JERINGA PRELLENA 1MG/ML X 3ML	3.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	CATALINA MARÍA HURTADO FRANCO
12.01.2018	14:21	PROPOFOL 10MG/ML VIAL 20ML	190.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	CATALINA MARÍA HURTADO FRANCO
12.01.2018	19:00	ENOXAPARINA 60 MG JG	60.00	MG	SUBCUTANEA	C/12H	MARIA MANUELA ESTRADA MESA
12.01.2018	22:00	FORMULA POLIMERICA LA 250ML (GLYTROL)	250.00	ML	NASOGASTR	C/8 D1-3	FRANK JESUS CARRERA GIL
12.01.2018	22:00	FORMULA POLIMERICA LA 250ML (GLYTROL)	250.00	ML	NASOGASTR	C/8 D1-3	FRANK JESUS CARRERA GIL
12.01.2018	22:00	FORMULA POLIMERICA LA 250ML (GLYTROL)	250.00	ML	NASOGASTR	C/8 D1-3	FRANK JESUS CARRERA GIL
13.01.2018	15:00	TIAMINA+ (PIRIDOXINA) +100mg amp 2 mL	200.00	MG	INTRAMUSCU	C/24H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
14.01.2018	11:00	TIAMINA+ (PIRIDOXINA) +100mg amp 2 mL	100.00	MG	INTRAMUSCU	C/24H	WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
15.01.2018	20:00	FORMULA POLIMERICA LA 250ML (GLYTROL)	250.00	ML	NASOGASTR	C/8 D1-3	FRANK JESUS CARRERA GIL

15.01.2018	20:00	FORMULA POLIMERICA LA 250ML (GLYTROL)	250.00	ML	NASOGASTR	C/8 D1-3	FRANK JESUS CARRERA GIL
15.01.2018	20:00	FORMULA POLIMERICA LA 250ML (GLYTROL)	250.00	ML	NASOGASTR	C/8 D1-3	FRANK JESUS CARRERA GIL

Epicrisis

Fecha Registro: 11.01.2018

Hora Registro: 09:58:43

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO

Historia Clínica : 0000527134

Episodio: 0005028838

Documento de identificación : .CC .7702874

Edad : 41Años

Sexo: M

Entidad: SERVICIO OCCID. DE SALUD

Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias C. prioritaria

Fecha ingreso: 11.01.2018

Hora ingreso: 09:16:40

Medico Tratante : DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso:

E440 .DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

Diagnósticos de egreso:

E440 .DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

Causa de admisión y enfermedad actual:

PACIENTE CONOCIDO CON ANTECEDENTE DE REVISION DE SLEEVE A
RECONSTRUCCION EN Y ROUX CON POUCH PEQUEÑO QUE INGRESA CON
DESNUTRICION

LEVE,DIARREA, SE HACE REPLECION NUTRICIONAL MEJORANDO LAS
DIARREAS SE

DEJA CON MANEJO PARA REPLECION NUTRICIONAL

Servicio a Remitir:
LAPAROSCOPIA

Recomendaciones manejo ambulatorio:
DIETA SEGUN NUTRICION EVITAR DULCES FRITOS
CITAS DE CONTROL CON ESPECIALIDADES
INCAPACIDAD POR 30 DIAS

Limitaciones Vida Diaria:
LO REFERIDO EN LA DIETA

Signos de Alarma:
FIEBRE > 38 GRADOS VOMITO DIARREA > 5 EPISODIOS POR DIA

Atentamente,

DR. EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
CIRUGIA GENERAL
CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA
ID: 0066928417
REG: 7621132000

Fecha de egreso: 17.01.2018
Hora de egreso: 16:20:00
Servicio de Egreso: . . . UE T1 P8 hospitalizacion

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:

Dosis	Unid.	Via	Ciclo	Fecha Ini.	Fecha Fin.	Cant.	Unid.	Nombre medicamento
236.000	G	VIA ORAL	DOUNICA	20180111	20180112	4.000	SOB	POLIETILENGLICOL 59G SOB
190.000	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	20180112	20180113	1.000	FCO	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML
250.000	ML	NASOGASTR	C/8 D1-3	20180112	20180115	9.000	LA	FORMULA POLIMERICA LA 250ML (GLYTROL)
250.000	ML	NASOGASTR	C/8 D1-3	20180115	20180118	5.000	LA	FORMULA POLIMERICA LA 250ML (GLYTROL)

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:

| Cantid. | Unid | Insumos/procedimientos |

Atentamente,

DR. EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
CIRUGIA GENERAL
CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA
ID: 0066928417
REG: 7621132000

EPISODIO: 5050174

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 19.01.2018

Hora Registro: 12:48:51

Responsable: AGUALIMPIA JANNING, ANDRES

Especialidad: MEDICINA INTERNA - REUMATOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

PRIMERA VEZ

ENFERMEDAD ACTUAL

ALEXANDER MARIN LARRAHONDO (CC: 7702874, 41 AÑOS, O/P NEIVA/CALI, MEDICO-SOS) ENFERMEDAD ACTUAL: JUN 2017, BYPASS GASTRICO (113-68), DIC 2017 TVP SIN CAUSA APARENTE. 2014 HIV+, EN TTO ANTIRETROVIAL, CARGA VIRAL INDETECTABLE DESDE ENTONCES. CONSULTA PARA ESTUDIO INMUNOLOGICO. EN EL MOMENTO ASINTOMATICO. TRATAMIENTO ACTUAL: FERROPROTINA, CREON, NEUROBION, ENTEROGERMINA, CENTRUM, ENSURE, CLEXANE 60X2 (DIC 2017, POR 3 MESES) -----

----- TA 125/70, FC 86, FR 16, PACIETNE EMACIADO, HIDRATADO ORL N, SEQUEDAD EN PIEL, SIN LESIOENS APARENTES, AMAS N, SIN EVIDENCIA DE SINOVITIS. ANALISIS. HISTORIA ANOTADA, EVENTO TROMBOTICO RECIETNE AL PARECER RELACIONADO CON LA DESNUTRIOCN DEL PACIENTE. SE DEBE DESCARTAR PATOLOGIA INMUNOLOGICO QUE EXPLIQUE EL EVENTO TROMBOTICO. SE SOLICITNA LABS INMUNOLOGICOS COMPLETOS ANAS, ENAS, DNA, FACTOR REUMATOIDE, ANTICARDIOLIPINAS,

ANTICOAGULANTE LUPICO, PROTEINA C Y S, MUTAICON FACTOR V Y HOMOCISTEINA. CITA CON RESULTADOS.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

VER EA

DIAGNÓSTICOS

M359 - COMPROMISO SISTEMICO DEL TEJIDO CONJUNTI VO, NO ESPECIFICADO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5050174

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
19.01.2018	890288	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA	UT Reumatologia	KARINA MARCELA MORENO VASQUEZ

EPISODIO: 5050473

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 19.01.2018

Hora Registro: 09:40:14

Responsable: LARA CARVAJAL, CATALINA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente conocido con historia de obesidad severa, operado de sleeve gastrico en Octubre del 2013, tenia peso de 114.5Kg previo a cirugia, logró perdida de peso en el primer año post quirurgico y llego a pesar 95Kg. Dice que logró

sostener el peso de 95Kg hasta Dic/2014, pero volvió a subir de peso. En marzo de 2014 le diagnosticaron VIH, tenía una dermatitis que no mejoraba. El 26 de Mayo/2017 le realizaron revisión de Sleeve, requirió hospitalización por 1 semana, por intolerancia alimentaria, estuvo con dieta líquida hasta el sábado 3 de junio/2017, con el avance a dieta blanda empezó a presentar episodios de emesis con casi todas las comidas. El lunes 12 de junio/2017 le realizaron endoscopia donde encontraron estenosis, A PESAR DE QUE EN CIRUGIA SE LIBERO EL ESTOMAGO Y LA ENDOSCOPIA SALIO BIEN CON PASO DERECHO AHORA HAY AUN ANGULACION QUE NO PERMITE UN BUEN VACIAMIENTO GASTRICO LE INDICARON PASO DE Sonda ENTERAL PARA REPLECIÓN NUTRICIONAL PERO NO FUE POSIBLE POR EDEMA, requirió soporte nutricional parenteral y le realizaron reintervención quirúrgica, con gastrectomía subtotal. Ha tenido pérdida severa de peso, caquético con cuadro diarreico severo durante nov y diciembre, fue hospitalizado en Enero por desnutrición severa, le pusieron soporte nutricional por sonda que tolo bien. Está tomando Ferroprotina 1 sobre al día, bedoyecta 1 mensual, además centrum 1 tab al día, toma además enterogermina 1 ampolla cada día. Estuvo tomando pancreatina hasta hace 2 semanas 2 capsulas con cada comida, pero ahora suspendido porque no tiene medicamento. Peso Julio 2015: 110Kg Peso Abril: 115.6Kg subió: 5.6Kg en 8 meses Peso Sep 30/2016: 116.1Kg subió: 500g en 5 meses Peso Oct 28/2016: 114.8Kg bajó: 1.3Kg en 1 mes. Peso Ene 16/2016: 112.7Kg bajó: 2.1Kg en 2 meses y medio Peso Jun 9/2017: 104Kg bajó: 8.7Kg en 4 meses y medio Peso Jul 25/2017: 97.3Kg bajó: 6.7Kg en 1 mes. Peso Oct 19/2017: 82.7Kg Peso Oct 25/2017: 81Kg Peso Nov 9/2017: 79.2Kg bajó: 18.1Kg en 3 meses y medio. Peso Ene 19/2018: 68Kg bajó: 11Kg en 2 meses Estatura: 178cm IMC: 21.4 Kg/mt² Tiene resultados de lab Bioquímica: 12/01/2018 SODIO EN SUERO 147.00 POTASIO EN SUERO 3.52 MAGNESIO 2.02 FOSFORO 3.09 ALBUMINA 2.69 11/01/2018 RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS 4.81 HEMATOCRITO 43.60 HEMOGLOBINA 14.50 27/11/2017 VITAMINA D 25 DIHIDROXI (D2 y D3 COLECALCIFEROL) 25.79 FERRITINA 680.70 ACIDO FOLICO (FOLATOS) EN SUERO 2.76 VITAMINA B12 II 1604.0 17.10.2017 una creatinina 0.96 mg/dl, perfil lipídico colesterol total 55 mg/dl, triglicéridos 53 mg/dl, GOT/GPT 34/34, potasio 3.75, albumina 3 g/dl**, CPK 81 U/L, láctico deshidrogenasa 208 U/L, plaquetas 168.000, niveles de vitamina B12 816 pg/mL. Requeurimiento calórico Harris benedict + AF = 1800KCal/día

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con una perdida de peso de 11Kg en 2 meses, con desnutricion calorico proteica severa, con hipoalbuminemia. Se Considera necesario continuar con suplementacion con formula polimerica modificada en carbohidratos con alto aporte proteico: Prowhey DM que contine proteian a isla de suero lacteo, la cual le garantiza un aporte suficietne de calorias 240KCal y 15g de proteina adicionales a la dieta, cada vaso al fia, debe Tomar Prohey DM 4 medidas en 200ml de agua 3 veces al dia Se dan ademas recomendaciones de dieta fraccioanda. Control en 3 semanas

DIAGNÓSTICOS

Z713 - CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA D E LA DIETA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5050473

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
19.01.2018	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	JEFFERSON RAQUEJO LOPEZ

EPISODIO: 5051932**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 19.01.2018

Hora Registro: 14:47:19

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 41 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2018.Ene.19 Edad: 41 Años Peso: 68.0 Kg. DIAGNOSTICOS: 2018.Ene.19 PPD 0 MM 2016.Jun.17
 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM
 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO
 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE
 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16

TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2018.Ene.16 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 702 Células / ml 2018.Ene.16 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente quien evalué el 19.01.2018 quien tiene un diagnóstico de una infección avanzada por VIH con recuentos de CD4 de 702, carga viral del VIH indetectable copias/mL para el Enero del 2018 en manejo con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina; 2. Efectos neuropsiquiatricos por el efavirenz 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017) Tiene una PPD 02.01.2018 PPD 0 mm. Tiene un peso de 68.9 kg, tensión 100/60 mmHg, no lesiones orales, no adenopatías, cardiopulmonar normal, abdomen excavado, resto anodino. Análisis y plan: En el momento sin evidencia de una infección o neoplasia asociada, pero dado la condición de su cirugía bariátrica que ha condicionado complicaciones, desnutrición proteico calórica y el riesgo de fenómenos embólicos nuevos en población por VIH por déficit de proteína C, S. Control en 1 mes. Debido a lo errático de la absorción del Dolutegrtavir en esta situación se realiza nuevo control de carga viral en 1 mes, ya que no disponemos de estudios de farmacocinética de DTG en Colombia. o Orden para próxima cita por Infectología en 30 días. Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutamico Oxaloacetica, Cpk Total, Albumina, Alt Transaminasa Glutamicopiruvica, Ldh (Deshidrogenasa Lactica), Hemograma Completo (plaquetas Y Volumenes), Sedimentacion Globular, Carga Viral Para Hiv, Creatinina Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

ENFERMEDAD ACTUAL

/'

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 41 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2018.Ene.19 Edad: 41 Años Peso: 68.0 Kg. DIAGNOSTICOS: 2018.Ene.19 PPD 0 MM 2016.Jun.17
 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM
 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO
 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE
 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION
 ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2018.Ene.16 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 702 Células / ml 2018.Ene.16 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente quien evalué el 19.01.2018 quien tiene un diagnóstico de una infección avanzada por VIH con recuentos de CD4 de 702, carga viral del VIH indetectable copias/mL para el Enero del 2018 en manejo con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina; 2. Efectos neuropsiquiatricos por el efavirenz 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017) Tiene una PPD 02.01.2018 PPD 0 mm. Tiene un peso de 68.9 kg, tensión 100/60 mmHg, no lesiones orales, no adenopatías, cardiopulmonar normal, abdomen excavado, resto anodino. Análisis y plan: En el momento sin evidencia de una infección o neoplasia asociada, pero dado la condición de su cirugía bariátrica que ha condicionado complicaciones, desnutrición proteico calórica y el riesgo de fenómenos embólicos nuevos en población por VIH por déficit de proteína C, S. Control en 1 mes. Debido a lo errático de la absorción del Dolutegrtavir en esta situación se realiza nuevo control de carga viral en 1 mes, ya que no disponemos de estudios de farmacocinética de DTG en Colombia. o Orden para próxima cita por Infectología en 30 días. Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutamico Oxaloacetica, Cpk Total, Albumina, Alt Transaminasa Glutamicopiruvica, Ldh (Deshidrogenasa Lactica), Hemograma Completo (plaquetas Y Volúmenes), Sedimentación Globular, Carga Viral Para Hiv, Creatinina Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 5051932

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
19.01.2018	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	UT Infectología	NIDIA AGUDELO VALENCIA

EPISODIO: 5057051

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 22.01.2018

Hora Registro: 15:05:25

Responsable: CORTES CASTAÑO, JORGE ALBERTO

Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGÍA -

MOTIVO DE CONSULTA

oído tapado

ENFERMEDAD ACTUAL

oído derecho tapado, sensación de autofonía desde hace 1 mes, rinorrea acuosa, AP : VIH bypass gástrico, ha tenido reducción brusca de peso al EF
 ORL : otoscopia mt y cae normales, nariz bien, boca bien cuello bien Dx Trompa de Eustaquio patulosa?, cx rec audio, imp, logo

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANÁLISIS Y CONDUCTA

ver ea

DIAGNÓSTICOS

H690 - DISTENSIÓN DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5057051

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
22.01.2018	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	UT Otorrinolaringologia	YICEL VARGAS PALTA

EPISODIO: 5076600**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Procedimiento Asistido**

Fecha Registro: 30.01.2018

Hora Registro: 09:24:53

Responsable: PEREZ VILLAR, BEATRIZ LUCILA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA -

Tipo de herida :

Limpia

Descripcion de la prestación :

AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEO

Hallazgos :**Descripción procedimiento :**

MOTIVO DE CONSULTA Paciente remitido por ORL Dr Cortes para valoración audiológica, el paciente se encuentra en estudio acufeno en OD.

AUDIOMETRIA TONAL OIDO DERECHO: Sensibilidad auditiva periférica normal con una disminución auditiva sensorial de grado leve en las frecuencias agudas de 6000 y 8000 Hz, el paciente durante esta prueba identificó su acufeno en la frecuencia de 3000 Hz, con PTA de 6 dBHL. OIDO IZQUIERDO: Gap mayor de 10 dBHL en la frecuencia de 250 Hz, sensibilidad auditiva periférica normal en las frecuencias grave, medias y agudas hasta 3000 Hz, con recuperación en 6000 Hz, caída de grado leve en la frecuencia aguda de 4000 Hz, y descenso sensorial de grado leve en la frecuencia aguda de 8000 Hz con PTA de 11 dBHL. INMITANCIA ACUSTICA Timpanograma tipo A para oído derecho con reflejos ipsi y contralaterales presentes. Timpanograma tipo As en oído izquierdo con reflejos ipsi y contralaterales presentes. LOGO AUDIOMETRIA Paciente que discrimina el 100% del habla a 45 dBHL en oído derecho y a 40 dBHL en oído izquierdo, no coincide con el PTA audiométrico.

RECOMENDACIONES - Control con su medico remitente ORL - Control auditivo de seguimiento

Complicaciones :

Tipo de herida :

Limpia

Tipo de herida :

Limpia

Descripción de la prestación :

IMITANCIA ACUSTICA IMPEDANCIOMETRIA

Descripción de la prestación :

LOGO AUDIOMETRIA

Hallazgos :

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

MOTIVO DE CONSULTA Paciente remitido por ORL Dr Cortes para valoración audiológica, el paciente se encuentra en estudio acufeno en OD.

AUDIOMETRIA TONAL OIDO DERECHO: Sensibilidad auditiva periférica normal con una disminución auditiva sensorial de grado leve en las frecuencias agudas de 6000 y 8000 Hz, el paciente durante esta prueba identificó su acufeno en la frecuencia de 3000 Hz, con PTA de 6 dBHL. OIDO IZQUIERDO: Gap mayor de 10 dBHL en la frecuencia de 250 Hz, sensibilidad auditiva periférica normal en las frecuencias grave, medias y agudas hasta 3000 Hz, con recuperación en 6000 Hz, caída de grado leve en la frecuencia aguda de 4000 Hz, y descenso sensorial de grado leve en la frecuencia aguda de 8000 Hz con PTA de 11 dBHL. INMITANCIA ACUSTICA Timpanograma tipo A para oído derecho con reflejos ipsi y contralaterales presentes. Timpanograma tipo As en oído izquierdo con reflejos ipsi y contralaterales presentes. LOGO AUDIOMETRIA Paciente que discrimina el 100% del habla a 45 dBHL en oído derecho y a 40 dBHL en oído izquierdo, no coincide con el PTA audiométrico.

RECOMENDACIONES - Control con su medico remitente ORL - Control auditivo de seguimiento

Descripción procedimiento :

MOTIVO DE CONSULTA Paciente remitido por ORL Dr Cortes para valoración audiológica, el paciente se encuentra en estudio acufeno en OD.

AUDIOMETRIA TONAL OIDO DERECHO: Sensibilidad auditiva periférica normal con una disminución auditiva sensorial de grado leve en las frecuencias agudas de 6000 y 8000 Hz, el paciente durante esta prueba identificó su acufeno en la frecuencia de 3000 Hz, con PTA de 6 dBHL. OIDO IZQUIERDO: Gap mayor de 10 dBHL en la frecuencia de 250 Hz, sensibilidad auditiva periférica normal en las frecuencias grave, medias y agudas hasta 3000 Hz, con recuperación en 6000 Hz, caída de grado leve en la frecuencia aguda de 4000 Hz, y descenso sensorial de grado leve en la frecuencia aguda de 8000 Hz con PTA de 11 dBHL. INMITANCIA ACUSTICA Timpanograma tipo A para oído derecho con reflejos ipsi y contralaterales presentes. Timpanograma tipo As en oído izquierdo con reflejos ipsi y contralaterales presentes. LOGOAUDEMIA Paciente que discrimina el 100% del habla a 45 dBHL en oído derecho y a 40 dBHL en oído izquierdo, no coincide con el PTA audiométrico.

RECOMENDACIONES - Control con su médico remitente ORL - Control auditivo de seguimiento

Complicaciones :**Complicaciones :****ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5076600**

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
30.01.2018	954301	LOGOAUDEMIA	UT Exámenes de audiológica	MAHYURY ROCIO REYES SALAZAR
30.01.2018	954302	INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA)	UT Exámenes de audiológica	MAHYURY ROCIO REYES SALAZAR
30.01.2018	954107	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEO S CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	UT Exámenes de audiológica	MAHYURY ROCIO REYES SALAZAR

EPISODIO: 5084375

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 31.01.2018

Hora Registro: 17:55:09

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

VIENE A CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES ADHERIDO A LA DIETA HOY CON ESTATORREA POR COMER HIGADO PESO 66,8 HAY UN POCO DE INTOLERANCIA CON EL PROWHEY

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE EN REPLECION NUTRICIONAL DE BUEN ANIMO TOLERANDO LA DIETA SE DAN RECOMENDACIONES CONTROL EN ABRIL CON PARACLINICOS

DIAGNÓSTICOS

E441 - DESNUTRICION PROTEICOALORICA LEVE

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5084375

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
31.01.2018	890202-8	CONSULTA ESPECIALISTA QUIRURGICO - PRE-Q QUIRURGICA Y PRE-ANESTESICA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	MARISOL CIRO SANTOS

EPISODIO: 5150846**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 26.02.2018

Hora Registro: 08:40:27

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 41 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2018.Feb.26 Edad: 41 Años Peso: 65.0 Kg. DIAGNOSTICOS: 2018.Ene.19 PPD 0 MM 2016.Jun.17
 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM
 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO
 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE
 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS? 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2018.Ene.16 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 702 Células / ml 2018.Ene.16 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente quien evalué el 19.01.2018 quien tiene un diagnóstico de una infección avanzada por el virus de la inmunodeficiencia humana, con recuentos de CD4 de 5223 previos en 702 sin disponibilidad de porcentaje (%) y una carga viral del VIH indetectable copias/mL para el 12 de Febrero del 2018 y quien se encuentra en manejo con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina sin problemas en la dispensación, lo tolera de forma adecuada; 2. Efectos neuro-psiquiátricos por el Efavirenz; 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño. 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017). 8. Tiene una PPD en 0 mm (2018). Viene presentando decaimiento posterior a la ingesta, como episodios de diarrea, presenta disnea de pequeños esfuerzos, evidenciando disautonomias. Tiene un peso de 65 kg, tensión arterial 90/50 mmHg, no tiene adenopatías, cardiopulmonar sin cambios. Presenta edemas en miembros inferiores. Tiene analíticas del 12.02.2018 un nitrógeno ureico 12.4 mg/dL, creatinina 1.06 mg/dl, bilirrubina total 0.83 mg/dl, bilirrubina directa 0.57 mg/dl, AST/ALT 84/87, fosfatasa alcalina 138 U/L, sodio 141, potasio 3.59 mmol/L, cloro 101, albumina 2.6 g/dL**, láctico deshidrogenasa 258 U/L, creatin fosfoquinasa 61 U/L, leucocitos 4720, neutrofilos 1890, hgb 14.8 g/dl, plaquetas 139.000, sedimentación globular 12 mm/H, tiempo de tromboplastina 35.4, tiempo de

protrombina 13.2 g/dl, glicemia 78 mg/dl, hormona estimulante de la tiroides 2.21, HBsAg 0.5, core VHB 0.53, Anti HCV negativo, HBsAg 8.74, RPR no reactiva. Análisis y plan: paciente con una enfermedad avanzada por VIH con adecuada respuesta clínica e inmunológica, tiene receta de medicamento hasta Junio del 2018. De otro lado presenta una hipoalbuminemia secundario a su procedimiento quirúrgico de obesidad, preocupando los síntomas que viene cursando, con edemas, disnea, se atribuido a esto, pero no se si estén en relación a disautonomias o complicaciones cardiovasculares propias, recomendando sea evaluado por el Dr. Gomez del servicio de cardiología para evaluar esta situación, doy una orden de un ecocardiograma, EKG, y con esto sea evaluado. Re-evaluare en tres meses o antes ante cualquier eventualidad. Rivaroxaban y dolutegravir, interactions: Coadministration has not been studied but based on metabolism/elimination and toxicity profiles of both drugs there is little potential for interaction. Rivaroxaban is partly metabolized in the liver (by CYP3A4, CYP2J2 and hydrolytic enzymes) and partly eliminated unchanged in urine (by P-gp and BCRP). In vitro data indicate that dolutegravir does not inhibit P450 isoenzymes or the efflux transporters P-gp, BCRP at clinically relevant concentrations. <https://www.hiv-druginteractions.org/checker> o Orden de exámenes: Hemoglobina Glicosilada (hba1c) -, Nivel De Vitamina D (25-hidroxi-vitamina D), Nivel De Vitamina B12, Albumina, Alt Transaminasa Glutamicopiruvica, Hemograma Completo (plaquetas Y Volumen), Recuento De Celulas Cd4 (numero Y %), Carga Viral Para Hiv, Creatinina, Glicemia o Orden de imágenes: Electrocardiograma (ekg), Ecocardiograma Transtoracico Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

ENFERMEDAD ACTUAL

,

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Evento catastrófico

ANALISIS Y CONDUCTA

,

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIE NCIA HUMANA

(VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5150846

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
26.02.2018	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Infectologia	GUILLERMO TERREROS QUICENO

EPISODIO: 5174157**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 06.03.2018

Hora Registro: 13:30:54

Responsable: ROJAS RODRIGUEZ, CARLOS ARTURO

Especialidad: MEDICINA INTERNA - GASTROENTEROLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

PRIMERA VEZ

ENFERMEDAD ACTUAL

FECHA: MARZO 06 2018 NOMBRE: ALEXANDER MARIN LARRAHONDO EDAD: 41 ORIGEN/PROCEDENCIA: NEIVA/ CALI OFICIO: MÉDICO - SOS, SANITAS
 MOTIVO DE CONSULTA: "TENGO CAMBIO DEL HÁBITO" ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE REFIERE EN EL 2013 TUVO SLEEVE GÁSTRICO, POSTERIORMENTE BYPASS GÁSTRICO Y COLELAP EN MAYO DE 2017. DESDE ESTE MOMENTO EL HÁBITO INTESTINAL HA CAMBIADO CON TENDENCIA A DIARREA. LA PRIMERA DEPOSICIÓN DEL DÍA ES FORMADA, LUEGO EN EL DÍA SON ACUOSAS. SIN SANGRE. LAS DEPOSICIONES VARIAN DEPENDIENDO A LOS ALIMENTOS QUE INGIERE. AHORA SIN SUPLENCIA NUTRICIONAL. EN ENERO 2018 ESTUVO HOSPITALIZADO POR DESNUTRICIÓN, CON SNG. COMENTA QUE AHORA SE SIENTE MAL POR SU ASPECTO. RXS: BAJA DE PESO DE 50KG EN 6 MESES POSTERIOR A CIRUGÍA, DOLOR EPIGASTRIO, NO DISFAGIA, NO ACIDEZ, NO LLENURA FÁCIL, NO SANGRADOS, NO ICTERICIA, SI NÁUSEAS, NO EMESIS, NO EDEMAS, NO ARTRALGIAS, NO DISNEA, NO SINTOMAS URINARIOS, NO CAMBIOS EN LA PIEL, PÉRDIDA DE TONO ANAL. LABORATORIOS: EVDA Diagnostico ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO ANASTOMOSIS ESOFAGOYEUINAL AMPLIA Y SIN LESIONES. AVANCE DE SNG DISTAL. COLONOSCOPIA TOTAL: NORMAL DIAGNÓSTICO: A. MUCOSA DE

ÍLEON. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS, ILEITIS, ATROFIA -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO B. MUCOSA COLÓNICA. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA. -HIPERPLASIA LINFOIDE REACTIVA. -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS. -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO ANTECEDENTES PERSONALES: PAT: VIH, TVP MED: ANTIRETROVIRAL, ENOXAPARINA, FERROPROCTINA, DIARREL, SE APLICÓ NEUROBION LOS PRIMEROS 6 MESES TOX: NO ALÉRGICOS: TRIMETROPIN/SULFAMETOXAZOL QX: COLELAP, BYPASS, SLEEVE, CIRCUNCISIÓN AF: NIEGA CANCER DEL TGI EXAMEN FÍSICO: BUENAS CONDICIONES GENERALES, PESO: 65.4 KG, FC:70, TALLA 1.76, IMC 22, TALLA 100/50. EVIDENTE COMPROMISO DE MASA MUSCULAR. NO ICTERICIA, MUCOSAS ROSADAS ORL: NORMAL C/P: NORMAL. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, SIN DOLOR A LA PALPACION ABDOMINAL.SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES CON EDEMA GRADO 2. ANALISIS Y PLAN: PACIENTE ADULTO AHORA EN CONTEXTO DE DESNUTRICIÓN Y SÍNDROME DIARREICO CRÓNICO, NO INFLAMATORIO, MIXTO, MÁS OSMÓTICO, MULTIFACTORIAL. CON COMORBILIDAD, HIV, ANTIRRETROVIRALES, COLELAP, CIRUGÍA BARIÁTRICA. NO DESCARTAMOS QUE ESTÉ CURSANDO ADEMÁS CON INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA. PACIENTE CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES NUTRICIONALES, METABÓLICAS, INFECCIOSAS. EN ESTE PACIENTE ES PRIORITARIO MANEJO POR NUTRICIÓN INTENSIVO. SOLICITAMOS ELECTROLITOS, ZINC, ALBÚMINA, NIV VITAMINA A, E, DENSITOMETRÍA ÓSEA. DEJAMOS COLESTIRAMINA 2 SOBRES AL DÍA, CREÓN 25.000U CON CADA COMIDA. EXPLICO AMPLIAMENTE LA CONDUCTA, REFIERE COMPRENDER. ENTREGO ÓRDENES, CITA DE CONTROL CON RESULTADOS SOLICITADOS. DEJO MEDIDAS, SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTA POR URGENCIAS Y RECOMENDACIONES GENERALES DE DIETA Y EJERCICIO. realizo mipres creón. Prescripción registrada exitosamente con Número de solicitud: 20180306119005155940

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

ver hc

DIAGNÓSTICOS

K591 - DIARREA FUNCIONAL

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5174157

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
06.03.2018	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	UT Gastroenterologia	LUZ MARY RAMOS

EPISODIO: 5189232

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 12.03.2018

Hora Registro: 13:15:27

Responsable: OLAYA ROJAS, PASTOR

Especialidad: FALLA CARDIACA - CARDIOLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Ahogo al caminar 2-3 cuerdas o subir un piso. No DPN ni ortopnea. Un mes de evolución

ENFERMEDAD ACTUAL

Antecedentes: sleeve gástrico y bypass gástrico. HIV (+) TVP, No HTA, No DM, NO dislipidemia, no fumador, no alcohol, no tiroides, alergia al trimetoprim, no hemorragias. Qx: refractiva, circuncisión, reducción de radio izq. Meds: antirretrovirales x3, ferroproctina oral, pancreatina, loperamida, enoxaparina 60 x2 Sedentario Dieta: Si EF: buenas condiciones. Peso: 60 K TA: 90/55 FC 120 regular Cuello sin ingurgitación yugular Pulmones: limpios RC: sin soplos ni galopes Abdomen: normal Extremidades con leve edema Hb: 12 Leucos: 4,2 Albumina: 2,5.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

5 decada de la vida con desnutrición avanzada posterior a cirugias para bajar de peso. HIV sin enfermedad conciomitante, anemia leve. EF sin galopes sin ingurgitacion yugular, sin soplos, sin hepatomegalia Eco TT normal EKG normal con bloqueo AV de primer grado Comenatrio: descarto falla cardiaca. Sintomas muy posiblemente relacionados con DNT.

DIAGNÓSTICOS

E46X - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, NO ESPECI FICADA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5189232

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
12.03.2018	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	UT Cardiologia	ALEXA JOHANNA CANIZALES QUINTERO

EPISODIO: 5192896

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 20.03.2018

Hora Registro: 09:15:26

Responsable: BACCA ACOSTA, ANGELA MARIA

Especialidad: PSICOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

PSICOLOGÍA CLÍNICA Paciente remitido a consulta por la Dra. Guerrero. MdC: "Después de la cirugía de baipás gástrico en el último mes Alexander ha bajado significativamente de peso. Presenta constante diarrea e intolerancia a los alimentos. "todo lo que como inmediatamente me manda al baño". "Ya me han hecho todos los exámenes y todo sale bien. Yo soy VIH positivo pero la carga viral está controlada". Por otro lado, debido a la disminución progresiva y evidente de peso, Alexander manifiesta "yo ya no salgo a la calle, no quiero que la gente me vea porque se quedan mirándome como si tuviera una enfermedad terminal o algo así (llanto).... Me siento frustrado, no se qué más hacer, ya no quiero comer porque me da miedo ir al baño...". Alexander es médico de profesión. En la actualidad tiene trabajo administrativo y en algunas ocasiones es necesario interrumpir las labores por el daño de estomago. Vive

actualmente con sus padres.

ENFERMEDAD ACTUAL

EVOLUCIÓN E INTERVENCIÓN Alexander manifiesta pérdida de motivación por las cosas que antes hacía. Indica inactividad marcada y pérdida de interés en socializar. Presenta vergüenza por su apariencia y conductas marcadas de evitación. Llanto fácil, etc. ANÁLISIS: Paciente iniciando la quinta década de la vida. Con sintomatología depresiva producto de condición de salud crónica de difícil manejo que impacta de forma directa su funcionamiento cotidiano. Presenta conductas de evitación y control, disminución de actividades de placer. Se considera la presencia de cuadro depresivo. Niega ideas de muerte, auto o hetero agresión. EXAMEN MENTAL: Alerta, coherente, orientado, JR conservado, afecto triste. PLAN: Se realiza contención, soporte y apoyo general y se propone manejo de síntomas depresivos y focalización en otros aspectos de la vida que no sea la enfermedad.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANÁLISIS Y CONDUCTA

cita por psicología

DIAGNÓSTICOS

F322 - EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 5192896

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
16.03.2018	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	UT Psicología	DIANA KATHERINE MUÑOZ ÑUSTES

EPISODIO: 5208548

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 20.03.2018

Hora Registro: 15:17:22

Responsable: FALABELLA FALABELLA, FRANCISCO

Especialidad: MEDICINA INTERNA - HEMATOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

SOSPECHA DE HIPRCOAGULABILIDAD

ENFERMEDAD ACTUAL

REMITEN AL PACIENTE PARA ESTUDIO DE HIPERCOAGULABILIDAD. TVO TRMBOSIS VEMOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL. LE HAN HECHO FACTOR V DE LEIDEN QUE FUE NEGATIVO Y PROTEINA C YS NORMALES. UNA HERMANA Y LA MADER PRESENTARON EPISODIO DE TROBOSIS DESPUES DE BY.PASS GASTRICO. EL PACIENTE SE JIZO P BY PASS GASTRICO Y PRESENTO TVP. ES HIV POSITIVO Y ESTA CON RETROVIRALES. DEBE STUDIARAE.: ANTITROMBINA III FACTORES VIII, IX- XI Y XII DE LA COAGULCION.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

ORDENO ANTITROMBINA III- FACTORES DE LA COAGULACION XII- VIII-XI Y IX.

DIAGNÓSTICOS

D689 - DEFECTO DE LA COAGULACION, NO ESPECIFICA DO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5208548

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
20.03.2018	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	UT Hematologia	JENNY MARCELA TABARES GONZALEZ

EPISODIO: 5243613

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 05.04.2018

Hora Registro: 17:26:44

Responsable: OBANDO TREJOS, ANGELA MARIA

Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

MOTIVO DE CONSULTA

Por complicaciones quirúrgicas.

ENFERMEDAD ACTUAL

Cuadro clínico de más o menos 5 años de evolución consistente en realización de sleeve gástrico, peso anterior 121 kg, con peso de 96 posterior. Hace un año revisión de sleeve, con complicación de estenosis gástrica y con realización final de bypass gástrico, con posterior desnutrición, disminución de la fuerza, fatiga, con dolor en cadera izquierda y debilidad en miembro inferior izquierdo desde 2 meses. Parestesias en miembro inferior izquierdo. Peso actual 61 kg. Hace dos meses requirió nutrición enteral. No estudios electrofisiológicos. Esta anticoagulado por trombosis venosa profunda. Ocupación: médico Examen físico: Paciente enflaquecido atrofico, con ausencia de grasa de Vichart, palidez generalizada Tendencia a la cifosis dorsal Reflejos osteotendinosos: ++ simétricos Fuerza: proximal miembros superiores 4+/5, distal 4/5. Miembros inferiores 3+/5 proximal, distal 4/5 Propiocepción: ok

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANÁLISIS Y CONDUCTA

Se decide: 1. electromiografía + velocidades de neuroconducción de 4 extremidades previa autorización de clínica de anticoagulación 2. CPK, Niveles de vitamina B12, Niveles de Vitamina D 23 - OH 3. Terapia física 5 sesiones para educación fortalecimiento 4. Educación 5. Control

DIAGNÓSTICOS

B7 - FUNCIONES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS Y RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO

D4 - MOVILIDAD

E46X - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, NO ESPECIFICADA

G628 - OTRAS POLINEUROPATIAS ESPECIFICADAS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5243613

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
05.04.2018	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	UT Fisiatria	CLAUDIA CELENE ORTIZ SALAZAR

EPISODIO: 5285888

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 23.04.2018

Hora Registro: 09:38:49

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

VIENE A CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE DESDE LA ULTIMA HOSPITALIZACION INDICO DEPRESION EN MANEJO CON PSIQUIATRIA CON TRASGRESIONES A LA DIETA LO CUAL LE ORIGINABA DIARREA EN ENERO FUE LA ULTIMA HOSPITALIZACION POR DIARREA SE ORDENA COLONOSCOPIA Y BIOPSIAS SIN NINGUNA ALTERACION EN FEBRERO TELEFONICAMENTE SE HABLO CON EL AUN CON DIARREA DEPRESION SE RECOMENDO HOSPITALIZACION PERO NO LO HIZO AHORA LO VEO MAS EMACIADO INDICA QUE ESTA COMEINDO MEJOR HA SUBIDO DE PESO TUVO UN EPISODIO DE TVP TRAE PARACLINICOS DEXA CON OSTEOPENIA NEUROFISIOLOGIA EMG ESTUDIO COMPATIBLE CON POLINEUROPATIA MIXTA AXIAL DESMIELINIZANTE LABORATORIOS HB 10.2** HCTO 30.8** LEU 3.470** PLAQ 176000 VIT D 13.7** VIT B12 1677** ACIDO FOLICO 1.5 GLICEMIA 76 BUN 18.9 CREA 0.7 COLESTEROL 50 HDL 23 TGC 68 BT 0.5 DB 0,4 ALBUMINA 1,7** PROTEINAS TOTALES 4.6** NA 137 K 3,0** MG 1,72 TRANSFERRINA 88.7 PESO 67 PESO PREVIO 66,8 DESDE HACE 2 MESES SIN VITAMINAS

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CON DESNUTRICION SEVERA EN MANEJO POR PSIQUIATRIA POR DEPRESION SE DEBE HOSPITALIZAR PARA REPLECION NUTRICIONAL Y MANEJO CONJUNTO CON PSIQUIATRIA ES PREOCUPANTE LA ALBUMINA EN 1,7 Y LA DEFECIENCIA DE VITAMINAS SE DAN AL PACIENTE 5 TARROS DE NEWHEY EL DEBE CONSEGUIR EL RESTO PARA PASAR POR SONDA MAÑANA SE HOSPITALIZARA

DIAGNÓSTICOS

E43X - DESNUTRICION PROTEICOALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA

Registro de Consulta

Fecha Registro: 23.04.2018

Hora Registro: 13:00:45

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

NOTA DE CONSULTA PACIENTE AMPLIAMENTE CONOCIDO QUE DESDE FEBRERO SE LE ESTA INSISTIENDO PARA QUE SE HOSPITALICE POR DESNUTRICION DEPRESION TIENE VIH + CON CARGA VIRAL INDETECTABLE EL PACIENTE DEJO DE TOMAR LAS VITAMINAS HACE 2 MESES AHORA PREOCUPA QUE EN DOS OPORTUNIDADES SE HA HABLADO POR TELEFONO CON EL PACIENTE Y CON LA FAMILIA Y SE LE HA DICHO QUE SE HOSPITALICE PARA REPLECION NUTRICIONAL MANEJO CONJUNTO CON PSIQUIATRIA Y EL PACIENTE NO HA ACCEDIDO SE EVALUA HOY EN MUY REGULARES CONDICIONES SE INDICA DE HOSPITALIZARLO Y EL PACIENTE NO ACCEDE PREOCUPA SU ESTADO

NOTA PACIENTE QUE AYER SE LE INDICO QUE DEBIA HOSPITALIZARSE URGENTE YA ESTA RECOMENDACION LA HABIA HECHO PSIQUIATRIA Y HOY NO APARACE PARA HOSPTIALIZARSE SE LE EXPLICO LA GRAVEDAD DE SU ESTADO Y EL PACIENTE NO PRESTA ATENCION

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5285888

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
23.04.2018	890202-8	CONSULTA ESPECIALISTA QUIRURGICO - PRE-Q QUIRURGICA Y PRE-ANESTESICA DE PRIMERA VE Z POR MEDICINA ESPECIALIZADA	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	MARIA ISABEL HERNANDEZ REYES

EPISODIO: 5298038**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Hospitalización**

Fecha Registro: 26.04.2018

Hora Registro: 12:43:45

Responsable: OCAMPO MATEUS, EDWARD

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

ESTOY DEBIL Y CON DNT

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 41 AÑOS REMITIDO DE LA CONSULTA EXTERNA DE CX BARIATRICA PÓR DRA DORADO, SE TOMA COPIA DE LA ATENCION. PACIENTE QUE DESDE LA ULTIMA HOSPITALIZACION INDICO DEPRESION EN MANEJO CON PSIQUIATRIA CON TRASGRESIONES A LA DIETA LO CUAL LE ORIGINABA DIARREA EN ENERO FUE LA ULTIMA HOSPITALIZACION POR DIARREA SE ORDENA COLONOSCOPIA Y BIOPSIAS SIN NINGUNA ALTERACION EN FEBRERO TELEFONICAMENTE SE HABLO CON EL AUN CON DIARREA DEPRESION SE RECOMENDO HOSPITALIZACION PERO NO LO HIZO AHORA LO VEO MAS EMACIADO INDICA QUE ESTA COMEINDO MEJOR HA SUBIDO DE PESO TUVO UN EPISODIO DE TVP TRAE PARACLINICOS DEXA CON OSTEOPENIA NEUROFISIOLOGIA EMG ESTUDIO COMPATIBLE CON POLINEUROPATIA MIXTA AXIANL DESMIELINIZANTE LABORATORIOS HB 10.2** HCTO 30.8** LEU 3.470** PLAQ 176000 VIT D 13.7** VIT B12 1677** ACIDO FOLICO 1.5 GLICEMIA 76 BUN 18.9 CREA 0.7 COLESTEROL 50 HDL 23 TGC 68 BT 0.5 DB 0,4 ALBUMINA 1,7** PROTEINAS TOTALES 4.6** NA 137 K 3,0** MG 1,72 TRANSFERRINA 88.7 PESO 67 PESO PREVIO 66,8 DESDE HACE 2 MESES SIN VITAMINAS JUN 2017, BYPASS GASTRICO (113-68), DIC 2017 TVP SIN CAUSA APARENTE. 2014 HIV+, EN TTO ANTIRETROVIAL, CARGA VIRAL INDETECTABLE DESDE ENTONCES. CONSULTA PARA ESTUDIO INMUNOLOGICO. EN EL MOMENTO ASINTOMATICO. TRATAMIENTO ACTUAL:

FERROPROTINA, CREON, NEUROBION, ENTEROGERMINA, CENTRUM,
ENSURE, CLEXANE 60X2 (DIC 2017, POR 3 MESES)

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 87.00 / 65.00 - TAM: 72.33 - T°C: 36.10 - FC: 79.00 - FR: 16.00 - S.Con
O2: 0.00 - PESO: 0.00 - TALLA: 0.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 99.00 -
PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO**Aspecto General:**

CONDICION CLINICA ESTABLE, AFEBRIL CAQUECTICO

Cabeza:

SIN ALTERACIONES

Cara:

SIN ALTERACIONES

Ojos:

SIN ALTERACIONES

Cuello:

SIN ALTERACIONES

ORL:

MUCOSAS SEMISECAS, PALIDAS

Tórax:

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS,. MV LIMPIO SIN AGREGADOS

Abdomen:

BLANDO, SIN MASAS NI MEGALIAS

SNC:

SIN ALTERACIONES

Genitourinario:

SE OMITE

Extremidades:

SIN ALTERACIONES

Pulsos Periférico:

SIN ALTERACIONES

Piel y Tejidos:

SIN ALTERACIONES

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE DE 41 AÑSO CON VIH POSITIVO EN MANEJO CON TERAPIA ARV, BYPASS GASTRICO HACE UN AÑOS Y AHORA CON DNT PROTEICO CALORICA SEVERA, CON ALBUMINA DE 1,7 ENVIADO POR LA DRA DORADO PARA SOPORTE NUTRICIONAL, SE COMENTA CON LA DRA DORADO Y CON EL DR ROJAS PARA PASO DE Sonda NSY PARA SOPORTE NUTRICIONAL, SE HOSPITALIZA A SU CARGO Y SE SOLICITA SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA.

DIAGNÓSTICOS

E43X - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 26.04.2018

Hora Registro: 13:47:43

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

1. HOSPITALIZAR EN EL PISO 2. IC CON SOPORTE NUTRICIONAL 3. SE SUSPENDE BIOQUIMICA Y ORDEN DE PASO DE Sonda ENTERAL 4. IC CON

PSIQUIATRIA 5. DIETA BLANDA HIPOGRASA HIPOGLUCIDA MEDIA PORCION
 6. IMPEDANCIOMETRIA EN EL PISO FRANK 7. PROTEINA NEWHEY LA TIENE
 EL PACIENTE DAR 1 DIARIA DISUELTA EN AGUA

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.04.2018

Hora Registro: 13:59:10

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CX BARIATRICA

PACIENTE CONOCIDO CON ANTECEDENTE DE SLEEVE HACE 3 AÑOS CON PESO 116 KG SAHOS SEVERO CON PERDIDA DEL 50% DEL EXCESO DE PESO EN LOS PRIMEROS 6 MESES POR ESTE LAPSO CON PSORIASIS DE DIFICIL MANEJO POR LO CUAL INFECTO LE SOLICITA VIH EL CUAL ES POSITIVO INICIA TRATAMIENTO CON ANTIRETROVIRALES CON GANANCIA DE PESO Y DEPRESION, LA REGANANCIA FUE EL 100% CON PEOS NUEVAMENTE DE 117 KG SE PRESENTA EN JUNTA PARA CIRUGIA DE REVISION SE REALIZA UN RESLEEVE POR QUE EL PACIENTE NO DESEABA UN BYPASS Y ESTE PRESENTA UNA ANGULACION A NIVEL ESOFAGOGASTRICA POR LO CUAL FUE NECESARIO HACER UNA REVISION A BYPASS CON UN POUCH PEQUEÑO, CON TOLERANCIA DE LA VIA ORAL CON PERDIDA IMPORTANTE DE PESO HA SEGUIDO EN CONTROL DESDE NOVIEMBRE CON DEPRESION MAYOR EL LA CUAL ESTA SIENDO MANEJADA POR PSIQUIATRIA DRA STELLA GUERRERO QUIEN SUGIRIO HOSPITALIZACION PERO EL PACIENTE NO ACEPTO EN ENERO POR PERDIDA MASIVA DE PESO DIARREA Y TRANSGRESION A LA DIETA SE DECIDE HOSPITALIZAR , SE REALIZA COLONOSCOPIA POR LA DIARREA PARA DESCARTAR PROCESO MALABSORTIVO SIN EVIDENCIAR ALTERACION CON REEDUCACION NUTRICIONAL HAY MEJORIA SINTOMATICA PERSISTIO CON DIARREA POR LO CUAL SE LE DIJO DE HOSPITALIZARSE NEUVAMETNE PERO NO LO HIZO VA A LA CONSULTA EXTERNA ESTE LUNES SE VE FRANCAMENTE DESNUTRIDO INDICA ESTAR COMIENDO NO HA SUBIDO DE PESO CON ALBUMINA DE 1,7 POR LO CUAL SE INDICA QUE DEBE HOSPITALIZARSE PARA REPLECION NUTRICIONAL Y MANEJO CONJUTNO CON PSIQUIATRIA TIENE PARACLINICOS DEL DOMINGO DE PERFIL BIOQUIMICO POR LO CUAL SE SUSPENDE ORDENES DE PARACLINICOS HOY

PACIENTE CON DEPRESION EN DESNUTRICION SEVERA QUE DEBE

REPLETARSE POR VIA ORAL SUPLEMENTOS ORALES Y PARENTERAL, MANEJO CONJUNTO CON PSIQUIATRIA SE SOLICITA ANALISIS DE COMPOSICION CORPORAL Y VALORACION POR PERDIDA MASIVA DE PESO + TVP

HOSPITALIZACION EN EL PISO IC SOPORTE NUTRICIONA REUMATOLOGIA IC PSIQUIATRIA DIETA HIPOGLUCIA HIPOGRASA MEDIA PORCION IMPEDANCIOMETRIA POR FRANK

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.04.2018

Hora Registro: 15:15:37

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA EDAD: 41 AÑOS MEDICO ACOMPAÑADO DE SU TIA, BUENOS INFORMANTES. ANTECEDENTES: SLEEVE HACE 3 AÑOS. HIV POSITIVO EN MANEJO ANTIRRETROVIRAL. Paciente conocido por el grupo de psiquiatria con diagnostico de trastorno depresivo, que no tolero el manejo con sertralina, fluvoxamina por sintomas gastricos. En la actualidad esta siendo manejado con duloxetine 60mg con evolucion favorable, negando tristeza, ansiedad, ideas de minusvalia, desesperanza, muerte, sin ideas de preocupaciona, sin rumiacion depresiva, ansiosa, sin anhedonia, con buen desempeño en sus ocupaciones laborales y academicas. Reporta que unicamente los domingos siente episodios leves de tristeza. Esta durmiendo bien. Niega sintomas psicoticos, maneiformes, confusionales o alteraciones cognitivas.

En cama, emaciado, colaborador, euquinetico, eutimico, coherente, relevante, buen tono de voz, buen intervalo pregunta respuesta, sin ideas de minusvalia, desesperanza, muerte o autoagresion, sin ideas sobrevaloradas, sin rumiacion depresiva o ansiosa, sin alucinaciones, alerta, orientado, euprosexico, sin alteracion del calculo o la memoria, juicio conservado.

Paciente con trastorno depresivo en manejo con duloxetine 60mg, medicamento con el cual ha evolucionado favorablemente según su reporte y el de su acompañante (tia), negando tristeza, ansiedad, ideas de minusvalía, desesperanza, ideas de tipo catastrófico, insomnio o anhedonia. Ha continuado con su actividad laboral y académica, la cual según él realiza sin dificultades y aparentemente no siente exceso de estrés. Nego efectos adversos de la medicación psiquiátrica. Considero que debe continuar con el medicamento antidepresivo, ser acompañado por psicología y tener vigilancia

psiquiátrica semanal durante la hospitalización.

1. Duloxetine cap 60mg: una con el almuerzo 2. Psicología.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 27.04.2018

Hora Registro: 09:19:06

Responsable: ESTRADA SALAZAR, FLOR ESNEDA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Nutrición

Alexander marin larrahondo Edad: 41 años Acompañado de su tia, buenos informantes. Diagnósticos: - desnutrición proteica calórica - trastorno depresivo Antecedentes: - sleeve hace 3 años - hiv positivo Antropometría Peso hace 3 años: 116kg Peso actual: 67kg Estatura: 1.76m Imc: 21.6kg/m2 Marcada depleción de masa muscular Requerimiento 2261kcal/dia mifflin st jeor (msj) Alimentarios Ingesta adecuada de alimentos + 6 medidas de nessucar/día + 45gr de glutapak r Gastrointestinal Deposiciones liquidas en mejoría Paraclínicos 26.04.2018 Hb 10.2** hcto 30.8** leu 3.470** plaq 176000 vit d 13.7** vit b12 1677** acido folico 1.5 glicemia 76 bun 18.9 crea 0.7 colesterol 50 hdl 23 tgc 68 bt 0.5 db 0,4 albumina 1,7** proteinas totales 4.6** na 137 k 3,0** mg 1,72 transferrina 88.7

Paciente de 41 años con antecedente de sleeve, vih positivo, trastorno depresivo y desnutrición crónica secundaria, por lo que nos generan interconsulta. Actualmente paciente estable, orientado, se observa con marcado compromiso nutricional y extremidades inferiores edematizadas, refiere una adecuada ingesta de alimentos y productos nutricionales (nessucar + glutapak r), sin embargo relata preocupación por pérdida progresiva de peso a pesar de múltiples manejos dietarios, tendiendo presente cuadro de deposiciones liquidas en los últimos meses, el cual ya va en mejoría, con reporte de hipoalbuminemia. Se considera un paciente complejo, al cual ya se le han hecho varias intervenciones nutricionales en hospitalización previas sin éxito, por lo que consideramos necesario valoración por grupo de soporte nutricional con el fin de determinar si se beneficia de nutrición parenteral.

Nutrición Valoración por medico soporte para definir manejo de nutrición parenteral *Dieta Blanda. HPGL TC Sin lácteos

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 27.04.2018

Hora Registro: 09:19:34

Responsable: ESTRADA SALAZAR, FLOR ESNEDA

Nutrición Valoración por medico de soporte para definir manejo de nutrición parenteral *Dieta Blanda. HPGL TC Sin lácteos

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.04.2018

Hora Registro: 14:48:08

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

REUMATOLOGIA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO (cc: 7702874, 41 años, o/p neiva/cali, medico-sos) ENFERMEDAD ACTUAL paciente de 41 años remitido de la consulta externa de cirugia bariatrica por dra dorado, se toma copia de la atención. Paciente que desde la ultima hospitalizacion indicó depresion en manejo con psiquiatria con trasgresiones a la dieta lo cual le originaba diarrea en enero fue la ultima hospitalizacion por diarrea se ordena colonoscopia y biopsias sin ninguna alteración en febrero telefonicamente se habló con el aun con diarrea depresion se recomendo hospitalizacion pero no lo hizo ahora lo veo mas emaciado indica que esta comeindo mejor ha subido de peso tuvo un episodio de tvp jun 2017, bypass gastrico (113-68), dic 2017 tvp sin causa aparente. 2014 hiv+, en tto antiretrovial, carga viral indetectable desde entonces. consulta para estudio inmunologico. en el momento asintomatico. tratamiento actual: ferroprotina, creon, neurobion, enterogermina, centrum, ensure, clexane 60x2 (dic 2017, por 3 meses) EXAMEN FÍSICO: T35,9 FC 83 FR 18 TA 89/65 TAM73 SATO2 100% Facies caqueticas Ojos: pupilas isocóricas normo-reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. Cuello: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncos. Abdomen: Normal. Extremidades: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. Edemo simetrico de miembros inferiores Piel: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. Neurológico: Sin déficit neurológico. Animo de fondo triste lenguaje laconico. ANALISIS Paciente co antecedente de VIH, manejado con cirugia bariatrica

quien ha hecho episodios de TVP, estudiado por hematología por hipercoagulabilidad, con mutación de v LEIDEN Y PROTROMBINA NEGATIVAS, nos interconsultan por sospecha de fenómeno autoinmune que explique estado de hipercoagulabilidad, se considera evaluar con perfil inmune con ANAs, ENAs, perfil de SAF y ANCAs, no se solicita anticoagulante lúpico ya que paciente ya está anticoagulado con heparina, debe continuar anticoagulado por el momento.

FECHA 29.01.18 22.04.18 Hb (g/dL) 12.4 10.2 Hcto: (%) 37.8 30.8 Leucocitos: (/mm³) 3550 3470 Neutrófilos: (%) 1280 1610 Linfocitos: (%) 1910 1560 Monocito: (%) 300 270 Eosinófilos (%) 30 10 Plaquetas: (/mm³) 192. 176. VSG: (mmHg) PCR: (mg/dL) 0.13 Glicemia: (mg/dL) HB1AC 4.3% BUN: (mg/dL) 18.9 Creatinina: (mg/dL) 0.75 Bil total 0.53 Bil directa 0.4 AST: (UI/L) ALT: (UI/L) TSH: T4L: Vitamina B12 1604 1677 Transferrina 134.1 88.74 Albumina 2.58 1.77 Ácido fólico 1.52 Vit D25 OH 13.72* CPK (mg/dL) 81 Col. T. (mg/dL) 50 Trigl. T. (mg/dL) 68 HDL: (mg/dL) 23.7 LDL: (mg/dL) 14 Sodio: 137 Potasio 3.05 DHL: TP: TTP: Calcio Fósforo PTH Factor reumatoide <10 ANAs Negativo C3: 66.58 C4: 15.21 Anti Ro 6.6 Anti La 5.7 Anti Sm 1.6 Anti-RNP 2.3 aCL IgG 1.7 aCL IgM 1.0 Anticoagu lúpico 1.09 Homocisteína 13.53(5.45-16.2) Coombs dir Uroanálisis Proteínas negativo G.R. <1xc G.B. 3xc Nitritos negativo Cilindros hial. Cilindros cer. Bact. Carga viral No detectado LINFOCITOS T CD3 1471(75%) CD4 702(36%) Factor Vleiden mut normal Protombina mutación normal

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.04.2018

Hora Registro: 13:16:55

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX DESNUTRICION SEVERA DEPRESION MAYOR HIPOKALEMIA

PACIENTE ESTABLE AUN NO LO HA VALORADO SOPORTE NUTRICIONAL YA VISTO POR PSIQUIATRIA TOLERANDO DIETA TOMANDO MODULO

PENDIETNE VALORACION POR SOPORTE NUTRICIONAL PARA INICIO DE NPT

VALORACION POR SOPORTE

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.04.2018

Hora Registro: 13:20:13

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Evolución

DX DESNUTRICION SEVERA DEPRESION MAYOR HIPOKALEMIA ANTC TVP HIV

PACIENTE DE MEJOR SEMBLANTE INDICA NAUSEAS AL DESAYUNAR
TOLERANDO LA DIETA NO DIARREAS SIGNOS VITALES ESTABLES YA
VALORADO POR SOPORTE CON PIC PENDIENTE INICIO DE NPT

PACIENTE QUE AYER NO LO VALORO PSIQUIATRIA CON DEPRESION MAYOR
QUE ES LA CAUSA DE SU HOSPITALIZACION Y DE ESTA SE DERIVA LA
DESNUTRICION POR PARTE DE CX SE INICIA PLASIL IV EN LA MAÑANA PARA
NAUSEAS CON SOLK PARA MANEJO DE HIPOKALEMIA

PLASIL 10 MG AM ANTES DEL DESAYUNO PENDIENTE SEGUIMIENTO POR
PSIQUIATRIA PENDIENTE INICIO DE NPT

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.04.2018

Hora Registro: 14:06:51

Responsable: GARCIA MARIN, ALBERTO FEDERICO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO 41 AÑOS
ENFERMEDAD ACTUAL RECIBIÓ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR OBESIDAD
MÓRBIDA: OCT 23 2013 SLEEVE GÁSTRICO. DESPUÉS DE UNA BUENA
RESPUESTA INICIAL, GANANCIA DE PESO POR LO QUE FUE REINTERVENIDO:
JUN 2017, BYPASS GASTRICO. EN 2014 DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR
HIV. ACTUALMENTE EN EN TTO ANTIRETROVIAL, CARGA VIRAL
INDETECTABLE DESDE ENTONCES. HA CURSADO CON DEPRESIÓN MAYOR EN
EL ÚLTIMO AÑO, LO QUE HA MOTIVADO TRANSGRESIONES A LA DIETA. HA
PRESENTADO EPISODIOS DE DIARREA, POR LO QUE DEBIÓ RECIBIR
TRATAMIENTO HOSPITALARIO. DETERIORO NUTRICIONAL PROGRESIVO, A
PESAR DE SUPLEMENTACIÓN ORAL Y AJUSTES, A LOS CUALES SE MUESTRA

POCO ADHERENTE. ANTECEDENTES DIC 2017 TVP SIN CAUSA APARENTE. APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO INFECCIÓN POR VIH DEPRESIÓN MAYOR. EXAMEN FÍSICO: T35,9 FC 83 FR 18 TA 89/65 TAM73 SATO2 100% TALLA 177 PESO ACTUAL 67 KG APARIENCIA CAQUÉTICA. EDEMA DE MMII PARACLÍNICOS HB 10.2 HCTO 30.8 LEUCOCITOS 3470 NEUTRÓFILOS 1610 LINFOCITOS 1560 PLAQUETAS 176. VSG: (MMHG) BUN 18. CREATININA: 0.75 BIL TOTAL 0.53 BIL DIRECTA 0.4 VITAMINA B12 1677 TRANSFERRINA 88.74 ALBUMINA 1.77 ACIDO FOLICO 1.52 VITD D25 OH 13.72* COL. T. (MG/DL) 50. TRIGL. T. (MG/DL) 68. HDL: (MG/DL) 23.7. LDL: (MG/DL) 14 COMENTARIO: DESNUTRICIÓN SEVERA. LIMITACIÓN ACTUAL PARA LA ALIMENTACIÓN: MODIFICACIÓN ANATÓMICA, INGESTA INAPROPIADA Y DESNUTRICIÓN. ES DE ESPERAR REGRESO A UNA INGESTA SUFICIENTE DESPUÉS DE CURSO DE SOPORTE CON NUTRICIÓN PARENTERAL, AJUSTES DIETÉTICOS Y DEL COMPORTAMIENTO. SE PROGRAMA RÉGIMEN HIPOCALÓRICO E HIPOPROTÉICO. SE SOLICITAN PARACLÍNICOS DE CONTROL. SE HARÁN AJUSTES DE ACUERDO A LA RESPUESTA. ALBERTO GARCÍA SOPORTE NUTRICIONAL

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.04.2018

Hora Registro: 09:20:35

Responsable: HORMAZA JARAMILLO, ANDRES ALBERTO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

REUMATOLOGIA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO (cc: 7702874, 41 años, o/p neiva/cali, medico-sos) ENFERMEDAD ACTUAL paciente de 41 años remitido de la consulta externa de cirugia bariatrica por dra dorado, se toma copia de la atención. Paciente que desde la ultima hospitalizacion indicó depresion en manejo con psiquiatria con trasgresiones a la dieta lo cual le originaba diarrea en enero fue la ultima hospitalizacion por diarrea se ordena colonoscopia y biopsias sin ninguna alteración en febrero telefonicamente se habló con el aun con diarrea depresion se recomendo hospitalizacion pero no lo hizo ahora lo veo mas emaciado indica que esta comeindo mejor ha subido de peso tuvo un episodio de tvp jun 2017, bypass gastrico (113-68), dic 2017

tvp sin causa aparente. 2014 hiv+, en tto antiretrovial, carga viral indetectable desde entonces. consulta para estudio inmunologico. en el momento asintomatico. tratamiento actual: ferroprotina, creon, neurobion, enterogermina, centrum, ensure, clexane 60x2 (dic 2017, por 3 meses)
 EXAMEN FÍSICO: T 36 FC 74 FR 21 TA 69/40 SAT: 97% Facies caqueticas
 Ojos: pupilas isocóricas normo-reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. Cuello: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncos. Abdomen: Normal. Extremidades: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. Edema simétrico de miembros inferiores Piel: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. Neurológico: Sin déficit neurológico. Animo de fondo triste lenguaje laconico. ANALISIS PACIENTE
 con antecedente de VIH, manejado con cirugía bariátrica quien ha hecho episodios de TVP, estudiado por hematología por hipercoagulabilidad, con mutación de v LEIDEN Y PROTROMBINA NEGATIVAS, nos interconsultan por sospecha de fenómeno autoinmune que explique estado de hipercoagulabilidad. Se solicitó perfil inmune ANAs, ENAs, y de SAF - ANCAs, hasta el momento tiene negativo perfil de SAF anti DNA, ENAs y ANCAs, pendiente algunos paraclínicos, debe continuar anticoagulado por el momento, por parte de reumatología igual manejo médico.

FECHA 29.01.18 22.04.18 28.4.18 Hb (g/dL) 12.4 10.2 Hcto: (%) 37.8 30.8
 Leucocitos: (/mm³) 3550 3470 Neutrófilos: (%) 1280 1610 Linfocitos: (%) 1910 1560 Monocitos: (%) 300 270 Eosinófilos (%) 30 10 Plaquetas: (/mm³) 192. 176. VSG: (mmHg) PCR: (mg/dL) 0.13 Glicemia: (mg/dL) HB1AC 4.3%
 BUN: (mg/dL) 18.9 Creatinina: (mg/dL) 0.75 Bil total 0.53 Bil directa 0.4 AST: (UI/L) ALT: (UI/L) TSH: T4L: Vitamina B12 1604 1677 Transferrina 134.1
 88.74 Albumina 2.58 1.77 Acido fólico 1.52 Vitd D25 OH 13.72* CPK (mg/dL) 81 Col. T. (mg/dL) 50 46 Trigl. T. (mg/dL) 68 61 HDL: (mg/dL) 23.7 LDL: (mg/dL) 14 10.8 Sodio: 137 144 Potasio 3.05 3.03 DHL: TP: TTP: Calcio Fósforo PTH Factor reumatoide <10 ANAs Negativo Anti DNA EIA 12.9 C3: 66.58 C4: 15.21 Anti Ro 6.6 2 Anti La 5.7 1.5 Anti Sm 1.6 0.6 Anti-RNP 2.3 1.8 aCL IgG 1.7 2.1 aCL IgM 1.0 0.5 B2 Gp I IgG 2.2 B2 Gp I IgM 1 Anti PR3 1.2 Anti MPO 1.2 Anticoagulo lupico 1.09 Homocisteína 13.53(5.45-16.2) Coombs dir Uroanálisis Proteínas negativo G.R. <1xc G.B. 3xc Nitritos negativo Cilindros hial. Cilindros cer. Bact. Carga viral No detectado LINFOCITOS T CD3 1471 (75%) CD4 702(36%) Factor Vleiden mut normal Protombina mutacion normal

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.04.2018

Hora Registro: 12:12:41

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX DEPRESION MAYOR DESNUTRICION SEVERA HIV +

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES TOLERANDO LA DIETA BLANDA NO DIARREA SE VE DE MEJOR SEMBLANTE ACOMPAÑADO DEL PADRE CON NPT DE MEJOR ANIMO

PACIENTE QUE DEBE SER VALORADO POR SU PSIQUIATRA DE CABECERA PARA DEFINIR MANEJO PSIQUIATRICO POR LO PRONTO ESTA SEMANA ESTARA HOSPITALIZADO PARA MANEJO NUTRICIONAL Y SE DEFINIRA MANEJO CONJUNTO EN BETANIA O CON HOMECARE

IGUAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.04.2018

Hora Registro: 14:25:58

Responsable: GARCIA MARIN, ALBERTO FEDERICO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO 41 AÑOS

PROBLEMAS - PO REMOTO DE SLEEVE GÁSTRICO Y BYPASS GÁSTRICO -

INFECCIÓN POR HIV - DEPRESIÓN MAYOR. - DESNUTRICIÓN SEVERA

TOLERÓ NPT, SIN DEQUILIBRIO APARENTE PARACLÍNICOS HB (G/DL) 12.4

HCTO: 37.8 LEUCOCITOS 3550 NEUTRÓFILOS 1280 LINFOCITOS 1910

PLAQUETAS 192 COMENTARIO: DESNUTRICIÓN SEVERA. LIMITACIÓN

ACTUAL PARA LA ALIMENTACIÓN: MODIFICACIÓN ANATÓMICA, INGESTA

INAPROPIADA Y DESNUTRICIÓN. SE INICIÓ NPT. APARENTE BUENA

TOLERANCIA. SE INCREMENTA SUMINISTRO DE NUTRIENTES

NORMOCALÓRICO, CON 1.3 GM DE PROTEINAS POR KG/DÍA. ESPERAMOS

QUE LA INGESTA DEL PACIENTE SUMINISTRE LO REQUERIDO PARA PROVEER

LA REPLECIÓN ALBERTO GARCÍA SOPORTE NUTRICIONAL

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.04.2018

Hora Registro: 16:05:29

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA EDAD: 41 AÑOS MEDICO ACOMPAÑADO DE SU TIA, BUENOS INFORMANTES. ANTECEDENTES: SLEEVE HACE 3 AÑOS. HIV POSITIVO EN MANEJO ANTIRRETROVIRAL. Paciente conocido por el grupo de psiquiatria con diagnostico de trastorno depresivo, que no tolero el manejo con sertralina, fluvoxamina por sintomas gastricos. En la actualidad esta siendo manejado con duloxetine 60mg con evolucion favorable, negando tristeza, ansiedad, ideas de minusvalia, desesperanza, muerte, sin ideas de preocupaciona, sin rumiacion depresiva, ansiosa, sin anhedonia, con buen desempeño en sus ocupaciones laborales y academicas. Reporta que unicamente los domingos siente episodios leves de tristeza. Esta durmiendo bien. Niega sintomas psicoticos, maneiformes, confusionales o alteraciones cognitivas. EVOLUCION Paciente tranquilo, niega tristeza (0/10), niega ansiedad (0/10), niega anhedonia, niega ideas de minusvalia, niega ideas de desesperanza, niega ideas de muerte o autoagresion, reporta un adecuado patron de sueño, reporta deseos de interactuar con su familia y allegados, tiene prospeccion. En el ultimo mes reporta un adecuado funcionamiento ocupacional, con asistencia al trabajo y a la universidad (estudia derecho). Refiere buen desempeño academico. No describe efectos adversos de la medicacion psiquiatrica.

En cama, emaciado, colaborador, euquinetico, eutimico, coherente, relevante, buen tono de voz, buen intervalo pregunta respuesta, sin ideas de minusvalia, desesperanza, muerte o autoagresion, sin ideas sobrevaloradas, sin rumiacion depresiva o ansiosa, sin alucinaciones, alerta, orientado, euprosexico, sin alteracion del calculo o la memoria, juicio conservado.

Me solicitan reevaluar el paciente insistiendo en la presencia de un cuadro

depresivo mayor activo en el momento. Asisto a interconsulta y con el consentimiento del paciente, solicito el acompañamiento de la medica de piso y la enfermera jefe a mi entrevista con el objetivo de evaluar contextos transferenciales, procedo a hacerla de forma semiestructurada con base en los criterios del DSM V, no encontrando en este momento un cuadro clinico que configure un trastorno depresivo mayor. El paciente viene desde hace un mes con actividad ocupacional a nivel academico y laboral con un desempeño aceptable, incluso en parciales de su universidad, obteniendo aparentemente buenas calificaciones; ademas niega sentirse triste, no describe ideas de minusvalia, desesperanza, ni muerte, niega anhedonia, niega deseos de aislarse, tiene prospeccion en el momento. Lo anterior ha sido corroborado por familiares previamente. Explica las limitaciones alimentarias en el momento, por intolerancia a algunos tipos de dieta y la presencia de diarrea. * En el analisis con el equipo que me acompaño a la entrevista no se encontraron diferencias respecto al concepto de que el paciente en el momento no se encontraba deprimido, desde las diferentes perspectivas.

1. Duloxetina cap 60mg: una con el almuerzo 2. Psicología.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 30.04.2018

Hora Registro: 12:14:06

Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

NUTRICION

Alexander marin larrahondo Edad: 41 años SOLO Diagnósticos: - desnutrición proteica calórica Antecedentes: - sleeve hace 3 años - hiv positivo

Antropometría Peso hace 3 años: 116kg Peso actual: 67kg Estatura: 1.76m

Imc: 21.6kg/m² Marcada depleción de masa muscular Requerimiento

2261kcal/dia mifflin st jeor (msj) Alimentarios EN CASA SUPLEMENTADO CON

6 medidas de nessucar/día + 45gr de glutapak r Gastrointestinal Deposiciones liquidas en mejoría Paraclínicos 28/04/2018 COLESTEROL TOTAL 46.00

TRIGLICERIDOS 61.00 SODIO EN SUERO 144.00 POTASIO EN SUERO 3.03

CLORO 107.80 MAGNESIO 1.93 CALCIO 7.41 FOSFORO 3.49 COLESTEROL LDL DIRECTO 10.80

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE VIH Y BY PASS GASTRICO QUE HA

DESMEJORADO PROGRESIVAMENTE EL ESTADO NUTRICIONAL A PESAR DE MULTIPLES CAMBIOS DIETARIOS Y MEDIDAS DE APOYO NUTRICIONAL ORALES A LOS CUALES APAENTEMENTE ES ADHERENTE, VALORADO POR PSQUIATRIA DESCARTA SALUD MENTAL ALTERADA, REGISTRA MULTIPLES MARCADORES BIOQUIMICOS DE MALNUTRICIÓN SEVERA, PERDIDA DE TEJIDOS FUNCIONALES E HISTORIA DE DEPOSCIONES DE ALTO GASTO, ACTUALMENTE ES TRATADO CON NUTRICION PARENTERAL Y VIA ORAL A TOLERANCIA, EVIDENCIA MEJORÍA DE EDEMAS EN EXTREMIDADES Y LA INGESTA ES RELATIVAMENTE ACEPTABLE. MODIFICO LA DIETA SEGUN SU PREFERENCIA Y TOLERANCIA

DIETA BL HGL TC. MEDIASD PORCIONES, BAJA EN GAS, NO LACTEOS, NO SALSAS EN PROTEINA NUTRICIÓN PARENTERAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.04.2018

Hora Registro: 12:16:58

Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

NUTRICION

*

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE VIH Y BY PASS GASTRICO QUE HA DESMEJORADO PROGRESIVAMENTE EL ESTADO NUTRICIONAL A PESAR DE MULTIPLES CAMBIOS DIETARIOS Y MEDIDAS DE APOYO NUTRICIONAL ORALES A LOS CUALES APAENTEMENTE ES ADHERENTE, VALORADO POR PSQUIATRIA DESCARTA ALTERACION AGUDA DE LA SALUD MENTAL, REGISTRA MULTIPLES MARCADORES BIOQUIMICOS DE MALNUTRICIÓN SEVERA, PERDIDA DE TEJIDOS FUNCIONALES E HISTORIA DE DEPOSCIONES DE ALTO GASTO, ACTUALMENTE ES TRATADO CON NUTRICION PARENTERAL Y VIA ORAL A TOLERANCIA, EVIDENCIA MEJORÍA DE EDEMAS EN EXTREMIDADES Y LA INGESTA ES RELATIVAMENTE ACEPTABLE. MODIFICO LA DIETA POR PREFERENCIA Y TOLERANCIA DEL PACIENTE

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.04.2018

Hora Registro: 15:01:15

Responsable: GUERRERO DUQUE, STELLA

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

PSIQUIATRIA 41 años Trastorno Depresivo HIV positivo Antecedente de Sleeve hace tres años Duloxetine 60mg/ día Entrevisto al paciente solo. Confiabilidad buena. 30 Abril 2018 Entrevisto en profundidad al paciente explorando con detalle los síntomas afectivos que me ha referido en el pasado. El paciente es enfático en la relación de la tristeza y la irritabilidad con los episodios de diarrea "es que me siento mal, me da rabia y no me dan ganas de salir así porque para qué". Sobre el tema afirma que ha identificado algunos alimentos que desencadenan y/o intensifican los síntomas gastrointestinales "el sancocho, y a veces las pepas". Afirma que en este momento se siente tranquilo, alegre, confiado, "porque no tengo diarrea y ya me resolvieron el tema de las proteínas que es algo que me preocupa, que me suba la albúmina porque ya tenía los pies hinchados como una embarazada". Confronto al paciente sobre la diferencia de su relato en esta oportunidad con el de hace un mes en la cita ambulatoria, e insiste en la relación que sus síntomas afectivos tienen con los gastrointestinales "Es que en esos días estaba remal de la diarrea y por eso me sentía muy mal,..., yo mientras no la tengo estoy bien". Afirma que no toma la Duloxetine desde hace un mes. Exploro las otras áreas de funcionamiento (social, laboral, académica) pero no encuentro elementos que indiquen interferencia por síntomas afectivos.

Evaluación inicial 26 de Abril Paciente conocido por el grupo de psiquiatría con diagnóstico de trastorno depresivo, que no tolera el manejo con sertralina, fluvoxamina por síntomas gástricos. En la actualidad está siendo manejado con duloxetine 60mg con evolución favorable, negando tristeza, ansiedad, ideas de minusvalía, desesperanza, muerte, sin ideas de preocupaciones, sin rumiación depresiva, ansiosa, sin anhedonia, con buen desempeño en sus ocupaciones laborales y académicas. Reporta que únicamente los domingos siente episodios leves de tristeza. Está durmiendo bien. Niega síntomas psicóticos, maníacos, confusionales o alteraciones cognitivas.

EXAMEN MENTAL: Apariencia y actitud: Encuentro al paciente acostado en la cama de su habitación, viste bata hospitalaria y un gorro de lana, tiene aspecto cuidado, emaciado, es amable, colaborador y establece contacto visual con el entrevistador. Actividad motora: Sin alteraciones motoras evidentes. Afecto: Modulado, Resonante, Congruente Lenguaje: Eulálico Pensamiento: Coherente,

niega ideas de muerte ni de suicidio, no se observan ideas delirantes, Lógico. Sensorio: Niega alteraciones. Sensorio: Alerta, euproséxico, orientado, sin compromiso evidente de memoria ni cálculo, inteligencia impresionable promedio. Juicio y Raciocinio: Conservados Introspección: Acorde con su situación Prospección: Conservada.

Durante la evaluación no encuentro elementos que indiquen la presencia de algún trastorno afectivo que pudiera afectar su evolución. Así mismo, considero que no es prudente continuar administrando antidepresivos. Discuto con el paciente las opciones y acordamos que debe seguir en manejo ambulatorio por Psicología (terapia cognitivo-conductual) y controles por Psiquiatría.

- Suspender Duloxetina - Continuar manejo ambulatorio por Psicología (Terapia Cognitivo- conductual) - Continuar controles ambulatorios por Psiquiatría. Cierro interconsulta.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 30.04.2018

Hora Registro: 15:01:44

Responsable: GUERRERO DUQUE, STELLA

PSIQUIATRIA - Suspender Duloxetina - Continuar manejo ambulatorio por Psicología (Terapia Cognitivo- conductual) - Continuar controles ambulatorios por Psiquiatría. Cierro interconsulta.

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.04.2018

Hora Registro: 17:10:04

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX ANOTADOS

PACIENTE TOLERADO DIETA CON NPT YA FUE VALORADO POR PSIQUIATRIA E INDICA QUE PUEDE SEGUIR MANEJO AMBULATORIO TIENE PENDIENTE IMPEDANCIOMETRIA POR NUTRICION

SE HABLA CON EL PACIENTE Y SE EMPEZARA EL TRAMITE DE HOMECARE PARA LA NUTRICION PARENTERAL Y SIGUE CON PSIQUIATRIA ESTA SE DARA

POR 20 DIAS MAS

IGUAL IMPEDANCIO

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.04.2018

Hora Registro: 19:23:49

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO 41 AÑOS
PROBLEMAS - PO REMOTO DE SLEEVE GÁSTRICO Y BYPASS GÁSTRICO -
INFECCIÓN POR HIV - DEPRESIÓN MAYOR. - DESNUTRICIÓN SEVERA

Seguimiento soporte nutricional Mejor condición general Normalidad
macrovascular. No datos de hipoperfusión Recibe via oral con mejor ingesta
Paciente con antecedente de cirugía bariátrica con deterioro nutricional
evidente en valoración clínica, antropométrica y bioquímica. Iniciado soporte
nutricional parenteral. último control paraclínico con hipokalemia leve Se ajusta
mezcla con base en peso real con 18 Kcal y 1.35 g kg día de proteína. Se
plantea la opción de soporte domiciliario que es posible. Solicito para mañana
paraclínicos de contro para ajustar mezcla Atentos a evolución JOSE LUIS
ALDANA DÍAZ SOPORTE NUTRICIONAL

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.05.2018

Hora Registro: 10:49:02

Responsable: ECHEVERRI GARCIA, ALEX

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

REUMATOLOGIA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO (cc: 7702874, 41 años,
o/p neiva/cali, medico-sos) ENFERMEDAD ACTUAL paciente de 41 años
remitido de la consulta externa de cirugía bariátrica por dra dorado, se toma
copia de la atención. Paciente que desde la ultima hospitalización indicó
depresión en manejo con psiquiatría con trasgresiones a la dieta lo cual le

originaba diarrea en enero fue la ultima hospitalizacion por diarrea se ordena colonoscopia y biopsias sin ninguna alteración en febrero telefonicamente se habló con el aun con diarrea depresion se recomendo hospitalizacion pero no lo hizo ahora lo veo mas emaciado indica que esta comeindo mejor ha subido de peso tuvo un episodio de tvp jun 2017, bypass gastrico (113-68), dic 2017 tvp sin causa aparente. 2014 hiv+, en tto antiretrovial, carga viral indetectable desde entonces. consulta para estudio inmunologico. en el momento asintomatico. tratamiento actual: ferroprotina, creon, neurobion, enterogermina, centrum, ensure, clexane 60x2 (dic 2017, por 3 meses) **SUBJETIVO:** Se siente mejor. no dolor en pierna. Informa adherencia a clexane. No disnea. No sangrado. **EXAMEN FÍSICO:** Afberil FC 70 FR 20 TA 100/60 Facies caqueticas Ojos: pupilas isocóricas normo-reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. **ORL:** normal. Boca: no evidencia de xerostomía. Cuello: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. **Cardiopulmonar:** ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncós. **Abdomen:** Normal. **Extremidades:** no presenta signos inflamatorios articulares. **Tinel:** negativo, **Phalen:** negativo. **Puntos de FM:** 0/18. **Edemo** simetrico de miembros inferiores **Piel:** sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. **Neurológico:** Sin déficit neurológico. **Animo** de fondo triste lenguaje laconico. **ANALISIS** Paciente con antecedente de VIH, manejado con cirugia bariatrica quien ha hecho episodios de TVP, estudiado por hematologia por hipercoagulabilidad, con mutacion de factor V LEIDEN Y PRPTROMBINA **NEGATIVAS.** Tiene estudios previos inmunologicos negativos. Se solicitó perfil inmune ENAs, antiDNA, SAF y ANCA's negativos. Pendiente ANAs (previo negativo). Debe continuar anticoagulacion. No cambios por reumatologia. Se deja orden de control por consulta externa. Se cierra IC.

FECHA 29.01.18 22.04.18 28.4.18 01.05.18 Hb (g/dL) 12.4 10.2 Hcto: (%) 37.8 30.8 Leucocitos: (/mm³) 3550 3470 Neutrófilos: (%) 1280 1610 Linfocitos: (%) 1910 1560 Monocito: (%) 300 270 Eosinófilos (%) 30 10 Plaquetas: (/mm³) 192. 176. PCR: (mg/dL) 0.13 HB1AC 4.3% BUN: (mgr/dL) 18.9 6.5 Creatinina: (mgr/dL) 0.75 0.46 Bil total 0.53 Bil directa 0.4 Vitamina B12 1604 1677 Transferrina 134.1 88.74 Albumina 2.58 1.77 Acido folico 1.52 Vitd D25 OH 13.72* CPK (mg/dL) 81 Col. T. (mg/dL) 50 46 Trigl. T. (mg/dL) 68 61 HDL: (mg/dL) 23.7 LDL: (mg/dL) 14 10.8 Sodio: 137 144 141 Potasio 3.05 3.03 4.6 Factor reumatoide <10 ANAs Negativo pte C3: 66.58 C4: 15.21 Anti Ro 6.6 2 Anti La 5.7 1.5 Anti Sm 1.6 0.6 Anti-RNP 2.3 1.8 aCL IgG 1.7 2.1 aCL IgM 1.0 0.5 B2 Gp I IgG 2.2 B2 Gp I IgM 1 Anti PR3 1.2 Anti MPO 1.2 Anticoagu lupico 1.09 Homocisteina 13.53(5.45-16.2) LINFOCITOS T CD3 1471

(75%) CD4 702(36%) Factor Vleiden mut normal Protombina mutacion normal
 Uroanálisis Proteínas negativo G.R. <1xc G.B. 3xc Nitritos negativo Carga viral
 No detectado

...

....

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.05.2018

Hora Registro: 12:26:22

Responsable: SERPA SERPA, JOSE MAURICIO

Especialidad: FISIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

FISIATRÍA: 41 AÑOS, MASCULINO. - Trastoro Depresivo. - HIV positivo. -

Antecedente de Sleeve hace tres años. - Duloxetina 60mg/ día. - Entrevisto al
 paciente solo. Confiabilidad buena. Actualmente no refiere dolor Refiere
 episodios de parestesias en miembro inferior izquierdo acopañado de debilidad
 es independiente en movilidad requiere ayuda para autocuidado

Alerta en decubito supino marcada atrofia muscular generalizada. hiporreflexia
 patelar y aquiliano bilateral refiere sensibilidad normal FUerza muscular 4/5 en
 4 extremidades Patrones funcionales completos con miembros superiores

paciente que requiere inicio de proceso rehabilitador para mejorar movilidad en
 AVD

terapia física para: - Movilidad articular - Mejorar y mantener fuerza -
 entrenamiento en transiciones - estimular sedente y marcha - propiocepción y
 equilibrio - prevenir caidas puede y debe continuar en proceso rehabilitador de
 manara ambulatoria y domiciliaria luego del alta.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 01.05.2018

Hora Registro: 12:42:17

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

IC FISIATRIA SE MONTA HOMECARE PARA NPT Y TERAPIA FISICA

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.05.2018

Hora Registro: 12:46:33

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX DESNUTRICION SEVERA DEPRESION EN MANEJO

PACIENTE DE BUENA ANIMO TOLERANDO DIETA INDICA QUE HA TENIDO PERDIDA DE FUERZA DE LAS PIERNAS YA TIENE EMG TIENE PENDIENTE VALORACION POR FISIATRIA AMBULATORIA

PACIENTE QUE NO AMERITA MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR PSIQUIATRIA TIENE PENDIENTE LA MEDICION DE LA COMPOSICION CORPORAL VALORACION POR FISIATRIA PARA RECUPERACION

IC FISIATRIA SE MONTA HOMECARE PARA NPT Y TERAPIA FISICA

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.05.2018

Hora Registro: 15:19:01

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO 41 AÑOS
PROBLEMAS - PO REMOTO DE SLEEVE GÁSTRICO Y BYPASS GÁSTRICO -
INFECCIÓN POR HIV - DEPRESIÓN MAYOR. - DESNUTRICIÓN SEVERA

Seguimiento soporte nutricional Encuentro paciente en cama, consciente y orientado Normalidad macrovascular Sin congestión sistémica. N datos de hipoperfusión Me reporta que tolera la vía oral. Cno recibe complemento oral Nutrición parenteral suplementaria en contexto de desnutrición severa.

Antecedente de cirugía bariátrica hace 5 años, inicialmente restrictiva, reintervención el año pasado con bypass. Plan de repleción nutricional que incluye nutrición suplementaria Paraclínicos de control con electrolitos que muestran hipofosfatemia leve. Se realizan ajustes en la mezcla Para cuidado domiciliario se solicita: - Nutrición parenteral suplementaria cíclica 14 horas - Evaluación domiciliaria por nutrición y dietética - Paraclínicos de control semanal: Na, K, Cl, Mg, Ca, P, BUN, creatinina, F alcalina. Puede requerir estudios adicionales según criterio médico - Duración aproximada de intervención nutricional entre 15 días y 1 mes Prescripción ELEMENTOS TRAZA

VIAL 10ML 10 ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML 5 mL MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5 mL (multivitaminas) DEXTROSA 50% / 500 ML 280 mL = 140 g = 482 Kcal AMINOACIDOS 10% SE FCO X 500 ML 900 mL = 90 g = 361 Kcal ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML 180 mL = 180 Kcal SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML 40 mL = 80 mEq POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML 40 mL = 80 mEq (TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ 10 mL 0 2 g GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML 20 CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML 10 Aporte calórico 1200 Kcal = 18 Kcal/kg día Aporte proteico 1.35 Kcal/kg día Relación CNP: N 60 (se restringen calorías no proteicas en mezcla dado que recibe vía oral con consumo de carbohidratos) Durante hospitalización pueden realizarse ajustes adicionales, sobre todo en electrolitos. JOSE LUIS ALDANA DÍAZ SOPORTE NUTRICIONAL

.

.

.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 02.05.2018

Hora Registro: 12:14:12

Responsable: GOMEZ BENAVIDES, NATHALIA MARCELA

Tipo de Evolución: Evolución

TRABAJO SOCIAL

EVALUACION PARA CUIDADO DOMICILIARIO

PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD. IDENTIFICACIÓN: C.C. 7702874 DOMICILIO EN CALI- VALLE, DIRECCIÓN CARRERA 8 B # 14-130, APTO 202. EDIFICIO GENOVA. BARRIO INGENIO 2. INFRAESTRUCTURA TERMINADA, PISO DE BALDOSA, SERVICIOS PÚBLICOS COMPLETOS, NEVERA, LUGAR VENTILADO, HABITACIÓN Y CAMA INDIVIDUAL. HAY TRES HABITACIONES EN EL DOMICILIO. TIENEN DE MASCOTAS TRES PERROS, NO INSECTOS, NO ROEDORES. NO POLVO. CALLES PAVIMENTADAS, FÁCIL ACCESO VEHICULAR. NO CUENTA CON ALMACENAMIENTO PARA RESIDUOS HOSPITALARIOS PERO SE COMPROMETE A IMPLEMENTAR. VIVE EN COMPAÑÍA DE SU PROGENITORA ANA MARIA LARRAHONDO, CONTACTO 3133475351 Y FABIO MARIN CON CONTACTO 16.241.341, CONTACTO 3132673890, SU SOBRINA

MARIA CAMILA LONDOÑO, JHONATAN AYA (ESPOSO DE SOBRINA). CONOCEN LOS CUIDADOS QUE REQUIERE EL PACIENTE Y SE REFUERZAN HERRAMIENTAS DE AUTO CUIDADO Y EDUCACIÓN EN ADHERENCIA TERAPÉUTICA. SE MUESTRAN RECEPTIVOS Y ACTIVOS A GENERAR FACTORES PROTECTORES PARA EL CUIDADO. RELACIONES FAMILIARES DE SOLIDARIDAD, CON ADECUADA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS SEGÚN REFIERE. SE INDAGAN HÁBITOS DE VIDA. MENCIONA CLARIDAD EN SU DIAGNÓSTICO CLÍNICO. NO ANTECEDENTES DE SALUD O ENFERMEDAD MENTAL EN INTEGRANTES DE GRUPO FAMILIAR. NO CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. NO SITUACIONES DE RIESGO O AMENAZA. NO ANTECEDENTES JUDICIALES. SE RETROALIMENTA EN EL SERVICIO

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.05.2018

Hora Registro: 14:11:46

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX DESNUTRICION SEVERA DEPRESION EN MANEJO

PACIENTE DE BUENA ANIMO TOLERANDO DIETA HOY LE REALIZAN IMPEDANCION CON EDEMA BAJO EN MASA MUSCULAR

PACIENTE EN MANEJO CON NUTRICION MIXTA YA SE MONTO HOMECARE PARA MANEJO 20 DIAS CON NPT Y TERAPIA FISICA CONTROL CON CX EN 1 MES CON TRANSFERRINA SERICA

CONTROL CON CX EN 1 MES CON TRANSFERRINA SE MONTA HOMECARE PARA NPT Y TERAPIA FISICA

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 03.05.2018

Hora Registro: 12:14:33

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Soporte nutricional Paciente con trámite de Homecare en curso Se prescribe nutrición parenteral cíclica Gracias.

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.05.2018

Hora Registro: 12:17:59

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO 41 AÑOS
PROBLEMAS - PO REMOTO DE SLEEVE GÁSTRICO Y BYPASS GÁSTRICO -
INFECCIÓN POR HIV - DEPRESIÓN MAYOR. - DESNUTRICIÓN SEVERA

Seguimiento soporte nutricional Mejor condición general Tolera vía oral Ha
pasado afebril Normalidad macrovascular Menor congestión sistémica Plan de
cuidado domiciliario, probablemente egrese hoy - Nutrición parenteral
suplementaria cíclica 14 horas Aporte calórico 1200 Kcal = 18 Kcal/kg día
Aporte proteico 1.35 Kcal/kg día Relación CNP: N 60 (se restringen calorías no
proteicas en mezcla dado que recibe vía oral con consumo de carbohidratos)
JOSE LUIS ALDANA DÍAZ SOPORTE NUTRICIONAL

.

.

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 03.05.2018

Hora Registro: 13:11:58

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

PENDIENTE ALTA CON HOMECARE

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.05.2018

Hora Registro: 13:13:43

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX ANOTADOS

PACIENTE PENDIENTE HOMECARE PARA SEGUIR MANEJO CON NUTRICION NPT Y PSIQUIATRIA POR LO PRONTO IGUAL MANEJO SE DEJA MONTADA LA ORDEN DE CONTROL EN 1 MES CON TRANSFERRINA SERICA

.

PENDIENTE HOMECARE

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 03.05.2018

Hora Registro: 17:05:23

Responsable: PRATO HERNANDEZ, ROSA MARGARITA

SOPORTE NUTRICIONAL: -Administrar TPN ciclada según indicación médica Dr. Aldana para 14 horas -Dejar la vía del cateter PICC de la TPN sellada cuando termine -Irrigar la vía del cateter con #2 jeringas de 10ml de SSN antes y después de la administración de la TPN. Garantizar técnica estéril

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.05.2018

Hora Registro: 18:03:14

Responsable: CARRERA GIL, FRANK JESUS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

NUTRICION

ANALISIS COMPOSICION CORPORAL POR IMPEDANCIA ANGULO DE FASE DE CUERPO COMPLETO DISMINUIDO A 50 KHZ (2.36), DEBAJO DEL PERCENTIL 5 PARA UNA POBLACIÓN GENERAL HISPANICA DE REFERENCIA. AEC/ACT ELEVADO (0.433), PESO 65KG, CONTENIDO MINERAL OSEO NORMAL (3.33 kg), MASA LIBRE DE GRASA NORMAL (MLG): 53 kg MUSCULO ESQUELETICO DISMINUIDO (27.1 KG, mayor deficit en tronco y miembros superiores), BAJA MASA MUSCULAR ESTANDARIZADA PARA LA ESTADURA (SARCOPENIA , 8.77 KG/M2). TASA METABOLICA BASAL PREDICHA POR CUNNINGHAM et al ($GER = 21.6 \times MLG(kg) + 370 = 1514 \text{ KCAL/DIA}$ (23 KCAL/KG DE SU PESO ACTUAL (65KG)

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE VIH Y BY PASS GASTRICO QUE HA

DESMEJORADO PROGRESIVAMENTE EL ESTADO NUTRICIONAL A PESAR DE MULTIPLES CAMBIOS DIETARIOS Y MEDIDAS DE APOYO NUTRICIONAL ORALES A LOS CUALES APAENTEMENTE ES ADHERENTE, ES TRATADO CON NUTRICION PARENTERAL Y DIETA A TOLERANCIA. SE REALIZÓ ANALISIS DE COMPOSICION CORPORAL POR IMPEDANCIA: *angulo de fase de cuerpo completo disminuido a 50 khz (2.36), debajo del percentil 5 para una población general hispanica de referencia. * ratio agua extracelular/agua corporal total elevado (0.433) *contenido mineral oseo normal (3.33 kg), * masa libre de grasa normal (mlg): 53 kg * musculo esquelético disminuido (27.1 kg, mayor deficit en tronco y miembros superiores), * baja masa muscular estandarizada para la estatura (sarcopenia , 8.77 kg/m²). * tasa metabolica basal predicha por cunningham et al ($21.6 \times \text{mlg}(\text{kg}) + 370$)= 1514 kcal/dia= 23 kcal/kg de su peso actual (65kg)

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.05.2018

Hora Registro: 11:11:51

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO 41 AÑOS

PROBLEMAS - PO REMOTO DE SLEEVE GÁSTRICO Y BYPASS GÁSTRICO -

INFECCIÓN POR HIV - DEPRESIÓN MAYOR. - DESNUTRICIÓN SEVERA

Seguimiento soporte nutricional Egreso el día de hoy Se realizarán

intervenciones de educación por enfermería Tiene valoraci´on por psiquiatría

por lo que no solicitamos evaluación adicional por psicología requerida según

protocolo previo a egreso a cargo de unidad de cuidado domiciliario - Nutrición

parenteral suplementaria cíclica 14 horas Aporte calórico 1200 Kcal = 18

Kcal/kg día Aporte proteico 1.35 Kcal/kg día Relación CNP: N 60 (se ajustan

calorías no proteicas en mezcla dado que recibe vía oral con consumo de

carbohidratos) JOSE LUIS ALDANA DÍAZ SOPORTE NUTRICIONAL

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.05.2018

Hora Registro: 12:49:58

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX DESNUTRICION DEPRESION

PACIENTE ESTABLE PENDIENTE HOMECARE PARA SEGUIR MANEJO
AMBULATORIO

YA CON HOMECARE ASIGNADO

ALTA CON INDICACIONES

Alta Médica

Fecha Registro: 04.05.2018

Hora Registro: 14:09:48

Responsable: RIOS MUÑOZ, MARCELA SOFIA

Especialidad: MEDICINA GENERAL - CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA -
CIRU

Tipo Alta

Hosp. Domiciliaria

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones**Recomendaciones****Diagnóstico Alta**

E43X - DESNUTRICION PROTEICOALORICA SEVERA, NO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5298038

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
26.04.2018	890402- 72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Siquiatria	

				EDWARD OCAMPO MATEUS
26.04.2018	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	EDWARD OCAMPO MATEUS
26.04.2018	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENER AL	UE Urgencias adulto	JONATHAN ANDRES OSPINA GUAMANGA
27.04.2018	906414	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TO TALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUT OMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	GERMAN EDUARDO PUERTA SARMIENTO
27.04.2018	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZA DO	UT Inmuno y P. Especiales	GERMAN EDUARDO PUERTA SARMIENTO
27.04.2018	906418	DNA n ANTICUERPOS MANUAL	UT Inmuno y P. Especiales	GERMAN EDUARDO PUERTA SARMIENTO
27.04.2018	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMA TIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	GERMAN EDUARDO PUERTA SARMIENTO
27.04.2018	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMA TIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	GERMAN EDUARDO PUERTA SARMIENTO
27.04.2018	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTAL ES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SE MIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	GERMAN EDUARDO PUERTA SARMIENTO
27.04.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Reumatologia	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
27.04.2018	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	EDWARD OCAMPO MATEUS
27.04.2018	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUT OMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	GERMAN EDUARDO PUERTA SARMIENTO

27.04.2018	906481	BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmunologia e inmunodeficie	GERMAN EDUARDO PUERTA SARMIENTO
27.04.2018	906482	BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmunologia e inmunodeficie	GERMAN EDUARDO PUERTA SARMIENTO
28.04.2018	389110 P1	INSERCIÓN DE CATETER PICC (Paciente Hosp italario y Cirugia)	UT Prog. Terapia Intravenosa	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
28.04.2018	990104-81	VALORACION POR ENFERMERA PROGRAMA PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	MILE YOHANA RODRIGUEZ ORTIZ
28.04.2018	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	ANA MILENA RUIZ MORALES
28.04.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	ANA MILENA RUIZ MORALES
28.04.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
28.04.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
28.04.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
28.04.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
28.04.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
28.04.2018	903813	COLORO	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
28.04.2018	903868	TRIGLICERIDOS	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
28.04.2018	903818	COLESTEROL TOTAL	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
28.04.2018	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
29.04.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	ISABEL CRISTINA CASTRO SERNA
29.04.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Nutricion	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN

29.04.2018	S41501-8	INTERCONSULTA DE PRIMERA VEZ PARA SOPORTE PARENTERAL	UT Nutricion	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
30.04.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	GINA PAOLA BARCO OCAMPO
30.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	FRANK JESUS CARRERA GIL
30.04.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	SANDRA MILENA CASTRILLON MURILLO
01.05.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Fisiatria	MARIA MANUELA ESTRADA MESA
01.05.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
01.05.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
01.05.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
01.05.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
01.05.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
01.05.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
01.05.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
02.05.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE MAURICIO SERPA SERPA
02.05.2018	990207	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL	UT Valoraciones Asistenciales	MARIA MANUELA ESTRADA MESA
02.05.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	DAYANA LEANDRA RIVERA YEPEZ
03.05.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	OSIRIS AREVALO SALAZAR
03.05.2018	890605-81	VALORACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONAL	UT Valoraciones Asistenciales	ROSA MARGARITA

				PRATO HERNANDEZ
03.05.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	FRANK JESUS CARRERA GIL
04.05.2018	931001- 04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE MAURICIO SERPA SERPA
04.05.2018	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	UT Bioquimica	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN
04.05.2018	965901- 26	CURACION PICC POR ENFERMERIA	UT Prog. Terapia Intravenosa	GISSEL CARDONA GRISALES
04.05.2018	990204- 46	EDUCACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONAL EN CASA	UT Valoraciones Asistenciales	ROSA MARGARITA PRATO HERNANDEZ
04.05.2018	903883- 001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	MARCELA SEPULVEDA TAQUEZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 5298038

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo
27.04.2018	07:00	LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2 MG	2.00	MG	VIA ORAL	C/8H
27.04.2018	07:00	ENOXAPARINA 60 MG JG	60.00	MG	SUBCUTANEA	C/12H
28.04.2018	11:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTP
28.04.2018	11:00	SOLK PERIFERICO 0.04MEQ/MLX500ML (10MLPOTASIO+490MLHARTMAN)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H
28.04.2018	11:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	150.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
28.04.2018	11:00	AMINOACIDOS 10% SE FCO X 500 ML	350.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP

28.04.2018	11:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	80.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
28.04.2018	11:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	30.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
28.04.2018	11:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	40.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
28.04.2018	11:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
28.04.2018	11:00	ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
28.04.2018	11:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
28.04.2018	11:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	20.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
28.04.2018	11:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
28.04.2018	11:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
29.04.2018	07:00	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP	10.00	MG	INTRAVENOS	C/24H
29.04.2018	11:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP

29.04.2018	11:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	20.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
29.04.2018	11:00	ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
29.04.2018	11:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
29.04.2018	11:00	FORM.NUT.PAREN(N9-E) BOLX 1500mL	1500.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
29.04.2018	11:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTP
30.04.2018	12:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTP
30.04.2018	12:00	AMINOACIDOS 10% SE FCO X 500 ML	900.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
30.04.2018	12:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	180.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
30.04.2018	12:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
30.04.2018	12:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
30.04.2018	12:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
30.04.2018	12:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	40.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
30.04.2018	12:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	40.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
30.04.2018	12:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	300.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
30.04.2018	12:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
30.04.2018	12:00	ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP

30.04.2018	12:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	12:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	12:00	ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	12:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	12:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	280.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	12:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	40.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	12:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	40.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	12:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	180.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	12:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	12:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	12:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	20.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	12:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	12:00	AMINOACIDOS 10% SE FCO X 500 ML	900.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
01.05.2018	17:22	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20 MG/ML AMP 1ML	20.00	MG	INTRAVENOS	DOUNIC
02.05.2018	12:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
02.05.2018	12:00	ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
02.05.2018	12:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP

02.05.2018	12:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	280.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
02.05.2018	12:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	40.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
02.05.2018	12:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	40.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
02.05.2018	12:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	180.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
02.05.2018	12:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
02.05.2018	12:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	20.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
02.05.2018	12:00	AMINOACIDOS 10% SE FCO X 500 ML	900.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
02.05.2018	12:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
02.05.2018	12:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTP
03.05.2018	09:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
03.05.2018	09:00	ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
03.05.2018	09:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP

03.05.2018	09:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	250.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
03.05.2018	09:00	SODIO CLORURO 2 MEQ/ML BOL 50ML	40.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
03.05.2018	09:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML BOL 50ML	40.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
03.05.2018	09:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	155.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
03.05.2018	09:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
03.05.2018	09:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
03.05.2018	09:00	AMINOACIDOS 10% SE FCO X 500 ML	780.00	ML	INTRAVENOS	INFOTP
03.05.2018	09:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTP

Epicrisis

Fecha Registro: 26.04.2018

Hora Registro: 12:43:45

Responsable: ESTRADA MESA, MARIA MANUELA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO

Historia Clínica : 0000527134

Episodio: 0005298038

Documento de identificación : .CC .7702874

Edad : 41Años

Sexo: M

Entidad: SERVICIO OCCID. DE SALUD

Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias adulto

Fecha ingreso: 26.04.2018

Hora ingreso: 11:55:30

Medico Tratante : DORADO OLARTE, CLARA INES

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso: DESNUTRICION SEVERA

Diagnósticos de egreso: DESNUTRICION SEVERA

Causa de admisión y enfermedad actual:

INGRESO:

INGRESO UCE BETANIA

ALEXANDER MARIN LARRAHONDO

(cc: 7702874, 41 años, o/p neiva/cali, medico-sos)

PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS REFERIDO DE CONSULTA

EXTERNA DRA DORADO : HISTORIA DE VIH, BYPASS GASTRICO EN JUNIO DE 2017 ,

DEPRESION EN MANEJO CON PSIQUIATRIA. CON TRASGRESIONES A LA DIETA. EN

ENERO FUE LA ULTIMA HOSPITALIZACION POR DIARREA SE ORDENA COLONOSCOPIA Y

BIOPSIAS SIN NINGUNA ALTERACION. EN FEBRERO TELEFONICAMENTE SE HABLO CON

EL AUN CON DIARREA DEPRESION SE RECOMENDO HOSPITALIZACION PERO NO LO

HIZO. SE EVIDENCIA MAS EMACIADO. SE CONSIDERA PACIENTE CON DEPRESION EN

DESNUTRICION SEVERA CONSIDERANDO DE REPLETARSE POR VIA ORAL SUPLEMENTOS

ORALES Y PARENTERAL, MANEJO CONJUNTO CON PSIQUIATRIA.

ES VALORADO POR PSIQUIATRIA EN CONTEXTO DE trastorno depresivo en manejo con duloxetine 60mg, CONSIDERANDO HA evolucionado favorablemente

ConsiderANDO que debe continuar con el medicamento antidepresivo, ser acompañado por psicología y tener vigilancia psiquiátrica semanal durante la hospitalización.

VALORADO POR REUMATOLOGIA EN CONTEXTO DE antecedente de VIH, manejado con

cirugia bariatrica CON HISTORIA DE EPisodios de TVP, estudiado por hematologia por

hipercoagulabilidad, con mutaCION DE v LEIDEN Y PRTROMBINA NEGATIVAS, nos interconsultan por csospecha de feniomeno autoinmu8ne que explique estado de hipercoagulaabilidad. consideraN evaluar con perfil inmune con ANAs, ENAs, perfil de SAF y ANCAs, no se solicita anticoagulante

lupico ya que paciente ya está anticoagulado con heparina, debe
continuar anticoagulado por el momento. RE REVALORARA POR ESTA
ESPECIALIDAD CON RESULTADOS.

TRAE PARA CLINICOS

DEXA CON OSTEOPENIA

NEUROFISIOLOGIA EMG ESTUDIO COMPATIBLE CON POLINEUROPATIA

MIXTA AXIAL

DESMIELINIZANTE

LABORATORIOS

HB 10.2** HCTO 30.8** LEU 3.470** PLAQ 176000 VIT D 13.7** VIT B12
1677** ACIDO FOLICO 1.5 GLICEMIA 76 BUN 18.9 CREA 0.7 COLESTEROL
50 HDL 23 TGC 68 BT 0.5 DB 0,4 ALBUMINA 1,7** PROTEINAS TOTALES
4.6** NA 137 K 3,0** MG 1,72 TRANSFERRINA 88.7

ANTECEDENTES:

JUNIO 2017 BYPASS GASTRICO (113-68), DIC 2017 TVP SIN CAUSA
APARENTE.

2014 HIV+, EN TTO ANTIRETROVIRAL, CARGA VIRAL INDETECTABLE DESDE
ENTONCES.

CONSULTA PARA ESTUDIO INMUNOLOGICO.

TRATAMIENTO ACTUAL: FERROPROTINA, CREON, NEUROBION,
ENTEROGERMINA,
CENTRUM, ENSURE, CLEXANE 60X2 (DIC 2017, POR 3 MESES)

EXAMEN FÍSICO: T35,9 FC 83 FR 18 TA 89/65 TAM73 SATO2 100%
Facies caquéticas Ojos: pupilas isocóricas normo-reactivas, escleras y
conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no
evidencia de xerostomía. Cuello: no se encuentran adenomegalias,
tiroides normal. Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos,
murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores,
sibilancias o roncós. Abdomen: Normal. Extremidades: no presenta
signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo.
Puntos de FM: 0/18. Edema simétrico de miembros inferiores Piel: sin
alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico.
Neurológico: Sin déficit neurológico. Animo de fondo triste lenguaje

laconico.

SOPORTE NUTRICIONAL
ALEXANDER MARIN LARRAHONDO
41 AÑOS

PROBLEMAS

- .PO REMOTO DE SLEEVE GÁSTRICO Y BYPASS GÁSTRICO
- .INFECCIÓN POR HIV
- .DEPRESIÓN MAYOR.
- .DESNUTRICIÓN SEVERA

Seguimiento soporte nutricional
Mejor condición general
Normalidad macrovascular. No datos de hipoperfusión

Recibe via oral con mejor ingesta
PAciente con antecedente de cirugía bariátrica con deterioro nutricional evidente en valoración clínica, antropométrica y bioquímica.

Iniciado soporte nutricional parenteral. último control paraclínico con hipokalemia leve

Se ajusta mezcla con base en peso real con 18 Kcal y 1.35 g kg día de proteína.

Se plantea la opción de soporte domiciliario que es posible. Solicito para mañana paraclínicos de contro para ajustar mezcla

Atentos a evolución

JOSE LUIS ALDANA DÍAZ
SOPORTE NUTRICIONAL

REUMATOLOGIA
ALEXANDER MARIN LARRAHONDO
(cc: 7702874, 41 años, o/p neiva/cali, medico-sos)

ENFERMEDAD ACTUAL

paciente de 41 años remitido de la consulta externa de cirugía bariátrica por Dra. Dorado, se toma copia de la atención.

Paciente que desde la última hospitalización indicó depresión en manejo con psiquiatría con trasgresiones a la dieta lo cual le originaba diarrea en enero fue la última hospitalización por diarrea se ordena colonoscopia y biopsias sin ninguna alteración en febrero telefónicamente se habló con el aún con diarrea depresión se recomendó hospitalización pero no lo hizo ahora lo veo más emaciado indica que está comiendo mejor ha subido de peso tuvo un episodio de TVP

jun 2017, bypass gástrico (113-68), dic 2017 tvp sin causa aparente. 2014 hiv+, en tto antiretroviral, carga viral indetectable desde entonces.

consulta para estudio inmunológico.

en el momento asintomático.

tratamiento actual: ferroprotina, creon, neurobion, enterogermina, centrum, ensure, clexane 60x2 (dic 2017, por 3 meses)

SUBJETIVO: Se siente mejor. no dolor en pierna. Informa adherencia a clexane. No disnea. No sangrado.

EXAMEN FÍSICO: Afberil FC 70 FR 20 TA 100/60 Facies caquéticas Ojos: pupilas isocóricas normo-reactivas, escleras y conjuntivas normales. No evidencia de ojo seco. ORL: normal. Boca: no evidencia de xerostomía. Cuello: no se encuentran adenomegalias, tiroides normal. Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados como estertores, sibilancias o roncós. Abdomen: Normal. Extremidades: no presenta signos inflamatorios articulares. Tinel: negativo, Phalen: negativo. Puntos de FM: 0/18. Edema simétrico de miembros inferiores Piel: sin alteraciones relevantes desde el punto de vista reumatológico. Neurológico: Sin déficit neurológico. Animo de fondo triste lenguaje laconico.

ANÁLISIS

Paciente con antecedente de VIH, manejado con cirugía bariátrica quien ha hecho episodios de TVP, estudiado por hematología por hipercoagulabilidad, con mutación de factor V LEIDEN Y PRROTROMBINA

NEGATIVAS. Tiene estudios previos inmunologicos negativos. Se solicitó perfil inmune ENAs, antiDNA, SAF y ANCAs negativos. Pendiente ANAs (previo negativo). Debe continuar anticoagulacion. No cambios por reumatologia. Se deja orden de control por consulta externa. Se cierra IC.

PARACLINICOS

FECHA 29.01.18 22.04.18 28.4.18 01.05.18

Hb (g/dL) 12.4 10.2

Hcto: (%) 37.8 30.8

Leucocitos: (/mm³) 3550 3470

Neutrófilos: (%) 1280 1610

Linfocitos: (%) 1910 1560

Monocito: (%) 300 270

Eosinófilos (%) 30 10

Plaquetas: (/mm³) 192. 176.

PCR: (mg/dL) 0.13

HB1AC 4.3%

BUN: (mgr/dL) 18.9 6.5

Creatinina: (mgr/dL) 0.75 0.46

Bil total 0.53

Bil directa 0.4

Vitamina B12 1604 1677

Transferrina 134.1 88.74

Albumina 2.58 1.77

Acido folico 1.52

Vitd D25 OH 13.72*

CPK (mg/dL) 81

Col. T. (mg/dL) 50 46

Trigl. T. (mg/dL) 68 61

HDL: (mg/dL) 23.7

LDL: (mg/dL) 14 10.8

Sodio: 137 144 141

Potasio 3.05 3.03 4.6

Factor reumatoide <10

ANAs Negativo pte

C3: 66.58

C4: 15.21

Anti Ro 6.6 2

Anti La 5.7 1.5

Anti Sm 1.6 0.6
 Anti-RNP 2.3 1.8
 aCL IgG 1.7 2.1
 aCL IgM 1.0 0.5
 B2 Gp I IgG 2.2
 B2 Gp I IgM 1
 Anti PR3 1.2
 Anti MPO 1.2
 Anticoagu lupico 1.09
 Homocisteina 13.53(5.45-16.2)
 LINFOCITOS T
 CD3 1471(75%)
 CD4 702(36%)
 Factor Vleiden mut normal
 Protombina mutacion normal
 Uroanálisis
 Proteínas negativo
 G.R. <1xc
 G.B. 3xc
 Nitritos negativo
 Carga viral No detectado

NOTA MEDICA:

PACIENTE CON ANTECEDENTES ANOTADOS QUIEN TIENE PLAN DE EGRESO MEDICO

PARA CONTINUAR MANEJO EN CASA DE DESNUTRICION SEVERA CON COLOCACION DE

TPN 14 HORAS AL DIA , SE INDICA TRAIMTE DE HOMECARE ASI :

- .VISITA MEDICA DOMICILIARIA SEMANAL
- .TERAPOIA FISICA 3 VECES POR SEMANA
- .COLOCACION DE TPN CICLICA DURANTE 14 HORAS AL DIA
- .MANEJO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA PPOR 14 HORAS PARA MANEJO DE LA TPN
- .VALORACION DOMICILIARIO POR NUTRICION Y DIETETICA
- .PARACLINICOS DE CONTROL SEMANAL : NA, K, CL, CA, P, MG, CREATININA, FOSFATASA ALCALINA
- .CURACION DE CATETER PICC SEMANAL

Servicio a Remitir:
DOMICILIO

Recomendaciones manejo ambulatorio:
VIGILAR ISGNOS DE ALARMA

Limitaciones Vida Diaria:
LAS PERTINENTES A LAS PATOLOGIA DE BASE

Signos de Alarma:
FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL, VOMITO PERSISTENTE, CONVULSIONES,
DOLOR EN
EL PECHO

Atentamente,

DR. MARIA MANUELA ESTRADA MESA
MEDICINA GENERAL
ID: 1144146023
REG: 7662232014

Fecha de egreso: 04.05.2018
Hora de egreso: 15:51:00
Servicio de Egreso: . . . UE T1 P8 hospitalizacion

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:
| Dosis | Unid. | Via | Ciclo | Fecha Ini. | Fecha Fin. | Cant. | Unid. | Nombre
medicamento |

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:
Cantid.	Unid	Insumos/procedimientos
1.000	ST	SET BOMBA FOTOPROTECTOR 140069288
1.000	ST	SET BOMBA FOTOPROTECTOR 140069288
1.000	ST	SET BOMBA FOTOPROTECTOR 140069288
1.000	ST	SET BOMBA FOTOPROTECTOR 140069288
1.000	ST	SET BOMBA FOTOPROTECTOR 140069288
1.000	ST	SET BOMBA FOTOPROTECTOR 140069288

Atentamente,

DR. MARIA MANUELA ESTRADA MESA
 MEDICINA GENERAL
 ID: 1144146023
 REG: 7662232014

EPISODIO: 7132167

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 18.03.2020

Hora Registro: 16:05:57

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 43 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2020.Mar.18 Edad: 43 Años
 DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Mar.18 PPD 0 MM 2019.Mar.15
 BLIPS ? 2018.Dic.17 NIVELES DE VITAMINA D 18.7 NG/ML 2018.Ene.19 PPD 0
 MM 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04
 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO
 NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR +
 TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO
 GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS
 TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18
 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG
 NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV +
 TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM
 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA
 HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA
 BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2018.Ene.16 - LINFOCITOS T CD4: 0 % -
 702 Células / ml 2018.Ene.16 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente
 quien evalué el 09.09.2019 quien tiene un diagnóstico de una infección
 avanzada por el virus de la inmunodeficiencia humana, con recuentos de CD4
 con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina sin problemas en la
 dispensación; 2. Efectos neuro-psiquiátricos por el Efavirenz; 3. Antecedente
 de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6.

Antecedente de Apnea obstructiva del sueño. 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017). 8. Tiene una PPD en 0 mm (2018). 9. poli neuropatía mixta, axonal y desmielinizante. Tiene un peso de 84.3 kg, tensión arterial 118/70 mmHg, examen anodino. Tiene una glicemia 86 mg/DL, colesterol 118 mg/dL, triglicéridos 132 mg/dl, bilirrubinas 1.12 mg/dl, AST/ALT 29/31 UI, leucocitos 5460, hgb 14.1 g/dl, plaquetas 171.000, sedimentación globular no reactivo, parcial de orina sin proteinuria, sin glucosuria, carga viral del VIH indetectable, linfocitos CD4 689. Análisis y plan: Control en tres meses se debe recordar que preocupa la absorción de los fármacos antirretrovirales en población sometida a un Bypass gástrico, por lo que su monitorización debe ser frecuente. o Orden para próxima cita por Infectología en 90 días. Orden de exámenes: Nivel De Vitamina D 25 Hidroxi Total (d2 Y D3) (caciferol), Cpk Total, Nivel De Vitamina B12, Alt Transaminasa Glutamicopiruvica, Ldh (Deshidrogenasa Lactica), Hemograma Completo (plaquetas Y Volumen), Carga Viral Para Hiv, Creatinina, Perfil Lipidico: Colesterol, Ldl, Hdl, Trigliceridos o Prescripción: Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Válida por 6 meses. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

ENFERMEDAD ACTUAL

.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 43 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2020.Mar.18 Edad: 43 Años
 DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Mar.18 PPD 0 MM 2019.Mar.15
 BLIPS ? 2018.Dic.17 NIVELES DE VITAMINA D 18.7 NG/ML 2018.Ene.19 PPD 0
 MM 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04
 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO
 NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR +
 TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO
 GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS

TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2018.Ene.16 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 702 Células / ml 2018.Ene.16 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente quien evalué el 09.09.2019 quien tiene un diagnóstico de una infección avanzada por el virus de la inmunodeficiencia humana, con recuentos de CD4 con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina sin problemas en la dispensación; 2. Efectos neuro-psiquiátricos por el Efavirenz; 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño. 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017). 8. Tiene una PPD en 0 mm (2018). 9. poli neuropatía mixta, axonal y desmielinizante. Tiene un peso de 84.3 kg, tensión arterial 118/70 mmHg, examen anodino. Tiene una glicemia 86 mg/DL, colesterol 118 mg/dL, triglicéridos 132 mg/dl, bilirrubinas 1.12 mg/dl, AST/ALT 29/31 UI, leucocitos 5460, hgb 14.1 g/dl, plaquetas 171.000, sedimentación globular no reactivo, parcial de orina sin proteinuria, sin glucosuria, carga viral del VIH indetectable, linfocitos CD4 689. Análisis y plan: Control en tres meses se debe recordar que preocupa la absorción de los fármacos antirretrovirales en población sometida a un Bypass gástrico, por lo que su monitorización debe ser frecuente. o Orden para próxima cita por Infectología en 90 días. Orden de exámenes: Nivel De Vitamina D 25 Hidroxi Total (d2 Y D3) (caciferol), Cpk Total, Nivel De Vitamina B12, Alt Transaminasa Glutamicopiruvica, Ldh (Deshidrogenasa Lactica), Hemograma Completo (plaquetas Y Volumen), Carga Viral Para Hiv, Creatinina, Perfil Lipidico: Colesterol, Ldl, Hdl, Trigliceridos o Prescripción: Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Válida por 6 meses. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7132167

Fecha	Código Nombre	Responsable

			U. Organizativa	
18.03.2020	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	UT Infectologia	YANELY IBARRA CARABALI

EPISODIO: 7166868**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 24.04.2020

Hora Registro: 18:35:59

Responsable: IBARRA SANDOVAL, FABIO ALEJANDRO

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

" Tengo dolor del estómago"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con cuadro clínico que inicia el día de hoy, posterior al almuerzo, de contenido no graso en moderada cantidad. Refiere dolor tipo cólico no irradiado a nivel del epigastrio de intensidad severa de 10/10, sin mejoría de la sintomatología a pesar de manejo médico sintomático EV: hioscina, dipirona, diclofenaco, tramadol. Niega distensión abdominal, sin embargo si presenta nauseas y emesis de contenido escaso. PACIENTE CON ANTECEDENTES: - SINDROME DIARREICO CRONICO MIXTO - BYPASS GASTRICO - HIV: CD4 700, CARGA VIRAL 0%. - POST COLELAP - DESNUTRICIÓN - TRASTORNO ANSIEDAD

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 119.00 / 61.00 - TAM: 80.33 - T°C: 36.00 - FC: 83.00 - FR: 19.00 - S.Con
O2: 0.00 - PESO: 0.00 - TALLA: 0.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 98.00 -

PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

Alerta, mucosas húmedas rosadas.

Cabeza:

Normocéfalo, no lesiones.

Cara:

Sin alteraciones.

Ojos:

Pupilas isocóricas fotorreactivas.

Cuello:

No adenopatías, traquea central.

ORL:

Mucosas húmedas, rosadas.

Tórax:

Torax sin alteraciones, Pulmones ventilados normoexpansivos.

Abdomen:

Blando, peristaltismo +, no signos de irritación peritoneal.

SNC:

Alerta, orientado en las tres esferas, no déficit motor ni sensitivo.

Genitourinario:

No valorado.

Extremidades:

pulsos presentes, no lesiones.

Pulsos Periférico:

(++/++++), Presentes

Piel y Tejidos:

Sin alteraciones.

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con antecedentes conocidos, comorbilidades con control adecuado, cuadro clínico de dolor abdominal en epigastrio, características que sugieren como primera posibilidad descartar patología pancreatobiliar sin embargo por antecedentes qcos múltiples existe posibilidad de proceso obstructivo x bridas. Se solicitan paraclínicos, NVO. LEV, analgesia con hidromorfona. Revalorar.

DIAGNÓSTICOS

R104 - OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.04.2020

Hora Registro: 23:13:18

Responsable: ESCOBAR MORIANO, ELENA PATRICIA

Especialidad: MEDICINA URGENCIAS

Tipo de Evolución: Valoración en Sala de observación urgencias

MEDICINA DE EMERGENCIAS Paciente de 43 años con diagnósticos - DOLOR ABDOMINAL EN ESTUDIO - SINDROME DIARREICO CRONICO MIXTO - HIV: CD4 700, CARGA VIRAL 0%. s//Paciente refiere persistencia de dolor pese a manejo analgésico.

Paciente en regulares condiciones con SV: FC FR TAS TAD TAM SO2 T 83,00 19,00 119,00 61,00 80,33 98,00 36,00 Normocéfala, escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, cavidad oral húmeda normocrómica Cuello móvil no doloroso no masas ni adenopatías Tórax normoexpansible, simétrico, ruidos respiratorios normales, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos Abdomen muy blando, no distendido, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no masas ni visceromegalias Genitourinario no evaluado Extremidades móviles simétricas sin edemas Neurológico, alerta, orientado, sin signos de focalización PARACLÍNICOS: Hemograma: Leu 7730 Neu 84.6 Hb 15.01 HTO 45.3 PLT 159000 Creatinina 0.81 Bil total 1.11 directa 0.39 FA 132 GGT 26 LIPASA 18 PCR < 0.063

Paciente de 43 años con diagnósticos anotados, quien ingresa por dolor abdominal generalizado tipo cólico intermitente que no ha respondido a manejo analgésico instaurado, en el momento hemodinámicamente estable sin

signos de respuesta inflamatoria sistémica, al examen físico sin signos clínicos de abdomen agudo, paraclínicos dentro de límites normales, se considera continuar observación, se optimiza manejo analgésico a expectativa de evolución para definir egreso. Se explica a paciente quien refiere entender y acepta.

- se optimiza analgesia

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.04.2020

Hora Registro: 23:45:34

Responsable: CRUZ MENDOZA, DIEGO FERNANDO

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Interconsulta en Urgencias

CIRUGIA DE TRAUMA Y EMERGENCIAS. DR. SALCEDO. Paciente con cuadro clínico que inicia el día de hoy, posterior al almuerzo, de contenido no graso en moderada cantidad. Refiere dolor tipo cólico no irradiado a nivel del epigastrio de intensidad severa de 10/10, sin mejoría de la sintomatología a pesar de manejo médico sintomático EV: hioscina, dipirona, diclofenaco, tramadol. Niega distensión abdominal, sin embargo si presenta nauseas y emesis de contenido escaso. No cambios en las deposiciones. ANTECEDENTES PERSONALES: - SINDROME DIARREICO CRONICO MIXTO - BYPASS GASTRICO (PREVIAMENTE SLEEVE CON CIRUGIA DE REVISION), COLELAP. - HIV: CD4 700, CARGA VIRAL 0%. - DESNUTRICIÓN - TRASTORNO ANSIEDAD

FC FR TAS TAD TAM SO2 T 83,00 19,00 119,00 61,00 80,33 98,00 36,00

Normocéfalo, escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, cavidad oral húmeda normocrómica Cuello móvil no doloroso no masas ni adenopatías

Tórax normoexpansible, simétrico, ruidos respiratorios normales, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen blando, no distendido, leve dolor a la palpacion profunda de epigastrio y mesogastrio sin irritacion peritoneal, no masas ni visceromegalias. Genitourinario no evaluado Extremidades móviles

simétricas sin edemas. Neurológico, alerta, orientado, sin signos de focalización
PARACLÍNICOS: Hemograma: Leu 7730 Neu 84.6 Hb 15.01 HTO 45.3 PLT 159000 Creatinina 0.81 Bil total 1.11 directa 0.39 FA 132 GGT 26 LIPASA 18 PCR < 0.063

Paciente en 5a decada de la vida con historia de obesidad morbida, estado de inmunosupresion por VIH y multiples cirugias abdominales laparoscopicas, dolor subitio de severa intensidad aun persiste aunque en menos intensidad,

tiene imagenes con signos de obstruccion parcial que por antecedentes mencionados se debe descartar como origen sindrome adherencial vs hernia de Petersen. Paraclínicos sin respuesta inflamatoria y descarta patologia pancreatobiliar. Explico al paciente quien refiere entender y aceptar.

Dejar en observacion. Nada via oral. LEV de mantenimiento. TAC de abdomen contrastado oral y EV. Analgesia y antiespasmodico a necesidad.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 24.04.2020

Hora Registro: 23:45:40

Responsable: CRUZ MENDOZA, DIEGO FERNANDO

Dejar en observacion. Nada via oral. LEV de mantenimiento. TAC de abdomen contrastado oral y EV. Analgesia y antiespasmodico a necesidad.

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.04.2020

Hora Registro: 08:00:54

Responsable: ANGARITA LUGO, MONICA ASTRID

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL Paciente masculino de 43 años con diagnóstico: -Obstrucción intestinal -Antecedente de bypass gástrico Refiere sentirse hoy mucho mejor, el dolor abdominal y la distensión cedieron por completo. Hizo deposición sin alteraciones.

Usando todos los EPP para protección adecuada del paciente y la mía, lo encuentro tranquilo, hidratado, sin disnea FC:78xmin FR:18xmin Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas. Persitasis presente. No edemas. No déficit neurológico. Pendiente reporte oficial del tac abdominal

Paciente masculino joven, con cuadro clínico de obstrucción intestinal, luego de deposición y expulsión de flatos el paciente se torna asintomático, refiere sentirse muy bien y tener hambre. Al examen físico el abdomen es por completo negativo, hay peristaltismo, está estable hemodinámicamente y sin respuesta inflamatoria sistémica. Por esto decido iniciar dieta blanda para ver tolerancia, pendiente reporte oficial de la tomografía abdominal.

Iniciar dieta blanda Pendiente reporte oficial del tac,

Alta Médica

Fecha Registro: 25.04.2020

Hora Registro: 12:12:11

Responsable: OTALVARO PECHENE, ANGIE GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL - MEDICINA GENERAL - CIRUGIA
LAPAROSCOP

Tipo Alta

Tratamiento Ambulatorio

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

Recomendaciones

Diagnóstico Alta

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.04.2020

Hora Registro: 12:41:26

Responsable: ANGARITA LUGO, MONICA ASTRID

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA GENERAL Paciente con sospecha de obstrucción intestinal, tac abdominal reporta: Cambios postquirúrgicos de gastrectomía por bypass gástrico Imagen altamente sugestiva de un tubo de volvulus de una porción de la raíz del meso, en la región del mesogastrio y hacia el hemiabdomen izquierdo, sin signos de isquemia ni obstrucción. El paciente refiere persistir asintomático, ya ingirió y toleró adecuadamente la vía oral. Al examen físico FC:70xmin FR:18xmin Abdomen blando, depresible, no doloroso. Lo comento con dr Salcedo (cirujano de trauma y emergencias) y estamos de acuerdo en que como el cuadro se resolvió completamente y hasta el momento no han sido síntomas recurrentes, sino muy puntuales un episodio en 2018 y este de ayer, ambos resolvieron espontáneamente, no requiere manejo quirúrgico

inmediato. Decidimos dar salida con analgesia, se dan recomendaciones dietarias, se enseñan signos de alarma por los cuales debe volver a consultar. Se da cita control por teleconsulta con nuestra especialidad para hacer seguimiento y determinar si va a requerir manejo quirúrgico. Explico todo esto al paciente, refiere entender y aceptar.

.

.

Salida con recomendaciones generales, dietarias y control por teleconsulta la próxima semana

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7166868

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
24.04.2020	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquímica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
24.04.2020	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
24.04.2020	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS	UT Bioquímica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
24.04.2020	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
24.04.2020	903847	LIPASA	UT Bioquímica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
24.04.2020	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
24.04.2020	890701			

		CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UE Urgencias adulto	BRYAN CAMILO VANEGAS CRUZ
24.04.2020	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Cirugia General	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
24.04.2020	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
24.04.2020	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	UT Rayos X convencional	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
25.04.2020	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	UT Escanografia	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
25.04.2020	MEDIOCONTR	MEDIO DE CONTRASTE	UT Escanografia	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7166868

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
24.04.2020	18:36	SOLUCION HARTMAN BOL 500ML	500.00	ML	INTRAVENOS	DOUNICA	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
24.04.2020	18:36	HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML	1.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL
24.04.2020	21:29	OMEPRAZOL SODICO 40MG IV	40.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	ALEXANDRA GOMEZ ZULUAGA

EPISODIO: 7167430

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 26.04.2020

Hora Registro: 14:01:40

Responsable: CARVAJAL GOMEZ, SANDRA MILENA

Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS O DOMICI -

MOTIVO DE CONSULTA

"Dolor Abdominal"

ENFERMEDAD ACTUAL

Ocupacion : Medico Auditor. Paciente atendido por Teleconsulta debido a Pandemia por COVID 19. Paciente de 43 años de edad, quien refiere que hace aproximadamente 3 dias inicia cuadro súbito de dolor abdominal tipo colico, de alta intensidad, localizado en epigastrio asociado a nauseas, sin vomito, se penetra hacia region dorsal, el dolor era muy intenso 10/10, consulta a urgencias de FVL donde le aplican antiespasmodico con lo cual disminuye a 8/10, se le tomo serie de abdomen que documentó según el paciente una "inflamacion" en colon transverso, toman TAC de abdomen ccn contraste que documento al parecer un "volvulus o una hernia ?? ". Dan egreso con manejo médico, sin mejoría y con indicación de reconsulta. El paciente refiere ha persistido con náuseas, e incremento del dolor en la mañana de hoy post ingesta, de intensidad 10/10 por lo que se aplica buscapina compuesta con mejoria parcial, no puede ingerir alimentos, niega fiebre, el dia de hoy aparecen heces acintadas. Niega sintomas respiratorios, o exposicion a pacientes COVID. Manejo adecuado de medidas de bioseguridad. El paciente manifiesta antecedente de Bypass Gastrico (operado en 2014, Sleeve Gástrico en Mayo 2017). Actualmente manifiesta que se encuentra trabajando se aplica nuevo antiespasmodico

PACIENTE CON ANTECEDENTES: Personales: - SINDROME DIARREICO CRONICO MIXTO: ESTEATORREA PANCREATICA - HIV: CD4 700, CARGA VIRAL 0%. - DESNUTRICIÓN CRONICA POST SLEEVE GASTRICO - TRASTORNO ANSIEDAD AQX: - Bypass Gastrico: 2014 - Sleeve Gástrico en Mayo 2017

AFAMILIARES: - MADRE CA DE MAMA IZQUIERDA, HTA - PADRE: ULCERA VARICOSA EN MIEMBROS INFERIORES

Medicamentos : Colestiramina 1 Cada 8 horas, 2 Loperamida cada 8 horas, Pancreatina 2 tabletas cada 8 horas, Vitamina B12 cada mes Antiretrovirales 2 tabletas dia con buena adherencia

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con antecedente de Sleeve Gastrico, ahora con cuadro de dolor abdominal en estudio, en el momento se encuentra sintomatico con intolerancia a la via oral, se le explica al paciente que debe acudir a urgencias para valoracion por Cirugia General y definir conducta a seguir.

DIAGNÓSTICOS

R101 - DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPE RIOR

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7167430

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
26.04.2020	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Tele Cons Urgencia	MARYURI ZUÑIGA MARROQUIN

EPISODIO: 7171067

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 29.04.2020

Hora Registro: 10:19:27

Responsable: GUERRERO DUQUE, STELLA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

43 años F331 B24X Desvenlafaxina 50mg/ día (Abril 2019) Asiste por Telemedicina y proporciona la información. Confiabilidad buena.

ENFERMEDAD ACTUAL

Control 29 Abril 2020 SUBJETIVO: Último control 14 Noviembre 2019 cuando se le indicó control en tres meses. Dice que no asistió porque por cuestiones administrativas de su aseguradora se le cancelaron las citas. Comenta que tuvo una crisis afectiva en Enero 2020 "estaba muy deprimido, no quería hacer nada, me sentía muy ansioso, no me aceptaron las vacaciones, me las aplazaron desde Noviembre, y ya finalmente me tocó renunciar". Durante ese tiempo aumentó la dosis de la Desvenlafaxina a una tableta cada 12 horas. Dice que se ha sentido mucho mejor desde entonces, ya tiene un nuevo

trabajo donde se siente más tranquilo. Afirma que desde el 28 de Febrero suspendió la medicación. Se graduó de la especialización a finales de Noviembre y en Agosto será el de Derecho. El fin de semana estuvo en observación en la clínica porque "al parecer tuve un vólvulus pero no se si se involucionó o qué". Se queja de la diarrea "el fin de semana fue terrible, perdí cuatro kilos". Va a programar la cita de control con el Dr. Rojas "ya estoy preocupado con eso". No ha podido hacerse los exámenes que le indicó el cirujano. No ha asistido a Psicología. OBJETIVO: Sensorio: Alerta, euproséxico, orientado, sin compromiso evidente de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Apariencia y actitud: Ingresa al consultorio por sus propios medios, aspecto cuidado, es colaborador, amable y establece contacto visual con el entrevistador. Actividad motora: No observo alteraciones. Afecto: Mejor modulado, Resonante, Congruente Lenguaje: Eulálico Pensamiento: Coherente, preocupación sobre su estado de salud, niega ideas de muerte ni de suicidio, no se observan ideas delirantes, Lógico. Sensopercepción: Niega alteraciones. Juicio y Raciocinio: Conservado Introspección: Acorde con su situación Prospección: Conservada.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

ANALISIS: Paciente con antecedente de trastorno depresivo en manejo con antidepresivo dual con buenas adherencia y tolerancia. Ha recibido manejo anteriormente con Fluoxetina y Amitriptilina también. En la evaluación de hoy encuentro mejoría de síntomas. No está tomando la medicación. PLAN: Realizo intervención de contención emocional. Discutimos opciones terapéuticas y acordamos continuar sin medicación. Insisto en psicoterapia por Psicología. Control por Psiquiatría en tres meses (Julio 2020).

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

F334 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE ACTUALMENTE EN REMISIÓN

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7171067

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
29.04.2020	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Tele Cons Siquiatria	JENNIFER ALEXANDRA POSSO NOREÑA

EPISODIO: 7175305**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 04.05.2020

Hora Registro: 14:12:30

Responsable: VARGAS ESCOBAR, LINA MARIA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente atendido bajo la modalidad de tele consulta durante la contingencia de la pandemia Covid – 19. "Control"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 43 años que asiste a consulta de control por nutrición y dietética, viene en manejo nutricional en nuestra institución en relación a cuadro clínico de base y Snd. diarreico crónico. Antecedentes: Personales: - Síndrome Diarreico Crónico Mixto: Esteatorrea Pancreática - HIV: Cd4 700, Carga Viral 0%. - Desnutrición Crónica Post Sleeve Gástrico - Trastorno Ansiedad Quirúrgicos: - Bypass Gástrico: 2014 - Sleeve Gástrico En Mayo 2017 Familiares: - Madre Ca De Mama Izquierda, HTA - Padre: Ulcera Varicosa En Miembros Inferiores Su ultimo control fue el día 30/09/2019 indico menor adherencia a plan dietario y recomendaciones prescritas, incremento de alimentación fuera de casa y consecuente aumento en numero de deposiciones, no obstante continua tomando y tolerando soporte oral prescrito. Se indicaron ajustes y recomendaciones pertinentes. Regresa hasta hoy 04/05/2020 bajo la modalidad de tele consulta durante la contingencia de la pandemia Covid – 19, refiere durante estos meses mejoría en cuadro diarreico, mayor adherencia a plan nutricional y suplementación oral, sin embargo las últimas semanas presento cuadro diarreico agudo, requirió consulta por urgencias, incapacidad médica, hasta el momento persiste EDA, ha perdido peso, hay inapetencia y pobre tolerancia a alimentos, ya se le termino formulación de soporte oral modificado en carbohidratos. Paraclínicos 24/04/2020 CREATININA EN SUERO 0.81 0.67 - 1.17 0.79 mg/dL BILIRRUBINA

TOTAL 1.11 0 - 1.4 0.90 mg/dL BILIRRUBINA DIRECTA 0.39 0 - 0.3 0.34
 mg/dL BILIRRUBINA INDIRECTA 0.72 0.56 mg/dL FOSFATASA ALCALINA
 132.90 40 - 129 117.90 U/L GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 26.00 0 - 71
 82.00 U/L LIPASA 18.00 13 - 60 31.00 U/L PROTEINA C REACTIVA <<0.03 0 -
 0.5 0.03 mg/dL HEMATOCRITO 45.30 40.1 - 51 42.90 % HEMOGLOBINA 15.00
 13.7 - 17.5 13.80 g/dL ANAMNESIS ALIMENTARIA RECUENTO DE CONSUMO
 EN 24 HORAS: 6:30am pan integral con jamon pietran cafe negro sin dulce no
 tolera mas 12:30pm (en casa) pollo o pescado o res con vegetales arroz papa
 vapor nada en la tarde, duerme 7:00pm arroz carne vegetales Jugo de
 guayaba o manzana o pera loperamida pancreatina colestiramina FRECUENCIA
 DE CONSUMO DE ALIMENTOS Lacteos Leche suspendida Quesosuspendido
 Otros suspendio Huevo 3/sem Carne de res 2-3/sem Pollo 2-3/sem Pescado
 2-3/sem Cerdo 2-3/sem Visceras ocasionales Leguminosas Secas NO los tolera
 Verduras diario Tipo mas frecuente pepino tomate zanahoria repollo lechuga
 (no apio no remolacha) Frutas diario Tipo mas frecuente papaya melon mango
 piña uvas Agua refiere menor consumo Azucares, dulces y postres refiere
 aveces ansiedad en parciales Gaseosa retomo consumo ocasional toma jugos
 de caja Consumo de sal moderado Consumo y Tipo de grasa Frituras aumento
 en cosumo tajadas costillas Enlatados atun sardina en aceite ocasional
 sachicha viena embutidos refiere aumento de consumo salchichon salchicha
 mortadela costilla ahumadas Complementos nutricionales centrum 1 dia, Diben
 1/dia, Café 2-3 dia Productos de panadería pan tajado blanco o integral
 INFORMACION NUTRICIONAL Y HABITOS Apetito inapetencia por sintomas
 gastrointestinales Habito intestinal ahora 4 dep dia (esta tomando pancreatina)
 Ocupación diaria Medico Auditor y visita domiciliaria o turno nocturno Actividad
 Física No esta haciendo actualmente Cigarrillo NO Alcohol NO Alergias
 alimentarias niega Intolerancias alimentarias lactosa Rechazos
 ANTROPOMETRIA Peso usual: 127kg año 2013 bajo a 95kg con reganancia
 posterior en 2014, despues de bypass junio 2017 comenzo 116kg y bajo hasta
 58kg Peso (01/Junio/2018):70kg Peso (18/Sept/2018):77.6kg Peso
 (14/Feb/2019):81kg Peso (30/Sept/2019):83kg Peso actual
 (04/Mayo/2020):76kg (tomado en lugar de trabajo y referido en teleconsulta)
 Talla:177 cm IMC: 24 Diagnostico nutricional: Eutrofico por IMC, con alto
 riesgo nutricional por patologia de base de alto gasto (HIV), ingesta
 actualmente comprometida e inferior al 50% de su requerimiento diario,
 perdida de 7kg en las ultimas dos semanas

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente de 43 años que asiste a consulta de control por nutrición y dietética, viene en manejo nutricional en nuestra institución en relación a cuadro clínico de base y Snd. diarreico crónico. Antecedentes: Personales: - Síndrome Diarreico Crónico Mixto: Esteatorrea Pancreática - HIV: Cd4 700, Carga Viral 0%. - Desnutrición Crónica Post Sleeve Gástrico - Trastorno Ansiedad Quirúrgicos: - Bypass Gástrico: 2014 - Sleeve Gástrico En Mayo 2017 Familiares: - Madre Ca De Mama Izquierda, HTA - Padre: Ulcera Varicosa En Miembros Inferiores Su ultimo control fue el día 30/09/2019 indico menor adherencia a plan dietario y recomendaciones prescritas, incremento de alimentación fuera de casa y consecuente aumento en numero de deposiciones, no obstante continua tomando y tolerando soporte oral prescrito. Se indicaron ajustes y recomendaciones pertinentes. Regresa hasta hoy 04/05/2020 bajo la modalidad de tele consulta durante la contingencia de la pandemia Covid – 19, refiere durante estos meses mejoría en cuadro diarreico, mayor adherencia a plan nutricional y suplementación oral, sin embargo las últimas semanas presento cuadro diarreico agudo, requirió consulta por urgencias, incapacidad médica, hasta el momento persiste EDA, ha perdido peso, hay inapetencia y pobre tolerancia a alimentos, ya se le termino formulación de soporte oral modificado en carbohidratos. A la anamnesis alimentaria se evidencia desbalance nutricional, selección de alimentos de baja densidad nutricional, bajo consumo de fibra y micronutrientes, a la valoración antropométrica se encuentra Eutrófico por IMC, con alto riesgo nutricional por patología de base de alto gasto (HIV), ingesta actualmente comprometida e inferior al 50% de su requerimiento diario, perdida de 7kg en las ultimas dos semanas, requiere continuar soporte oral con formula polimérica modificada en carbohidratos en presentación liquida como media estandar y costoefectiva para evitar mayor deterioro nutricional y complicaciones adyacentes, se realiza prescripción en aplicativo Mipres por principio de complementariedad, con el siguiente numero de radicación: 20200504196018804865 y se envia formula a paciente. Adicionalmente se refuerza educación alimentaria y nutricional y se envia nuevamente plan dietario y recomendaciones por escrito ajustados a su condicion clinica actual . Se envia orden de valoración control para 6 meses y nota de historia nutricional.

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIE NCIA HUMANA

(VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION

K591 - DIARREA FUNCIONAL

E638 - OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7175305

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
04.05.2020	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	Tele Cons Nutricion	ANGELA MARIA NEIRA OTERO

EPISODIO: 7195169

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 18.05.2020

Hora Registro: 09:45:53

Responsable: BACCA ACOSTA, ANGELA MARIA

Especialidad: PSICOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

PSICOLOGÍA CLÍNICA Dx. F331 B24X

ENFERMEDAD ACTUAL

EVOLUCION E INTERVENCION Paciente recibe atención por modalidad de tele consulta. Menciona que en la actualidad no evidencia síntomas depresivos. Refiere que está en control por psiquiatría. Manifiesta que sigue siendo muy difícil para ella la presencia de diarrea cotidiana de muy difícil manejo y que se encuentra en control por nutrición y médico gastrointestinal. EXAMEN MENTAL: Dentro de los parámetros de normalidad. ANÁLISIS Y PLAN: Paciente en la quinta década de la vida con historia de trastorno depresivo recurrente. Actualmente sin síntomas depresivos. Se hace énfasis en la necesidad de reconocer los prodromos de las crisis depresivas y en trabajar en conductas de protección emocional y activación. Paciente está de acuerdo en retomar control por psicología al menos una vez al mes.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Otra

ANALISIS Y CONDUCTA

cita por psicología en modalidad de tele consulta.

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

F334 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE ACTUALMENTE EN REMISIÓN

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7195169

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
18.05.2020	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	Tele Cons Sicologia	LISSEI CAROLANE VILLEGAS GONZALEZ

EPISODIO: 7215013**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Procedimiento Asistido**

Fecha Registro: 29.05.2020

Hora Registro: 08:05:28

Responsable: CARLOS ARTURO ROJAS RODRIGUEZ

Especialidad: MEDICINA INTERNA - GASTROENTEROLOGIA -

Tipo de herida :**Descripción de la prestación :**

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA

Hallazgos :**Descripción procedimiento :**

<<<ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA >>> ----

----- Información Clínica REMITE: Dr. Carlos Rojas SEDACIÓN: Lidocaina 40mg + Propofol 100 mg + Oxígeno por cánula, pulsoximetría. INDICACIÓN: Dolor

abdominal Bypass gastrico ASA:I MÉDICO DE SEDACIÓN:Dr. Andrés Felipe Uribe Restrepo Previa explicación del procedimiento, riesgos, beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. Hallazgos ESÓFAGO: Paso fácil por el cricofaríngeo. Mucosa de aspecto normal en toda su extensión. Unión escamocolumnar sin lesiones. No hay signos endoscópicos de esofagitis. Coincide con pinza diafragmatica. ESTÓMAGO: No hay remanente gastrico anastomosis amplia asa distal permeable poco movil . DUODENO: Bulbo y segunda porción de aspecto normal. BIOPSIAS: NO Diagnóstico BYPASS GASTRICO Posterior a valoración en recuperación se dan indicaciones de alimentación, signos de alarma sobre consultar a urgencias si presenta dolor, fiebre, vómito, sangrado digestivo o cualquier otro síntoma posterior al estudio endoscópico.

Complicaciones :

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7215013

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
29.05.2020	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O S IN BIOPSIA	UT Endo Digestivas	JENIFFER BOLAÑOS NUÑEZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7215013

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
29.05.2020	08:13	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	100.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	ANDRES FELIPE URIBE RESTREPO
29.05.2020	08:13	LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML	40.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	ANDRES FELIPE URIBE RESTREPO

EPISODIO: 7217168

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 30.05.2020

Hora Registro: 10:19:48

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

VIENE A CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CONOCIDO CON ANTECEDENTE DE CIRUGIA DE REVISION DE SLEEVE A BYPASS EN MANEJO EN CONJUTNO CON GASTROENTEROLOGIA POR DIARREA EN ABRIL EPISODIO DE DOLOR ABDOMINAL CON TAC CON SOSPECHA DE VOLVULUS EL CUAL RESOLVIO TODO AHORA SIN PANCREATINA NI LOPERAMIDA COLESTORAMINA TRAE PARACLINICOS HB 14.6 HCTO 44.5 PLAQ 100000 VIT D 10.1* VIT B 12 167** FERRITINA 208 ACIDO FOLICO 7.9 BT 1 FA 142* ALT 96* 69* ALBU 3.8 NA 143 CLORO 106 CA 8.5 K 3.7 GLICEMIA 86.7 CREA 0.8 COELSTEROL 57 HDL 21.7 TGC 44 HB GLIC 5.3 PESO PREVIO 84 PESO ACTUAL 73 LUEGO DE DIARREA FUE VALORADO POR NUTRICION Y LE ORDENO REMPLAZO CON PROTEINA LIQUIDA FUE VALORADO POR INFECTO ESTABLE

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE VOLVULUS QUE RESOLVIO SOLO SIN NUEVOS EPISODIOS RESULVIO PROCESO DE DIARREA AHORA CON HIPOVITAMINOSIS D B12 Y CALCIO SE DA FORMULA Y MIPRES POR 6 MESES 20200530138019379972 SE DAN RECOMENDACIONES CONTROL EN 6 MESES

DIAGNÓSTICOS

E539 - DEFICIENCIA DE VITAMINA B, NO ESPECIFICA DA

E559 - DEFICIENCIA DE VITAMINA D, NO ESPECIFICA DA

E58X - DEFICIENCIA DIETETICA DE CALCIO

Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICA DOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7217168

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable

30.05.2020	890202-8	CONSULTA ESPECIALISTA QUIRURGICO - PRE-Q QUIRURGICA Y PRE-ANESTESICA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	ASTRID AGUILAR IBARRA

EPISODIO: 7237086**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 10.06.2020

Hora Registro: 08:58:25

Responsable: ESCOBAR CARDENAS, DIANA MARCELA

Especialidad: TRASPLANTE HEPATICO - HEPATOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

primera vez

ENFERMEDAD ACTUAL

vive en cali. asiste solo. enfermedad actual: paciente con historia de hiv, obesidad con imc 37 con sleeve gástrico en el 2014 por recuperación del peso e llevo a bypas en 2017. estuvo desnutrido con 48 kilos. Ahora consulta por dolor abdominal con evidencia de antecedentes: - patológicos: hiv, obesidad, desnutrición. - quirúrgicos: colelap, bypass gástrico # 2 - farmacológicos: dolutegrovir+ tenofovir emtricitabina. - niega otros. examen físico: peso 76 ta 120/ 70 f 20 mucosas rosadas húmedas anictéricas cuello móvil sin adenopatías c/p ruidos cardíacos rítmicos regulares sin soplos ruidos respiratorios simétricos sin agrandamientos abdominales palpables sin dolor. extremidades móviles sin edemas. neurológico sin déficit. paraclínicos: 23.05.2020: leucos 5090 hgb 14 pla 100.000 vit d 10.1 vitamina b12 167 ferritina 208 uroanálisis normal. bbt 1.03 bld 0.42 alt 96 ast 69 fa 142 proteínas totales 6.2 alb 3.87 nk 3.79 cl 106 calcio 8.5 glu 86 cr 0.83 col total 57 hdl 21.7 ldl 26.5 tg 44 hgb1c 5.3% imagen: tac de abdomen con contraste oral normal. endoscópicos: sin varices esofágicas. Análisis y plan: paciente con historia de pérdida de peso y elevación transitoria de las aminotransferasas. se decide: - descarta hepatitis b y hepatitis c - descartar hepatitis autoinmune. ver patencia de los vasos sanguíneos. control con resultados.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

ver hc

DIAGNÓSTICOS**R945 - RESULTADOS ANORMALES EN ESTUDIOS FUNCIONALES DEL HIGADO****ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7237086**

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
10.06.2020	890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	UT Hepatologia	INGRID VIVIANA GAMEZ COLORADO

EPISODIO: 7254573**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 18.06.2020

Hora Registro: 15:10:24

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 43 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2020.Jun.18 Edad: 43 Años Peso: 71.0 Kg. DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Mar.18 PPD 0 MM 2019.Mar.15 BLIPS ? 2018.Dic.17 NIVELES DE VITAMINA D 18.7 NG/ML 2018.Ene.19 PPD 0 MM 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA

HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2018.Ene.16 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 702 Células / ml 2018.Ene.16 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente quien evalué el 18.03.2019 quien tiene un diagnóstico de una infección avanzada por el virus de la inmunodeficiencia humana, con recuentos de CD4 con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina sin problemas en la dispensación; 2. Efectos neuro-psiquiátricos por el Efavirenz; 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño. 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017). 8. Tiene una PPD en 0 mm (2018). 9. poli neuropatía mixta, axonal y desmielinizante. 10. Vólvulus. 11. Deficit de vitamina D. Tiene un peso de 71 kg, tensión arterial 100/60 mmhg, no tiene adenopatías, cardiopulmonar normal, resto anodino. Tiene del 13.jun.2020 una CV-VIH 178 copias/ml. Tiempo de protrombina 22.5 seg, INR 1.89 seg, PSA 0.5, Anti HCV negativo, HBSAg negativo, Anti VHB < 2, core total VHB 0.466 reactivo, recuentos de CD4 746 (71.5%), niveles de inmunoglobulina G 14.79, GGT 80 U/L, ANAs 1:160, antimitochondriales negativo, Anticuerpos músculo liso positivo 1:80 dils. Anti HCV negativo, Tiene del 10.06.2020 unos leucocitos 5890, hgb 15.8 g/dL, plaquetas 129.000, nivel de Vitamina D 11.2, creatinina 088, colesterol total 56, HDL 25, Trigliceridos 49, ALT/AST 106/77, CPK 261, tiene una ecografía aumento difuso en la ecogenicidad del parénquima hepático en probable relación a esteatosis hepática con hepatomegalia, se recomienda correlacionar con pruebas de función hepática. Análisis y plan: 1. Paciente con una enfermedad avanzada por VIH en TARV, evidencia BLIPS, control carga viral al mes. 2. Vacunación VHB, a pesar de esquema vacunal en el 2014 no evidencia anticuerpos neutralizantes. 3. Se solicita DNA-VHB, pero tiene pruebas de inmunidad alteradas y dado los hallazgos de trombopenia, alteraciones hepáticas y hallazgo ecocardiografía HyVB se encuentra ya en seguimiento por hepatología, descartar autoinmunidad. o Orden para próxima cita por Infectología en 30 días. Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutámico Oxaloacética, Extendido De Sangre Periferica, Alt Transaminasa Glutamicopiruvica, Ldh (Deshidrogenasa Lactica), Carga Viral Para Hepatitis B, Hemograma Completo (plaquetas Y Volumen), Carga Viral Para Hiv, Creatinina o Prescripción: Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Vacuna Para Hepatitis B, Jeringa, 20 Mcg X 1 Cc, 3 Dosis, 6 Meses * Vacuna Para Influenza Tetravalente, Jeringa, 15 Mcg X 4 Tipos En 0.5ml, 1 Ampolla Im, 1 Año Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

ENFERMEDAD ACTUAL

.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 43 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2020.Jun.18 Edad: 43 Años Peso: 71.0 Kg. DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Mar.18 PPD 0 MM 2019.Mar.15 BLIPS ? 2018.Dic.17 NIVELES DE VITAMINA D 18.7 NG/ML 2018.Ene.19 PPD 0 MM 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2018.Ene.16 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 702 Células / ml 2018.Ene.16 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente quien evalué el 18.03.2019 quien tiene un diagnóstico de una infección avanzada por el virus de la inmunodeficiencia humana, con recuentos de CD4 con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina sin problemas en la dispensación; 2. Efectos neuro-psiquiátricos por el Efavirenz; 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño. 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017). 8. Tiene una PPD en 0 mm (2018). 9. poli neuropatía mixta, axonal y desmielinizante. 10. Vólvulus. 11. Deficit de vitamina D. Tiene un peso de 71 kg, tensión arterial 100/60 mmhg, no tiene adenopatías, cardiopulmonar normal, resto anodino. Tiene del 13.jun.2020 una CV-VIH 178 copias/ml. Tiempo de protrombina 22.5 seg, INR 1.89 seg, PSA 0.5, Anti HCV negativo, HBSAg negativo, Anti VHB < 2, core total VHB 0.466

reactivo, recuentos de CD4 746 (71.5%), niveles de inmunoglobulina G 14.79, GGT 80 U/L, ANAs 1:160, antimitochondriales negativo, Anticuerpos músculo liso positivo 1:80 dils. Anti HCV negativo, Tiene del 10.06.2020 unos leucocitos 5890, hgb 15.8 g/dL, plaquetas 129.000, nivel de Vitamina D 11.2, creatinina 088, colesterol total 56, HDL 25, Triglicéridos 49, ALT/AST 106/77, CPK 261, tiene una ecografía aumento difuso en la ecogenicidad del parénquima hepático en probable relación a esteatosis hepática con hepatomegalia, se recomienda correlacionar con pruebas de función hepática. Análisis y plan: 1. Paciente con una enfermedad avanzada por VIH en TARV, evidencia BLIPS, control carga viral al mes. 2. Vacunación VHB, a pesar de esquema vacunal en el 2014 no evidencia anticuerpos neutralizantes. 3. Se solicita DNA-VHB, pero tiene pruebas de inmunidad alteradas y dado los hallazgos de trombopenia, alteraciones hepáticas y hallazgo ecocardiografía HyVB se encuentra ya en seguimiento por hepatología, descartar autoinmunidad. o Orden para próxima cita por Infectología en 30 días. Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutámico Oxaloacética, Extendido De Sangre Periférica, Alt Transaminasa Glutámico Piruvico, Ldh (Deshidrogenasa Láctica), Carga Viral Para Hepatitis B, Hemograma Completo (plaquetas Y Volúmenes), Carga Viral Para Hiv, Creatinina o Prescripción: Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Días * Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Días * Vacuna Para Hepatitis B, Jeringa, 20 Mcg X 1 Cc, 3 Dosis, 6 Meses * Vacuna Para Influenza Tetravalente, Jeringa, 15 Mcg X 4 Tipos En 0.5ml, 1 Ampolla Im, 1 Año Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 7254573

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
18.06.2020	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	UT Infectologia	YANELY IBARRA CARABALI

EPISODIO: 7280850

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 30.06.2020

Hora Registro: 15:41:33

Responsable: ESCOBAR CARDENAS, DIANA MARCELA

Especialidad: TRASPLANTE HEPATICO - HEPATOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

control. teleconsulta

ENFERMEDAD ACTUAL

vive en cali. asiste solo. Diagnósticos: - hepatitis aguda INR 2.1 previo de 1.8
 enfermedad actual: paciente con historia de hiv, obesidad con imc 37 con sleeve
 gástrico en el 2014 por recuperación del peso e llevo a bypas en 2017.
 estuvo desnutrido con 48 kilos. Ahora consulta por dolor abdominal con
 evidencia de antecedentes: - patológicos: hiv, obesidad, desnutrición. -
 quirúrgicos: coledoc, bypass gástrico # 2 - farmacológicos: dolutegrovir +
 tenofovir emtricitabina. - niega otros. examen físico: peso 76 kg ta 120/ 70 f 20
 mucosas rosadas húmedas anictéricas cuello móvil sin adenopatías c/p ruidos
 cardíacos rítmicos regulares sin soplos ruidos respiratorios simétricos sin
 crepitantes abdomen blando depresible sin dolor. extremidades móviles sin
 edemas. neurológico sin déficit. paraclínicos: 27.16.2020: leucos 3100 n 1400
 pt 21 inr 2.1 ig 15 pla 100.000 bbt 0.69 bld 0.39 fa 172 13.06.2020: pt 22 inr
 1.89 anti HCV (-) anti hbc(+) ANti hbs(-) aghbs(-) ggt 80 IgG 14.79 Linfocitos T
 1569 asmas :1 160 asmas 1:80 asmas negativos. 23.05.2020: leucos 5090 hgb 14
 pla 100.000 vit d 10.1 vitamina b12 167 ferritina 208 uroanálisis normal. bbt 1.03
 bld 0.42 alt 96 ast 69 fa 142 proteínas totales 6.2 alb 3.87 nk 3.79 cl 106
 calcio 8.5 glu 86 cr 0.83 col total 57 hdl 21.7 ldl 26.5 tg 44 hgb1c 5.3% imagen:
 junio 2020: Opinión Esteatosis hepática. Quistes hepáticos de aspecto simple.
 Cambios quirúrgicos de gastrectomía total con anastomosis esófago entera
 Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualizada en
 escanografía del 25/04/2020. tac de abdomen contrastado: hígado normal.
 endoscópicos: sin varices esofágicas. Análisis y plan: paciente con historia de
 elevación de las aminotransferasas con prolongación del pt sin
 hiperbilirrubinemia debe aclararse la razón de la prolongación del pt y si es por
 déficit de vitamina k o por insuficiencia hepática. poco probable que se trate
 de insuficiencia hepática pero debe consultarse por urgencias para coloración de
 vitamina k, verificar tiempo de coagulación y ver la pertinencia de una biopsia
 hepática para aclarar lo que genera la elevación de las aminotransferasas. tiene
 anti hbc positivos recibe tenofovir. tiene asna y asmas positivos con igG normal.
 pero necesitaría biopsia hepática para descartar hepatitis autoinmune. se envía a
 urgencias para colocación de vitamina k 10mg cada día por 3 días y ver si hay

correccion de Iso tiemsode coaguacion. se le explica.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

se envia a urgencias poner vitamina kev 10ml solicitar evaluaion por hepatologia.

DIAGNÓSTICOS

K752 - HEPATITIS REACTIVA NO ESPECIFICA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7280850

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
30.06.2020	890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	Tele Cons Hepatologia	YANELY IBARRA CARABALI

EPISODIO: 7281613

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD RC

Historia Hospitalización

Fecha Registro: 01.07.2020

Hora Registro: 10:54:55

Responsable: COVA VIÑA, NATHALY MARIBEL

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

Remitido de la consulta de Hepatología

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente masculino de 43 años de edad, con antecedente de enfermedad avanzada por VIH, quien cursa con alteración de las pruebas hepáticas y trombocitopenia, en seguimiento por hepatología de la FVL, quien es valorado por Hepatología en Teleconsulta donde evidencia en paraclínicos recientes extrahospitalarios prolongación de tiempos de coagulación, por lo que decide remitir a urgencias para descartar déficit de vitamina K vs insuficiencia hepática

y ver la pertinencia de una biopsia hepática para descartar hepatitis autoinmune. Antecedentes personales Patológicos: -Enfermedad avanzada por VIH en TARV, diagnóstico 2014.Abr.11 -Trastorno de ansiedad generalizada -Hipersomnia -Apnea obstructiva del sueño -Hipoalbuminemia -Trombosis venosa profunda (2017) -Polineuropatía mixta, axonal y desmielinizante -Vólvulus -Deficit de vitamina D -Transaminitis Quirúrgicos: -Cirugía Bariátrica Farmacológicos: -Eutirox, atorvastatina, Galvus Met, Ticagrelol, ASA, esomeprazol Alérgicos: -Trimetoprim Tóxicos: -Niega Paraclínicos: 13.jun.2020 una CV-VIH 178 copias/ml. Tiempo de protrombina 22.5 seg, INR 1.89 seg, PSA 0.5, Anti HCV negativo, HBsAg negativo, Anti VHB < 2, core total VHB 0.466 reactivo, recuentos de CD4 746 (71.5%), niveles de inmunoglobulina G 14.79, GGT 80 U/L, ANAs 1:160, antimicrobianos negativos, Anticuerpos músculo liso positivo 1:80 dil. Anti HCV negativo, Tiene del 10.06.2020 unos leucocitos 5890, hgb 15.8 g/dL, plaquetas 129.000, nivel de Vitamina D 11.2, creatinina 0.88, colesterol total 56, HDL 25, Triglicéridos 49, ALT/AST 106/77, CPK 261 imagen: junio 2020: Opinión Esteatosis hepática. Quistes hepáticos de aspecto simple. Cambios quirúrgicos de gastrectomía total con anastomosis esófago entera Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualizada en escanografía del 25/04/2020. tac de abdomen contrastado: hígado normal. endoscópicos: sin varices esofágicos.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 95.00 / 67.00 - TAM: 76.33 - T°C: 35.60 - FC: 78.00 - FR: 16.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 71.00 - TALLA: 176.00 - IMC: 22.92 - SC: 1.87 - S.Sin O2: 99.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

EN BUENAS CONDICIONES GENERALES

Cabeza:

NORMOCEFALICA

Cara:

SIMETRIA FACIAL

Ojos:

PUPILAS REATIVAS A LA LUZ

Cuello:

MOVIL

ORL:

MUCOSAS HUMEDAS

Tórax:

MV PRESENTE, SIN AGREGADOS, RSCSRs, NO SOPLOS

Abdomen:

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALEAS

SNC:

ALERTA Y ORIENTADA EN TRES ESFERAS

Genitourinario:

SE OMITE

Extremidades:

MOVILES

Pulsos Periférico:

PRESENTES

Piel y Tejidos:

NORMAL

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente masculino de 43 años de edad, con antecedente de enfermedad avanzada por VIH, quien cursa con alteración de las pruebas hepáticas y trombocitopenia, en seguimiento por hepatología de la FVL, quien es valorado

por Hepatología en Teleconsulta donde evidencia en paraclínicos recientes extrahistitucionales prolongación de tiempos de coagulación, por lo que decide remitir a urgencias para descartar déficit de vitamina K vs insuficiencia hepática y ver la pertinencia de una biopsia hepática para descartar hepatitis autoinmune. Al ingreso paciente en condiciones clínicas estables, afebril, sin disnea. Corazón rítmico sin soplos, murmullo vesicular audible, sin agregados. Abdomen no doloroso. Extremidades simétricas, móviles, sin edemas, llenado capilar menor de 2 segundos, pulsos periféricos presentes y simétricos. Neurológico: alerta, consciente y orientado en tres esferas. Paciente con alteración de tiempos de coagulación, se comenta con hepatóloga tratante quien indica colocación de vitamina k 10mg cada día por 3 días y ver si hay corrección de los tiempos de coagulación.

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

K752 - HEPATITIS REACTIVA NO ESPECÍFICA

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.07.2020

Hora Registro: 11:56:23

Responsable: GOMEZ ZULUAGA, ALEXANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Valoración en Sala de observación urgencias

Diagnosticos: 1.Déficit de vitamina K vs Insuficiencia hepática aguda
2.Antecedente de VIH en TARV 3.Trastorno de ansiedad generalizada
4.Hipermnsonia 5.Apnea obstructiva del sueño 6. Hipoalbuminemia 7. Trombosis venosa profunda (2017) 8. Vólvulus

Alerta, orientado, sin signos de dificultad respiratoria Conjuntivas rosadas, escleras anictéricas Mucosa oral húmeda Murmullo vesicular presente sin agregados. Ruidos cardíacos rítmicos, regulares. Abdomen blando, depresible, no doloroso Extremidades móviles, sin edemas Sin déficit neurológico

Paciente masculino de 43 años de edad, con antecedente de VIH, con alteración de perfil hepático incluyendo tiempos de coagulación, remitido de consulta de hepatología para ampliar estudios ante sospecha de déficit de vitamina K vs falla hepática, en el momento paciente en aceptables condiciones

generales, asintomático, pendiente paraclínicos tomados en urgencias, se hospitaliza.

-Hospitalización a cargo de hepatología.

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.07.2020

Hora Registro: 17:10:57

Responsable: DIAZ RAMIREZ, GABRIEL SEBASTIAN

Especialidad: HEPATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta en Urgencias

HEPATOLOGIA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO EDAD: 43 AÑOS CC

7702874 Paciente masculino de 43 años de edad, con antecedente de enfermedad por VIH, quien cursa con alteración de las pruebas hepáticas y trombocitopenia de larga data (desde inicio de mayo de 2020), en seguimiento por hepatología de la FVL Dra Escobar, quien es valorado por Hepatología en Teleconsulta donde evidencia en paraclínicos recientes extrahospitalarios prolongación de tiempos de coagulación, por lo que decide remitir a urgencias para descartar déficit de vitamina K vs insuficiencia hepática y ver la pertinencia de una biopsia hepática para descartar hepatitis autoinmune.

Antecedentes personales Patológicos: -Enfermedad or VIH en TARV, diagnóstico 2014.Abr.11 -Trastorno de ansiedad generalizada -Hipersomnia

-Apnea obstructiva del sueño -Hipoalbuminemia -Trombosis venosa profunda (2017) -Polineuropatía mixta, axonal y desmielinizante -Vólvulus -Deficit de vitamina D

Quirúrgicos: -Cirugía Bariátrica Farmacológicos: -Eutirox, atorvastatina, Galvus Met, Ticagrelol, ASA, esomeprazol -Dolutegravir/tenofovir/emtricitabin Alérgicos: -Trimetoprim Tóxicos: -Niega Paciente alerta, conciente. Sin signos de dificultad respiratoria SIGNOS VITALES: TA: 99/63

TAM: 75 FC: 73 Ruidos cardiacos ritmicos. Campos pulmonares bien ventilados Abdomen blando, depresible Extremidades móviles, sin edemas

Alerta, conciente. Sin deficit Paraclínicos: 01.07.2020 CH: HB: 13.6 HCTO: 41.1 LEUCOCITOS: 4070 NEUTROFILOS: 1740 LINFOCITOS. 1920 PLAQUETAS:

107.000 CR: 0.76 BUN: 9.3 BBT: 0.64 BBD: 0.28 BBI: 0.36 ALT: 145 AST: 144 FA: 171 GGT: 210 ALBUMINA: 3.17 SODIO: 142 POTASIO 3.77 cloro: 108

13.jun.2020 una CV-VIH 178 copias/ml. Tiempo de protrombina 22.5 seg, INR 1.89 seg, PSA 0.5, Anti HCV negativo, HBSAg negativo, Anti VHB < 2, core total VHB 0.466 reactivo, recuentos de CD4 746 (71.5%), niveles de

inmunoglobulina G 14.79, GGT 80 U/L, ANAs 1:160, antimicrobianos negativos, Anticuerpos músculo liso positivo 1:80 dil. Anti HCV negativo, Tiene del 10.06.2020 unos leucocitos 5890, hgb 15.8 g/dL, plaquetas 129.000, nivel de

Vitamina D 11.2, creatinina 088, colesterol total 56, HDL 25, Triglicéridos 49, ALT/AST 106/77, CPK 261 imagen: junio 2020: Opinión Esteatosis hepática. Quistes hepáticos de aspecto simple. Cambios quirúrgicos de gastrectomía total con anastomosis esófago entera Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualizada en escanografía del 25/04/2020. tac de abdomen contrastado: hígado normal. endoscópicos: sin varices esofágicas. ANALISIS/PLAN: Historia de infección por VIH de larga data y en tto por infectología, CD4 mayor a 500 cels y tolerancia al tto. Asociado by pass gástrico con deficiencias nutricionales en tto y sd diarreico crónico no infeccioso. Viene con hipertransaminasemia persistente desde mayo de 2020 por lo que se hospitalizó. Estudios: *Anticore total hepatitis B positivo, HBsAg negativo y anti HBsAg: negativo, a descartar infección oculta por VHB, se solicita carga viral. *ANA y ASMA positivos, IgG en rango de normalidad, posible HAI. *Otros estudios metabólicos negativos, no hiperferritinemia Sin historia de consumo de hepatotóxicos, poco probable DILI por TARV ya que la toma hace mas de 5 años. Tiene INR levemente prolongado, posiblemente deficiencia de vitamina K más que severidad del compromiso hepático, ya en reposición. Se espera control de laboratorio para definir realización de biopsia hepática.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.07.2020

Hora Registro: 17:12:10

Responsable: DIAZ RAMIREZ, GABRIEL SEBASTIAN

Especialidad: HEPATOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA ADICIONAL Pte con anticore total hepatitis B positivo en quien se sospechó hepatitis B oculta sin embargo ya recibe tto antiviral incluyendo tenofovir. Por ahora sin cambios en el plan de tto recibido. Pendiente carga viral hepatitis B

.....

.....

.....

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.07.2020

Hora Registro: 09:54:46

Responsable: DIAZ RAMIREZ, GABRIEL SEBASTIAN

Especialidad: HEPATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HEPATOLOGIA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO EDAD: 43 AÑOS CC

7702874 Paciente masculino de 43 años de edad, con antecedente de enfermedad avanzada por VIH, quien cursa con alteración de las pruebas hepáticas y trombocitopenia, en seguimiento por hepatología de la FVL, quien es valorado por Hepatología en Teleconsulta donde evidencia en paraclínicos recientes extrahospitalarios prolongación de tiempos de coagulación, por lo que decide remitir a urgencias para descartar déficit de vitamina K vs insuficiencia hepática y ver la pertinencia de una biopsia hepática para descartar hepatitis autoinmune. Antecedentes personales Patológicos:

-Enfermedad avanzada por VIH en TARV, diagnóstico 2014.Abr.11 -Trastorno de ansiedad generalizada -Hipersomnia -Apnea obstructiva del sueño

-Hipoalbuminemia -Trombosis venosa profunda (2017) -Polineuropatía mixta, axonal y desmielinizante -Vólvulus -Deficit de vitamina D -Transaminitis

Quirúrgicos: -Cirugía Bariátrica Farmacológicos: -Eutirox, atorvastatina,

Galvus Met, Ticagrelor, ASA, esomeprazol Alérgicos: -Trimetoprim Tóxicos:

-Niega Paciente alerta, conciente. Sin signos de dificultad respiratoria SIGNOS

VITALES: TA: 99/63 TAM: 75 FC: 73 Ruidos cardiacos ritmicos. Campos

pulmonares bien ventilados Abdomen blando, depresible Extremidades

moviles, sin edemas Alerta, conciente. Sin deficit Paraclínicos: 02.07.2020 PT:

14.7 PTT: 33.8 INR: 1.25 ALT:117 AST: 102 01.07.2020 CH: HB: 13.6 HCTO:

41.1 LEUCOCITOS: 4070 NEUTROFILOS: 1740 LINFOCITOS. 1920 PLAQUETAS:

107.000 CR: 0.76 BUN: 9.3 BBT: 0.64 BBD: 0.28 BBI: 0.36 ALT: 145 AST: 144

FA: 171 GGT: 210 ALBUMINA: 3.17 SODIO: 142 POTASIO 3.77 cloro: 108

13.jun.2020 una CV-VIH 178 copias/ml. Tiempo de protrombina 22.5 seg, INR

1.89 seg, PSA 0.5, Anti HCV negativo, HBsAg negativo, Anti VHB < 2, core

total VHB 0.466 reactivo, recuentos de CD4 746 (71.5%), niveles de

inmunoglobulina G 14.79, GGT 80 U/L, ANAs 1:160, antimicrobiales negativo,

Anticuerpos músculo liso positivo 1:80 dils. Anti HCV negativo, Tiene del

10.06.2020 unos leucocitos 5890, hgb 15.8 g/dL, plaquetas 129.000, nivel de

Vitamina D 11.2, creatinina 0.88, colesterol total 56, HDL 25, Triglicéridos 49,

ALT/AST 106/77, CPK 261 imagen: junio 2020: Opinión Esteatosis hepática.

Quistes hepáticos de aspecto simple. Cambios quirúrgicos de gastrectomía total con anastomosis esófago entera. Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualizada en escanografía del 25/04/2020. Tac de abdomen contrastado: hígado normal. endoscópicos: sin varices esofágicas.

ANÁLISIS/PLAN: Paciente masculino de 43 años de edad, con antecedente de enfermedad avanzada por VIH, quien cursa con alteración de las pruebas hepáticas y trombocitopenia, en seguimiento por hepatología de la FVL, quien es valorado por Hepatología en Teleconsulta donde evidencia en paraclínicos recientes extrahospitalarios prolongación de tiempos de coagulación, por lo que decide remitir a urgencias para descartar déficit de vitamina K vs insuficiencia hepática y ver la pertinencia de una biopsia hepática para descartar hepatitis autoinmune. Paciente en el momento hemodinámicamente estable, alerta, afebril, sin signos de dificultad respiratoria, sin signos de sangrado o hallazgos patológicos al examen físico, se inició manejo con vitamina K 10mg/días, el día de hoy tiempos de coagulación en mejoría, INR: 1.25, transaminasas en descenso, por lo cual se indica realización de biopsia hepática para aclarar diagnóstico y posterior a la cual si hay buena evolución se considerará egreso con plan de revisión de la misma en control ambulatorio por hepatología y manejo con vitamina K oral 10mg semanal posiblemente con alteración de la absorción por antecedente de cirugía gástrica.

...

.....

.....

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.07.2020

Hora Registro: 12:00:57

Responsable: COVA VIÑA, NATHALY MARIBEL

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA MEDICO URGENCIAS Paciente masculino de 43 años de edad, con antecedente de enfermedad avanzada por VIH, quien cursa con alteración de las pruebas hepáticas y trombocitopenia, además prolongación de tiempos de coagulación, para lo cual se inició manejo con vitamina K 10mg/día. Hoy tiempos de coagulación en mejoría, INR: 1.25, transaminasas en descenso, por lo cual se indica realización de biopsia hepática bajo pertinencia médica para aclarar diagnóstico y posterior a la cual si hay buena evolución se considerará

egreso con plan de revisión de la misma en control ambulatorio por hepatología y manejo con vitamina k oral 10mg semanal. Paciente con posible alteración de la absorción por antecedente de cirugía gástrica.

-

-

-

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 02.07.2020

Hora Registro: 15:31:50

Responsable: RODRIGUEZ GONZALEZ, DIANA CAROLINA

Especialidad: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOST -

Tipo de herida :

Limpia

Descripción de la prestación :

BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE

Hallazgos :

Aumentado difuso en la ecogenicidad del parenquima hepático.

Descripción procedimiento :

Previa explicación del procedimiento y firma de consentimiento informado, el cual se anexa a la historia clínica. Monitoría no invasiva. Asepsia y antisepsia con Clorhexidina. Anestesia local con 5 cc de lidocaína. Con aguja semiautomática 16G se realiza biopsia hepática en lóbulo hepático derecho bajo guía ecográfica, obteniéndose 3 cilindros, los cuales se envían a patología. Procedimiento bien tolerado por el paciente sin complicaciones inmediatas.

Complicaciones :

no.

Alta Médica

Fecha Registro: 03.07.2020

Hora Registro: 10:05:37

Responsable: BADILLO MORALES, ANGELICA GISELLE

Especialidad: MEDICINA GENERAL - MEDICINA GENERAL - MEDICINA GENERAL -

Tipo Alta

Mejoría

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

Recomendaciones

Diagnóstico Alta

K752 - HEPATITIS REACTIVA NO ESPECIFICA

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.07.2020

Hora Registro: 11:08:58

Responsable: DIAZ RAMIREZ, GABRIEL SEBASTIAN

Especialidad: HEPATOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HEPATOLOGIA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO EDAD: 43 AÑOS CC 7702874 Paciente masculino de 43 años de edad, con antecedente de enfermedad avanzada por VIH, quien cursa con alteración de las pruebas hepáticas y trombocitopenia, en seguimiento por hepatología de la FVL, quien es valorado por Hepatología en Teleconsulta donde evidencia en paraclínicos recientes extrainstitucionales prolongación de tiempos de coagulación, por lo que decide remitir a urgencias para descartar déficit de vitamina K vs insuficiencia hepática y ver la pertinencia de una biopsia hepática para descartar hepatitis autoinmune. Antecedentes personales Patológicos: -Enfermedad avanzada por VIH en TARV, diagnóstico 2014.Abr.11 -Trastorno de ansiedad generalizada -Hipersomnia -Apnea obstructiva del sueño -Hipoalbuminemia -Trombosis venosa profunda (2017) -Polineuropatía mixta, axonal y desmielinizante -Vólvulus -Deficit de vitamina D -Transaminitis Quirúrgicos: -Cirugía Bariátrica Farmacológicos: -Eutirox, atorvastatina, Galvus Met, Ticagrelol, ASA, esomeprazol Alérgicos: -Trimetoprim Tóxicos: -Niega Paciente alerta, conciente. Sin signos de dificultad respiratoria SIGNOS VITALES: TA: 96/55 TAM: 68 FC: 56 Ruidos cardiacos ritmicos. Campos

pulmonares bien ventilados Abdomen blando, depresible Extremidades móviles, sin edemas Alerta, conciente. Sin déficit Paraclínicos: 02.07.2020 PT: 14.7 PTT: 33.8 INR: 1.25 ALT:117 AST: 102 01.07.2020 CH: HB: 13.6 HCTO: 41.1 LEUCOCITOS: 4070 NEUTROFILOS: 1740 LINFOCITOS: 1920 PLAQUETAS: 107.000 CR: 0.76 BUN: 9.3 BBT: 0.64 BBD: 0.28 BBI: 0.36 ALT: 145 AST: 144 FA: 171 GGT: 210 ALBUMINA: 3.17 SODIO: 142 POTASIO 3.77 cloro: 108 13.jun.2020 una CV-VIH 178 copias/ml. Tiempo de protrombina 22.5 seg, INR 1.89 seg, PSA 0.5, Anti HCV negativo, HBSAg negativo, Anti VHB < 2, core total VHB 0.466 reactivo, recuentos de CD4 746 (71.5%), niveles de inmunoglobulina G 14.79, GGT 80 U/L, ANAs 1:160, antimicrobianos negativos, Anticuerpos músculo liso positivo 1:80 dils. Anti HCV negativo, Tiene del 10.06.2020 unos leucocitos 5890, hgb 15.8 g/dL, plaquetas 129.000, nivel de Vitamina D 11.2, creatinina 0.88, colesterol total 56, HDL 25, Triglicéridos 49, ALT/AST 106/77, CPK 261 imagen: junio 2020: Opinión Esteatosis hepática. Quistes hepáticos de aspecto simple. Cambios quirúrgicos de gastrectomía total con anastomosis esófago entera Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualizada en escanografía del 25/04/2020. tac de abdomen contrastado: hígado normal. endoscópicos: sin varices esofágicas. BIOPSIA HEPATICA PERCUTANEA. 02.07.2020 SIN COMPLICACIONES ANALISIS/PLAN: Paciente masculino de 43 años de edad, con antecedente de enfermedad avanzada por VIH, quien cursa con alteración de las pruebas hepáticas y trombocitopenia, en seguimiento por hepatología de la FVL, quien es valorado por Hepatología en Teleconsulta donde evidencia en paraclínicos recientes extrahospitalarios prolongación de tiempos de coagulación, por lo que decide remitir a urgencias para descartar déficit de vitamina K vs insuficiencia hepática y ver la pertinencia de una biopsia hepática para descartar hepatitis autoinmune. Paciente en el momento hemodinámicamente estable, alerta, afebril, sin signos de dificultad respiratoria, sin signos de sangrado o hallazgos patológicos al examen físico, sin embargo con tiempos de coagulación prolongados, por lo cual se inició manejo con vitamina K con posterior mejoría de tiempos, sin evidencia de sangrado. Fue llevado el día de ayer a biopsia hepática para aclarar etiología de compromiso hepático elevación de transaminasas y trombocitopenia, con buena evolución clínica, sin complicaciones, por lo cual se indica dar egreso el día de hoy, cita control con hepatología por consulta externa para revisar reporte de biopsia y vitamina K oral semanal. Se dan recomendaciones y signos de alarma.

...

.....

.....

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7281613

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
01.07.2020	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	903813	COLORO	UT Bioquimica	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	

				NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	890402- 72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Hepatologia	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
01.07.2020	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UE Urgencias adulto	BRIAN ALEXIS USECHE BECERRA
02.07.2020	898102	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BI OPSIA	UT Patologia	DANIEL CAMILO LOPEZ RINCON
02.07.2020	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	UT Patologia	DANIEL CAMILO LOPEZ RINCON
02.07.2020	881701- 002	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS POR ESPECIALISTA	UT Ecografia	DANIEL CAMILO LOPEZ RINCON
02.07.2020	501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE HIGADO	UT Ecografia	DANIEL CAMILO LOPEZ RINCON
02.07.2020	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	PAULA ANDREA CARDENAS MARIN
02.07.2020	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	PAULA ANDREA CARDENAS MARIN
02.07.2020	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Hematologia	PAULA ANDREA CARDENAS MARIN
02.07.2020	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO- PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Hematologia	PAULA ANDREA CARDENAS MARIN
02.07.2020	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL	UT Remisiones a instituciones	GABRIEL SEBASTIAN DIAZ RAMIREZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7281613

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable

01.07.2020	11:00	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 10MG/ML AMP 1ML	10.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA

Epicrisis

Fecha Registro: 01.07.2020

Hora Registro: 10:54:55

Responsable: DIAZ RAMIREZ, GABRIEL SEBASTIAN

Especialidad: MEDICINA INTERNA - HEPATOLOGIA -

Epicrisis

Nombre : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO

Historia Clínica : 0000527134

Episodio: 0007281613

Documento de identificación : .CC .7702874

Edad : 43Años

Sexo: M

Entidad: SERVICIO OCCID. DE SALUD RC

Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias adulto

Fecha ingreso: 01.07.2020

Hora ingreso: 10:15:33

Medico Tratante : DIAZ RAMIREZ, GABRIEL SEBASTIAN

Especialidad: HEPATOLOGIA

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso:

K752 .HEPATITIS REACTIVA NO ESPECIFICA

B24X .ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH),
SIN

OTRA ESPECIFICACION

Diagnósticos de egreso:

K752 .HEPATITIS REACTIVA NO ESPECIFICA

B24X .ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH),
SIN

OTRA ESPECIFICACION

Causa de admisión y enfermedad actual:

HEPATOLOGIA

ALEXANDER MARIN LARRAHONDO

EDAD: 43 AÑOS

CC 7702874

Paciente masculino de 43 años de edad, con antecedente de enfermedad avanzada por VIH, quien cursa con alteración de las pruebas hepáticas y trombocitopenia, en seguimiento por hepatología de la FVL, con evidencia en paraclínicos recientes extrahospitalarios prolongación de tiempos de coagulación, por lo se hospitalizó para toma de estudios incluido biopsia hepática para descartar hepatitis autoinmune ante la presencia de autoanticuerpos positivos..

Antecedentes personales

Patológicos:

- Enfermedad avanzada por VIH en TARV, diagnóstico 2014.Abr.11
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Hipersomnia
- Apnea obstructiva del sueño
- Hipoalbuminemia
- Trombosis venosa profunda (2017)
- Polineuropatía mixta, axonal y desmielinizante
- Vólvulus
- Deficit de vitamina D
- Transaminitis

Quirúrgicos:

- Cirugía Bariátrica

Farmacológicos:

- Eutirox, atorvastatina, Galvus Met, Ticagrelor, ASA, esomeprazol

Alérgicos:

- Trimetoprim

Tóxicos:

- Niega

Paciente alerta, conciente. Sin signos de dificultad respiratoria

SIGNOS VITALES: TA 110/70, FC 72

Ruidos cardiacos ritmicos. Campos pulmonares bien ventilados

Abdomen blando, depresible

Extremidades móviles, sin edemas
Alerta, conciente. Sin déficit

Paraclínicos:

02.07.2020

PT: 14.7 PTT: 33.8 INR: 1.25

ALT:117 AST: 102

01.07.2020 CH: HB: 13.6 HCTO: 41.1 LEUCOCITOS: 4070 NEUTROFILOS:
1740

LINFOCITOS. 1920 PLAQUETAS: 107.000

CR: 0.76 BUN: 9.3 BBT: 0.64 BBD: 0.28 BBI: 0.36

ALT: 145 AST: 144 FA: 171 GGT: 210 ALBUMINA: 3.17

SODIO: 142 POTASIO 3.77 cloro: 108

13.jun.2020 una CV-VIH 178 copias/ml. Tiempo de protrombina 22.5 seg, INR 1.89 seg, PSA 0.5, Anti HCV negativo, HBSAg negativo, Anti VHB < 2, core total VHB 0.466 reactivo, recuentos de CD4 746 (71.5%), niveles de inmunoglobulina G 14.79, GGT 80 U/L, ANAs 1:160, antimitochondriales negativo, Anticuerpos músculo liso positivo 1:80 dils. Anti HCV negativo, Tiene del 10.06.2020 unos leucocitos 5890, hgb 15.8 g/dL, plaquetas 129.000, nivel de Vitamina D 11.2, creatinina 088, colesterol total 56, HDL 25, Triglicéridos 49, ALT/AST 106/77, CPK 261

imagen:

junio 2020:

Opinión

Esteatosis hepática.

Quistes hepáticos de aspecto simple.

Cambios quirúrgicos de gastrectomía total con anastomosis esófago entera
Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualizada en escanografía del 25/04/2020.

tac de abdomen contrastado: hígado normal.

endoscópicos:

sin varices esofágicas.

ANÁLISIS/PLAN:

Historia de HIV en TARV.

Qx de Sleeve gástrico y posteriormente By-Pass gástrico.

Hipertransaminasemia fluctuante, desde mayo de 2020 persistente aunque en leve descenso.

Ampliamente estudiado, tiene anticore total hepatitis B positivo con HBsAg negativo, se le tomó carga viral hepatitis B la cual está pendiente, sin embargo dentro de la TARV recibe tenofovir.

Con ANA y AsMA positivos, IgG normal, ante la posibilidad de hepatitis autoinmune se llevó a biopsia hepática sin complicaciones.

Tiene prolongación de INR que corrigió con vitamina K lo que sugiere trastorno de absorción de la misma.

POr buena evolución se da egreso, control ambulatorio por hepatología para revisión de reporte de biopsia hepática y definir plan de tto a sdeguir.

Se dan recomendaciones.

Atentamente,

DR. GABRIEL SEBASTIAN DIAZ RAMIREZ

HEPATOLOGIA

MEDICINA INTERNA

ID: 1130617359

REG: 1130617359

Fecha de egreso: 03.07.2020

Hora de egreso: 12:15:00

Servicio de Egreso: . . . UE sala de transicion salidas

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:

Dosis	Unid.	Via	Ciclo	Fecha Ini.	Fecha Fin.	Cant.	Unid.	Nombre medicamento

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:

Cantid.	Unid	Insumos/procedimientos

Atentamente,

DR. GABRIEL SEBASTIAN DIAZ RAMIREZ

HEPATOLOGIA

MEDICINA INTERNA

ID: 1130617359

REG: 1130617359

EPISODIO: 7296589

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 07.07.2020

Hora Registro: 10:20:15

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Diarrea

ENFERMEDAD ACTUAL

N: Neiva O/P: Cali Ocupación: médico ANT: Patológicos: obesidad, HIV, diarrea crónica, déficit de VD y B12 Farmacológicos: antirretrovirales, VD 50000 UI, pancreatina 2 tab tid, loperamida 2 tab tid y colestiramina de rescate Quirúrgicos: manga gástrica en 2014, estenosis que requirió bypass gástrico más colelap en 2017 Alérgicos: TMT/SMX (dermatosis y disnea) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 4 deposiciones diarias, Bristol 7 Fliares: HTA (madre) EA: consulta en relación con cuadro crónico consistente en diarrea sin sangre la cual inició después del bypass gástrico más colecistectomía. Ha sido estudiado con estudios endoscópicos sin hallazgos anormales, tiene una manometría anorrectal de noviembre de 2018, ordenada por incontinencia fecal, en donde se documentó hipotonía del esfínter anal interno. Recibe loperamida como antidiarréico sin observar mejoría razón por la cual decide pedir concepto a un gastroenterólogo distinto al que lo venía manejando hasta ahora. RxS: pérdida de peso de aproximadamente 10 kg en los últimos 3 años. Paraclínicos: - COLONOSCOPIA (12.01.2018): ILEON TERMINAL NORMAL: ver biopsias. COLON NORMAL: ver biopsias. - BIOPSIA (16.01.2018): A. MUCOSA DE ÍLEON. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS, ILEITIS, ATROFIA -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO B. MUCOSA COLÓNICA. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA. -HIPERPLASIA LINFOIDE REACTIVA. -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS. -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO - MANOMETRÍA ANORRECTAL (08.11.2018): 1. HIPOTONIA DEL ESFINTER ANAL INTERNO. - EDS (29.05.2020): "BYPASS GASTRICO" EF: no se realiza ya que el contacto

es a través de teleconsulta.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con diarrea crónica cuyo inicio coincidió con la realización del byass gástrico y la colecistectomía. Sin embargo el manejo con colestiramina más loperamida, indicados en este tipo de diarrea no ha logrado controlar la enfermedad. Prescribo aluminio hidróxido 10 cc vía oral cada 8 horas como manejo sintomático por ahora. Decido iniciar el estudio de la patología descartando noxas metabólicas e infecciosas. Solicito TSH, PTH, electrolitos, niveles séricos de vitaminas, calprotectina fecal, coproscópico y coprocultivo. En caso de no haber hallazgos concluyentes, solicitaré estudios endoscópicos para toma de biopsias de duodeno, íleon y colon. Finalmente, si ninguna de las aproximaciones diagnósticas mencionadas confirman una patología orgánica, se manejará como una diarrea funcional.

DIAGNÓSTICOS

K591 - DIARREA FUNCIONAL

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7296589

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
07.07.2020	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	Tele Cons Gastroenterologia	YANELY IBARRA CARABALI

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7296589

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
07.07.2020	10:44	HIDROXIDO DE ALUMINIO 6,15G/100ML FCO 360ML	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN

EPISODIO: 7332007**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria****Fecha Registro: 22.07.2020****Hora Registro: 15:12:33****Responsable: ESCOBAR CARDENAS, DIANA MARCELA****Especialidad: TRASPLANTE HEPATICO - HEPATOLOGIA -****MOTIVO DE CONSULTA**

En los cortes histológicos teñidos con HE, PAS, tricromico,orceina retículo y Fe. Se identifica tejido hepático con presencia 7 espacios porta y 7 venas centrales . Hay ocasional infiltrado inflamatorio de tipo linfoplasmocitario en los espacios porta, sin actividad de union . Se observa adecuada relacion vena, arteria, conducto en los espacios porta sin colangitis. Escasos hepatocitos pericentrales principalmente, muestran balonamiento con estatosis de gota gruesa en el 90% con ocasionales cuerpos de Mallory Desk . No se observan acumulos de celulas inflamatorias en el intersticio. No hay fibrosis, lo cual se realza con las coloraciones de reticulo, orceina y tricromico . La coloracion de PAS muestra macrofagos seroides periportales . La coloracion de hierro es negativa para depositos. Gradacion de esteatohepatitis no alcoholica (Kleiner DE. Brunt EM) Grado de esteatosis : 3: Mayor de 66% Inflamacion Lobular 0: Ninguna Balonamiento hepatocelular 2.Leve TOTAL 5/9 Fibrosis 0. Ninguna

DIAGNÓSTICO Hígado – Lesión - Biopsia ESTEATOHEPATITIS DEL 90% SIN FIBROSIS. Comentario: Excluido consumo de alcohol, las causas de esteatohepatitis no alcoholica (NASH) son múltiples desordenes metabolicos, desordenes nutricionales, enfermedades sistemicas, desordenes endocrinos o metabolicos no relacionados con la insulina, diverticulosis con sobrecrecimiento bacteriana e isquemia entre otros.

ENFERMEDAD ACTUAL

vive en cali. asisite solo. Diagnósticos: - hepatitis aguda INR 2.1 previo de 1.8 enfermedad actual: aciente con historia de hiv, obesidad con imc 37 con sleeve gástrico en en el 2014 por recupreacion del peso e llevo a bypas en 2017. estuvo desnutrico con 48 kilos. Ahroa consulta por dolor abdominal con evidencia de antecedentes: - patológicos: hiv, obesidad, desnutricion. - quirurgicos: colelap, bypass gastrico # 2 - farmacologicos: dolutegroair+ tenofovir emtricitabina. - niega otros. examen fisico: peso 76 ta 120/ 70 f 20 mucosas rosadas humedas anictéricas cuello movil sin adenopatias c/p ruidos cardiacos ritmicos regulares sin oplos ruido respiratorios simetricos sin agragados abdomen balnad deprieble sin dolor. extremidades moviles sin

edemas. neurologico sin deficit. paraclínicos: 15.07.2020: ast 66 alt 82 fa 174 ggt 209 Igg 15.5 27.16.2020: leucos 3100 n 1400 pt 21 inr 2.1 ig 15 pla 100.000 bbt 0.69 bbd 0.39 fa 172 13.06.2020: pt 22 inr 1.89 anto HCV (-) anti hbc(+) ANti hbs(-) aghbs(-)ggt 80 Igg 14.79 Linfrctos T 1569 anas :1 160 asmas 1:80 amas negativos. 23.05.2020: leuos 5090 hgb 14 pla 100.000vit d 10.1 vitmaina b12 167 ferritina 208 uroanlsisi normal. bbt 1.03 bbd 0.42 alt 96 ast 69 fa 142 proteínas totales 6.2 alb 3.87 nk 3.79 cl 106 calcio 8.5 glu 86 cr 0.83 col ttal 57 hdl 21.7 ldl 26.5 tg 44 hgb1c 5.3% imagen: junio 2020: Opinión Esteatosis hepática. Quistes hepáticos de aspecto simple. Cambios quirúrgicos de gastrectomía total con anastomosis esófago entera Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualiza da en escanografía del 25/04/2020. tac de abomen cotrastado: higado nommal. endoscopicos: sin varices esofágicos. biopsia hepatica junio 2020: En los cortes histológicos teñidos con HE, PAS, tricromico,orceina retículo y Fe. Se identifica tejido hepático con presencia 7 espacios porta y 7 venas centrales . Hay ocasional infiltrado inflamatorio de tipo linfoplasmocitario en los espacios porta, sin actividad de union . Se observa adecuada relacion vena, arteria, conducto en los espacios porta sin colangitis. Escasos hepatocitos pericentrales principalmente, muestran balonamiento con estatosis de gota gruesa en el 90% con ocasionales cuerpos de Mallory Desk . No se observan acumulos de celulas inflamatorias en el intersticio. No hay fibrosis, lo cual se realza con las coloraciones de reticulo, orceina y tricromico . La coloracion de PAS muestra macrofagos seroides periportales . La coloracion de hierro es negativa para depositos. Gradacion de esteatohepatitis no alcoholica (Kleiner DE. Brunt EM) Grado de esteatosis : 3: Mayor de 66% Inflamacion Lobular 0: Ninguna Balonamiento hepatocelular 2.Leve TOTAL 5/9 Fibrosis 0. Ninguna

DIAGNÓSTICO Hígado – Lesión - Biopsia ESTEATOHEPATITIS DEL 90% SIN FIBROSIS. Comentario: Excluido consumo de alcohol, las causas de esteatohepatitis no alcoholica (NASH) son múltiples entre ella toxicidad a los medicamentos, hepatitis viral obesidad, desordenes metabolicos, desordenes nutricionales, enfermedades sistemicas, desordenes endocrinos o metabolicos no realacionados con la insulina, diverticulosis con sobrecrecimiento bacteriana e isquemia entre otros. Analisis y plan: paciente con elevaciond elas amintraferasas con anas postivos tiene ademas diarrea crónica. se prologaronlso tiemspo de coagalcioncreemos que por no absorcion de vitamina k or lo que se deja ocn vitamina k otal al mes hasta el roxmo control en 3 meses. la biopsia hepatica muestra enfermedad hepatica por higado graso con esteratosis dle 90% sin fibrosis. no tienes cambios por hepatitis autoinmune auneuq etiene celulas linfolasmocitarias no tiene heoatitis deinterfase. se hara control en 3 meses con paraclínicos deocontrol. se inciarn nuevaate ltodos los

soportes nutricionales.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

ver hc

DIAGNÓSTICOS

K760 - DEGENERACION GRASA DEL HIGADO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7332007

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
22.07.2020	890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	Tele Cons Hepatologia	DIANA MARCELA OROZCO GIL

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7332007

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
22.07.2020	15:15	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 10MG/ML AMP 1ML	10.00	MG	VIA ORAL	C/30 DIAS	DIANA MARCELA ESCOBAR CARDENAS

EPISODIO: 7347561

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 28.07.2020

Hora Registro: 16:38:22

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

N: Neiva O/P: Cali Ocupación: médico ANT: Patológicos: obesidad, HIV, diarrea crónica, déficit de VD y B12 Farmacológicos: antirretrovirales, VD 50000 UI, pancreatina 2 tab tid, loperamida 2 tab tid y colestiramina de rescate Quirúrgicos: manga gástrica en 2014, estenosis que requirió bypass gástrico más colelap en 2017 Alérgicos: TMT/SMX (dermatosis y disnea) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 4 deposiciones diarias, Bristol 7 Fliares: HTA (madre) EA: consultó el 07.07.2020 en relación con cuadro crónico consistente en diarrea sin sangre la cual inició después del bypass gástrico más colecistectomía. Ha sido estudiado con estudios endoscópicos sin hallazgos anormales, tiene una manometría anorrectal de noviembre de 2018, ordenada por incontinencia fecal, en donde se documentó hipotonía del esfínter anal interno. Recibe loperamida como antidiarréico sin observar mejoría razón por la cual decide pedir concepto a un gastroenterólogo distinto al que lo venía manejando hasta ahora. Lo enfoqué como un paciente con diarrea crónica cuyo inicio coincidió con la realización del byass gástrico y la colecistectomía. Sin embargo el manejo con colestiramina más loperamida, indicados en estos casos, no ha logrado controlar la enfermedad. Prescribí aluminio hidróxido 10 cc vía oral cada 8 horas como manejo sintomático por ahora. Decidí descartar noxas metabólicas e infecciosas. Solicité TSH, PTH, electrolitos, niveles séricos de vitaminas, calprotectina fecal, coproscópico y coprocultivo. Se hace control el 28.07.2020, el paciente refiere mejoría parcial de los síntomas, ha notado que las deposiciones de la mañana y la tarde son más consistentes que las de la noche. RxS: pérdida de peso de aproximadamente 10 kg en los últimos 3 años. Paraclínicos: - COLONOSCOPIA (12.01.2018): ILEON TERMINAL NORMAL: ver biopsias. COLON NORMAL: ver biopsias. - BIOPSIA (16.01.2018): A. MUCOSA DE ÍLEON. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS, ILEITIS, ATROFIA -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO B. MUCOSA COLÓNICA. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA. -HIPERPLASIA LINFOIDE REACTIVA. -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS. -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO - MANOMETRÍA ANORRECTAL (08.11.2018): 1. HIPOTONIA DEL ESFINTER ANAL INTERNO. - EDS (29.05.2020): "BYPASS GASTRICO" - EXÁMENES DE JULIO/2020: **Calprotectina 207.7 ug/g **COPROCULTIVO: crecimiento de microbiota gastrointestinal en medios sólidos y líquidos. Negativo para: Aeromonas spp, Plesiomonas spp, Salmonella spp. y Shigella spp. No se observa colonización del cultivo. **PARATOHORMONA 48.20 pg/mL **CORTISOL II BASAL 12.40 ug/dL **IgA

INMUNOGLOBULINA A 2.82 g/L EF: no se realiza ya que el contacto es a través de teleconsulta.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con diarrea crónica cuyo inicio coincidió con la realización del byass gástrico y la colecistectomía. Sin embargo el manejo con colestiramina más loperamida, indicados en este tipo de diarrea no ha logrado controlar la enfermedad. Prescribí aluminio con lo cual ha habido mejoría parcial. Llama la atención que las deposiciones de la mañana sean más consistentes que las de la noche, razón por la cual es plausible considerar insuficiencia pancreática exocrina como una posible etiología. Inicio reposición con proteasa/amilasa/lipasa 50.000 UI prandiales por 1 mes. Se descartó patología metabólica, pero tiene una calprotectina levemente elevada lo cual obliga a descartar patología inflamatoria intestinal. En este sentido ordeno endoscopia digestiva superior y colonoscopia más enterorresonancia magnética. Finalmente, si ninguna de las aproximaciones diagnósticas mencionadas confirman una patología orgánica, se manejará como una diarrea funcional.

DIAGNÓSTICOS

K509 - ENFERMEDAD DE CROHN, NO ESPECIFICADA

K903 - ESTEATORREA PANCREATICA

K591 - DIARREA FUNCIONAL

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7347561

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
28.07.2020	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	Tele Cons Gastroenterologia	DIANA MARCELA OROZCO GIL

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7347561

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable

29.07.2020	16:41	AMILASA 18000 UI/LIPASA 25000 UI/PROTEASA 1000 UI CP	50000.00	UI	VIA ORAL	C/8H	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN

EPISODIO: 7365013**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 05.08.2020

Hora Registro: 11:05:01

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874

Edad : 43 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2020.Ago.05 Edad: 43 Años

DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Mar.18 PPD 0 MM 2019.Mar.15

BLIPS ? 2018.Dic.17 NIVELES DE VITAMINA D 18.7 NG/ML 2018.Ene.19 PPD 0

MM 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04

PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO

NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR +

TENOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO

GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS

TENSIONALES ELEVADAS? 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18

FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG

NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV +

TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM

2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA

HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA

BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2018.Ene.16 - LINFOCITOS T CD4: 0 % -

702 Células / ml 2018.Ene.16 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente

quien evalué el 18.06.2019 quien tiene un diagnóstico de una infección

avanzada por el virus de la inmunodeficiencia humana, con recuentos de CD4

con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina sin problemas en la

dispensación; 2. Efectos neuro-psiquiátricos por el Efavirenz; 3. Antecedente

de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6.

Antecedente de Apnea obstructiva del sueño. 7. Hipoalbuminemia. 7.

Trombosis venosa profunda (2017). 8. Tiene una PPD en 0 mm (2018). 9. poli

neuropatía mixta, axonal y desmielinizante. 10. Vólvulos. 11. Deficit de

vitamina D. Acude a evaluación dado que había tenido una CV-VIH elevada y se solicito para definir BLIPs. En el momento el paciente se encuentra en seguimiento por gastroenterología, en relación a la esteatosis hepática y tiene un calpoprectina elevada, pendiente toma de biopsias en EVDA y colonoscopia en el momento en seguimiento por el Dr. De la Hoz. Tiene unos exámenes el 18.07.2020 pero la CV-VIH indetectable, tiene una CV-VHB no detectable, niveles de inmunoglobulina A 2.82, cortisol basal 12, TSH 1.7, PTH 48.2, sangre oculta en coproscopico, coprocultivo negativo, calpoprectina 207 ug/mL**, leucocitos 5290, hgb 13.6 g/dl, plaquetas 116.000, bilirrubina total 0.74 mg/dl, directa 0.38 mg/dl, ALT/AST 82/66 UL, fosfatasa alcalina 174.3 U/L, láctico deshidrogenasa 253, niveles de inmunoglobulina G 15.81 g/L. Analisis y plan: 1. Desde el punto de vista de infectología, tiene una infección contralda y estable por VIH con recuentos de CD4 746 (71.5%), venia presentando BLIPs, esto debido a la forma como estaba tomando el tratamiento antirretroviral que ya se corrigió. Control en tres meses, se entrega receta de medicamentos. o Orden para próxima cita por Infectología en 90 días. Interconsulta por Infectología Adultos o Orden de exámenes: Ast Transaminasa Glutámico Oxaloacética, Nivel De Vitamina D 25 Hidroxi Total (d2 Y D3) (caciferol), Nivel De Vitamina B12, Albumina, Alt Transaminasa Glutámico piruvica, Ggt (gamma Glutamyl Transferasa), Hemograma Completo (plaquetas Y Volumen), Recuento De Celulas Cd4 (numero Y %), Carga Viral Para Hiv, Creatinina, Glicemia, Perfil Lipidico: Colesterol, Ldl, Hdl, Trigliceridos, Vdrl (o Rpr) o Prescripción: Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Válida por 6 meses. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

ENFERMEDAD ACTUAL

.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Evento catastrófico

ANALISIS Y CONDUCTA

,

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7365013

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
05.08.2020	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	Tele Cons Infectologia	YANELY IBARRA CARABALI

EPISODIO: 7405319

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 24.08.2020

Hora Registro: 15:49:31

Responsable: ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

Tipo de herida :**Descripción de la prestación :**

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA

Hallazgos :**Descripción procedimiento :**

<<<ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA >>> ----
 ----- Información Clínica REMITE: Dr. De La Hoz SEDACIÓN: propofol 100 mg + lidocaína 30 mg INDICACIÓN: diarrea crónica ASA:II MÉDICO DE SEDACIÓN: Dr. Emiro Herrera Previa explicación del procedimiento, riesgos, beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. Hallazgos ESÓFAGO: mucosa de aspecto normal en toda su extensión. Unión escamocolumnar a los 37 cm de la arcada dentaria sin lesiones. No hay signos endoscópicos de esofagitis. ESTÓMAGO: evidencia de estómago intervenido, remanente gástrico con mucosa sana, anastomosis gastroentérica amplia y sin lesiones, mucosa del bastón sana, mucosa del asa funcional adelgazada permitiendo visualizar la vasculatura submucosa. BIOPSIAS: mucosa yeyunal. Diagnóstico 1. EVIDENCIA DE ESTÓMAGO INTERVENIDO. 2. ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA AMPLIA Y SIN LESIONES. 3. ATROFIA DE MUCOSA

YEYUNAL A DESCARTAR: BIOPSIAS. Posterior a valoración en recuperación se dan indicaciones de alimentación y signos de alarma tales como dolor, fiebre, vómito o sangrado digestivo para avisar a médico tratante.

Complicaciones :

Tipo de herida :

Descripción de la prestación :

COLONOSCOPIA TOTAL

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

<<<COLONOSCOPIA TOTAL >>> ----- Información Clínica REMITE: médico gastroenterólogo SEDACIÓN: lidocaina 30 mg + propofol 240 mg INDICACIÓN: diarrea crónica ASA:II MÉDICO DE SEDACIÓN:Dr. Emiro Herrera PREPARACION: Boston 6/9 (A2+T2+D2) Previa explicación del procedimiento, riesgos, beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. Hallazgos INSPECCION : normal. TACTO RECTAL : esfínter hipotónico. No se palpan masas. ENDOSCOPIA : se avanza retrógradamente hasta el ciego identificando el orificio apendicular y la válvula íleocecal. Se canula el íleon y se examinan los últimos 15 cm observando mucosa sana, se toman biopsias (frasco 1). La mucosa de los segmentos examinados de ciego, colon ascendente, transverso, descendente, sigmoide y recto conserva el brillo y patrón vascular normal. Se toman biopsias de todos los trayectos colónicos evaluados marcados como colon ascendente (frasco 2). Diagnóstico 1.- ÌELOCOLONOSCOPIA TOTAL NORMAL. Posterior al procedimiento se dan indicaciones y signos de alarma tales como dolor, fiebre, vómito, sangrado digestivo o cualquier otro síntoma posterior al estudio endoscópico para consultar a urgencias si fuera necesario.

Complicaciones :

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7405319

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
24.08.2020	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O S IN BIOPSIA	UT Endo Digestivas	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN

07.09.2020	452301	COLONOSCOPIA TOTAL	UT Endo Digestivas	JENIFFER BOLAÑOS NUÑEZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7405319

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
24.08.2020	17:00	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	150.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	EMIRO FERNANDO HERRERA LARA
24.08.2020	17:00	LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML	40.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	EMIRO FERNANDO HERRERA LARA
07.09.2020	14:00	LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML	30.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	EMIRO FERNANDO HERRERA LARA
07.09.2020	14:00	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	240.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	EMIRO FERNANDO HERRERA LARA

EPISODIO: 7481654

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 22.09.2020

Hora Registro: 11:32:11

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

N: Neiva O/P: Cali Ocupación: médico ANT: Patológicos: obesidad, HIV, diarrea crónica, déficit de VD y B12 Farmacológicos: antirretrovirales, VD 50000 UI, pancreatina 2 tab tid, loperamida 2 tab tid y colestiramina de rescate Quirúrgicos: manga gástrica en 2014, estenosis que requirió bypass gástrico más colelap en 2017 Alérgicos: TMT/SMX (dermatosis y disnea) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 4 deposiciones diarias, Bristol 7 Fliares: HTA (madre) EA: consultó el 07.07.2020 en relación con cuadro crónico consistente en diarrea sin sangre la cual inició después del bypass gástrico más colecistectomía. Ha sido estudiado con estudios endoscópicos sin

hallazgos anormales, tiene una manometría anorrectal de noviembre de 2018, ordenada por incontinencia fecal, en donde se documentó hipotonía del esfínter anal interno. Recibe loperamida como antidiarréico sin observar mejoría razón por la cual decide pedir concepto a un gastroenterólogo distinto al que lo venía manejando hasta ahora. Lo enfoqué como un paciente con diarrea crónica cuyo inicio coincidió con la realización del byass gástrico y la colecistectomía. Sin embargo el manejo con colestiramina más loperamida, indicados en estos casos, no ha logrado controlar la enfermedad. Prescribí aluminio hidróxido 10 cc vía oral cada 8 horas como manejo sintomático por ahora. Decidí descartar noxas metabólicas e infecciosas. Solicité TSH, PTH, electrolitos, niveles séricos de vitaminas, calprotectina fecal, coproscópico y coprocultivo. Se hace control el 28.07.2020, el paciente refiere mejoría parcial de los síntomas, ha notado que las deposiciones de la mañana y la tarde son más consistentes que las de la noche. Prescribí aluminio con lo cual ha habido mejoría parcial. Llamaba la atención que las deposiciones de la mañana sean más consistentes que las de la noche, razón por la cual es plausible considerar insuficiencia pancreática exocrina como una posible etiología. Inicié reposición con proteasa/amilasa/lipasa 50.000 UI prandiales. Se descartó patología metabólica, pero tenía una calprotectina levemente elevada lo cual obligaba a descartar patología inflamatoria intestinal. En este sentido ordené endoscopia digestiva superior y colonoscopia, contaba con una resonancia magnética abdominal de junio de 2020 sin hallazgos relevantes en asas delgadas. En teleconsulta de control en septiembre de 2020, el paciente refiere persistencia de la diarrea con incontinencia nocturna. Tiene endoscopia digestiva superior en donde se reporta posible atrofia de la mucosa yeyunal, sin embargo la biopsia sólo mostró inflamación crónica leve inespecífica. La colonoscopia fue normal al igual que las biopsias de íleon y colon. RxS: pérdida de peso de aproximadamente 10 kg en los últimos 3 años. Paraclínicos: - COLONOSCOPIA (12.01.2018): ILEON TERMINAL NORMAL: ver biopsias. COLON NORMAL: ver biopsias. - BIOPSIA (16.01.2018): A. MUCOSA DE ÍLEON. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS, ILEITIS, ATROFIA -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO B. MUCOSA COLÓNICA. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA. -HIPERPLASIA LINFOIDE REACTIVA. -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS. -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO - MANOMETRÍA ANORRECTAL (08.11.2018): 1. HIPOTONIA DEL ESFINTER ANAL INTERNO. - EDS (29.05.2020): "BYPASS GASTRICO" - RMN ABDOMINAL (25.06.2020): Esteatosis hepática. Quistes hepáticos de aspecto simple. Cambios quirúrgicos de gastrectomía total con

anastomosis esófago enteral. Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualizada en escanografía del 25/04/2020. - EXÁMENES DE JULIO/2020: **Calprotectina 207.7 ug/g **COPROCULTIVO: crecimiento de microbiota gastrointestinal en medios sólidos y líquidos. Negativo para: Aeromonas spp, Plesiomonas spp, Salmonella spp. y Shigella spp. No se observa colonización del cultivo. **PARATOHORMONA 48.20 pg/mL **CORTISOL II BASAL 12.40 ug/dL **IgA INMUNOGLOBULINA A 2.82 g/L - EDS (24.08.2020): 1. EVIDENCIA DE ESTÓMAGO INTERVENIDO. 2. ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA AMPLIA Y SIN LESIONES. 3. ATROFIA DE MUCOSA YEYUNAL A DESCARTAR: BIOPSIAS. - BIOPSIAS (27.08.2020): YEYUNO; BIOPSIA: - INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA - MUESTRA NEGATIVA PARA DISPLASIA O MALIGNIDAD. -NO SE OBSERVAN MICROORGANISMOS EN LA MUESTRA - COLONOSCOPIA (07.09.2020): 1.- ÌELOCOLONOSCOPIA TOTAL NORMAL. - BIOPSIAS (09.09.2020): A. MUCOSA DE ILEON - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. B. MUCOSA DE COLON ASCENDENTE - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. EF: no se realiza ya que el contacto es a través de teleconsulta.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con diarrea crónica cuyo inicio coincidió con la realización del byass gástrico. Por tal motivo solicito medición de todos los oligoelementos y vitaminas relacionadas con diarrea poscirugía barátrica, incluyendo las no estudiadas hasta ahora como zinc, cobre, selenio, vitamina A y vitamina B1. Adicionalmente solicito medición de ácido 5 OH indolacético ante la sospecha de carcinoide. Igualmente anticuerpos para enfermedad celíaca. Inicio amitriptilina en dosis titulables desde 12.5 mg cada noche por 3 noches, posteriormente avanzar con 12.5 mg cada 12 horas.

DIAGNÓSTICOS

K591 - DIARREA FUNCIONAL

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7481654

Fecha	Código Nombre	U. Organizativa	Responsable

22.09.2020	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	Tele Cons Gastroenterologia	DIANA MARCELA OROZCO GIL

EPISODIO: 7482208**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 22.09.2020

Hora Registro: 14:47:48

Responsable: OBANDO TREJOS, ANGELA MARIA

Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

(nota de 12/2018) Cuadro clinico de mas o menos 5 años de evolucion consistente en realizacion de sleeve gastrico, peso anterior 121 kg, con peso de 96 posterior. hace un año revision de sleeve, con complicacion de estenosis gastrica y con realizacion final de bypass gastrico, con posterior desnutricion, disminucion de la fuerza, fatiga, con dolor en cadera izquierda y debilidad en miembro inferior izquierdo desde 2 meses. Parestesias en miembro inferior izquierdo. Peso actual 61 kg. Hace dos meses requirio nutricion enteral. No estudios electrofisiologicos. Esta anticoagulado por trombosis venosa profunda. Ahora refiere sensacion de chasquido en cadera derecha, dolor en rodillas bilateral al subir o bajar gradas. Refiere mejoría de la osteoporosis y de su desnutricion posterior a hospitalizacion, estas trabajando. Refiere parestesias en manos, con caída de objetos de la manos, debilidad al caminar con arrastre de pies, no dolor en manos o pies. No trae examen pero hay nota de Dra dorado donde indica que hay una polineuropatia mixta axonal y desmielinizante. EVOLUCIONES: 22/09/2020: Realizo Terapia fisica con mejoría de su estado fisico, refiere que al caminar tiene disnea, hace 5 meses tuvo un episodio de vómitos, resolvió solo, con cuadro de diarrea, peso previo 84, posterior 67 kg en 20 días pos síndrome de malabsorción, 7 deposiciones al día. En el momento esta en teletrabajo. Antecedentes personales: 1. VIH en manejo Ocupación: medico Examen fisico: Paciente enflaquecido, con ausencia de grasa de Vichart, con palidez generalizada Con tendencia a la cifosis dorsal Romberg positivo Tandem positivo No escoliosis Reflejos osteotendinosos: ++ asimétricos, con aquiliano bilateral arreflexia Marcha anormal, con rotación

externa de caderas bilateral, de predominio izquierda Fuerza: proximal miembros superiores 3+/5, distal 4/5. Miembros inferiores 3/5 proximal izquierdo, distal 4/5 Propiocepcion: normal Contractura del psoas, isquiotibiales bilaterales Romberg positivo

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Se decide: 1. Terapia fisica neurologica 12 sesiones mes por 2 meses (teleconsulta) 2. Control en dos meses

DIAGNÓSTICOS

G629 - POLINEUROPATIA, NO ESPECIFICADA

Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICA DOS

K591 - DIARREA FUNCIONAL

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7482208

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
22.09.2020	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	UT Fisiatria	JHOANNA GARCIA GARCIA

EPISODIO: 7505388

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 30.09.2020

Hora Registro: 20:00:55

Responsable: GIRALDO PINEDO, JORGE ALONSO

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

me dio un colico muy fuerte,diarrea

ENFERMEDAD ACTUAL

pte que refiere episodios de dolor abdominal tipo colico,de incio mesogastrio para lo cual se manejon con hioscina con intervalo corto de mejoria,posterior agudizacion de dolor y presencia de nauseas x lo que fue asistido en su puesto de trabajo y se incio manejo con LEV y control de sintomas con posteior mejoria,consideran valoracion secundaria por lo que le indican acudir a urgencias,no otros sintomas
 NOTA: La evaluación del paciente se realiza con los elementos de protección necesarios, según los lineamientos y protocolos institucionales.
 EXAMEN FISICO: Alerta, deambulante,reactivo,cronicamente enfermo
 cabeza: Normocéfalo, no lesiones. cara: Sin alteraciones. ojos: Pupilas isocóricas fotorreactivas. cuello: No adenopatías, traquea central. otorrino: Mucosas húmedas, rosadas. Cardiopulmonar: Torax sin alteraciones, Pulmones ventilados normoexpansivos,ruidos cardiacos ritmicos,no soplos. abdomen: Blando, peristaltismo +,no doloroso, no signos de irritación peritoneal. neurologico: Alerta, orientado en las tres esferas, no déficit motor ni sensitivo. Genitourinario: No valorado. extremidades: pulsos presentes, no lesiones,ROT Presentes piel: normal

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 91.00 / 66.00 - TAM: 74.33 - T°C: 36.30 - FC: 78.00 - FR: 16.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 65.00 - TALLA: 176.00 - IMC: 20.98 - SC: 1.78 - S.Sin O2: 98.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

ver EA

Cabeza:

.

Cara:

.

Ojos:

.

Cuello:

.

ORL:

.

Tórax:

.

Abdomen:

.

SNC:

.

Genitourinario:

.

Extremidades:

.

Pulsos Periférico:

.

Piel y Tejidos:

.

ANALISIS Y CONDUCTA

pte con antecedente de sleeve gastrico y EDA cronica,acude ante episodio de dolor abdominal de alta intensidad que se dio manejo sintomatico con resolucion de sintomas episodio semejantes previos,ahora asintomatico,se considera manejo sintomatico ambulatorio y se da slaida con sg de alarma,se explica

DIAGNÓSTICOS**R104 - OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS****Alta Médica**

Fecha Registro: 30.09.2020

Hora Registro: 20:03:22

Responsable: GIRALDO PINEDO, JORGE ALONSO

Especialidad: MEDICINA GENERAL - MEDICINA GENERAL - MEDICINA GENERAL -

Tipo Alta

Tratamiento Ambulatorio

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones**Recomendaciones**

salida

Diagnóstico Alta

-

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7505388

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
30.09.2020	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UE Urgencias adulto	ALEJANDRO DELGADO ISAZA

EPISODIO: 7546170**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 15.10.2020

Hora Registro: 17:20:56

Responsable: ESCOBAR CARDENAS, DIANA MARCELA

Especialidad: TRASPLANTE HEPATICO - HEPATOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

control teleconsulta coninegncia cvoid 19

ENFERMEDAD ACTUAL

vive en cali. asisite solo. Diagnósticos: - hepatitis aguda INR 2.1 previo de 1.8 enfermedad actual: aciente con historia de hiv, obesidad con imc 37 con sleeve gástrico en en el 2014 por recuperacion del peso e llevo a bypas en 2017. estuvo desnutrico con 48 kilos. Ahroa consulta por dolor abdominal con evidencia de antecedentes: - patológicos: hiv, obesidad, desnutricion. - quirurgicos: colelap, bypass gátrico # 2 - farmacologicos: dolutegroair+ tenofovir emtricitabina. - niega otros. examen fisico: peso 76 ta 120/ 70 f 20 mucosas rosadas humedas anictéricas cuello movil sin adenopatias c/p ruidos cardiacos ritmicos rergulares sin oplos ruido respiratorios simetricos sin agragados abdomenbalnad deprieble sin dolor. extremidades moviles sin edemas. neurologico sin deficit. paraclnicos: 01.10.2020: leucos 3400 hgb 13 pla 135.000tsh 2.3 vitamina d 15.2 vitamina b 12 603 serologia no reactiva. col total 57 hdl 23 bbt 1.1 bbd 0.8 alt 85 ast 64 fa 149 proteina 5.4 alb 2.8 k 3.39 15.07.2020: ast 66 alt 82 fa 174 ggt 209 Igg 15.5 27.16.2020: leucos 3100 n 1400 pt 21 inr 2.1 ig 15 pla 100.000 bbt 0.69 bbd 0.39 fa 172 13.06.2020: pt 22 inr 1.89 anto HCV (-) anti hbc(+) ANti hbs(-) aghbs(-)ggt 80 Igg 14.79 Linfrцитos T 1569 anas :1 160 asmas 1:80 amas negativos. 23.05.2020: leuos 5090 hgb 14 pla 100.000vit d 10.1 vitmaina b12 167 ferritina 208 uroanlsisi normal. bbt 1.03 bbd 0.42 alt 96 ast 69 fa 142 proteinas totales 6.2 alb 3.87 nk 3.79 cl 106 calcio 8.5 glu 86 cr 0.83 col ttal 57 hdl 21.7 ldl 26.5 tg 44 hgb1c 5.3% imgen: junio 2020: Opinión Esteatosis hepática. Quistes hepáticos de aspecto simple. Cambios quirúrgicos de gastrectomía total con anastomosis esófago entera Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualiza da en escanografía del 25/04/2020. tac de abomen cotrastado: higado nommal. endoscopicos: sin varices esofágicos. biopsia hepatica junio 2020: En los cortes histológicos teñidos con HE, PAS, tricromico,orceina retículo y Fe. Se identifica tejido hepático con presencia 7 espacios porta y 7 venas centrales . Hay ocasional infiltrado inflamatorio de tipo linfoplasmocitario en los espacios porta, sin actividad de union . Se observa adecuada relacion vena, arteria, conducto en los espacios porta sin colangitis. Escasos hepatocitos pericentrales principalmente, muestran balonamiento con estatosis de gota gruesa en el 90% con ocasionales cuerpos de Mallory Desk . No se observan acumulos de celulas inflamatorias en el intersticio. No hay fibrosis, lo cual se realza con las coloraciones de reticulo, orceina y tricromico . La coloracion de PAS muestra macrofagos seroides periportales . La coloracion de

hierro es negativa para depositos. Gradacion de esteatohepatitis no alcoholica (Kleiner DE. Brunt EM) Grado de esteatosis : 3: Mayor de 66% Inflamacion Lobular 0: Ninguna Balonamiento hepatocelular 2.Leve TOTAL 5/9 Fibrosis 0. Ninguna DIAGNÓSTICO Hígado – Lesión - Biopsia ESTEATOHEPATITIS DEL 90% SIN FIBROSIS. Comentario: Excluido consumo de alcohol, las causas de esteatohepatitis no alcoholica (NASH) son múltiples entre ellas toxicidad a los medicamentos, hepatitis viral obesidad, desordenes metabolicos, desordenes nutricionales, enfermedades sistemicas, desordenes endocrinos o metabolicos no relacionados con la insulina, diverticulosis con sobrecrecimiento bacteriana e isquemia entre otros. Analisis y plan: paciente con elevacion de las aminotransferasas con anas positivos tiene ademas diarrea crónica. se prolongaron los tiempos de coagulacion que por no absorcion de vitamina k o por lo que se deja con vitamina k oral al mes hasta el proximo control en 3 meses. la biopsia hepatica muestra enfermedad hepatica por higado graso con esteatosis del 90% sin fibrosis. no tiene hepatitis autoinmune. tiene mala absorcion y desnutricion que explica la elevacion de las aminotransferasas control ambulatorio por hepatologia en enero 2020. continua con colestirmina, aminor 4 mg/ loperamida y acnretina. se hara control en enero del 2020. con paraclínicos. tiene deficiencia en la absorcion de la vitamina k.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANÁLISIS Y CONDUCTA

ver hc

DIAGNÓSTICOS

K760 - DEGENERACION GRASA DEL HIGADO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 7546170

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
15.10.2020	890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	Tele Cons Hepatologia	DIANA MARCELA OROZCO GIL

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7546170

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
15.10.2020	17:25	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 10MG/ML AMP 1ML	10.00	MG	BUCAL	C/30 DIAS	DIANA MARCELA ESCOBAR CARDENAS

EPISODIO: 7548598**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 16.10.2020

Hora Registro: 14:59:22

Responsable: OLAYA ROJAS, PASTOR

Especialidad: FALLA CARDIACA - CARDIOLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

Antecedentes: sleeve gástrico y bypass gástrico. HIV (+) TVP, S de malabsorción intestinal. Pérdida de peso. No HTA, No DM, NO dislipidemia, no fumador, no alcohol, no tiroides, alergia al trimetoprim, no hemorragias. Qx: refractiva, circuncisión, reducción de radio izq. Síntomas actuales: disnea de pequeños esfuerzos, se le baja la saturación de O₂ a 87. Edema de MMII. No ortopnea ni DPN. Insomnio. Diuresis Ok. Deposición con diarreas frecuentes. Meds: antirretrovirales x3, ferropoietina oral, pancreatina, loperamida, enoxaparina 60 x2 Sedentario Dieta: Si EF: buenas condiciones. Peso: 58 kg previo: 60 kg TA: 80/50 FC 120 regular Cuello sin ingurgitación yugular Pulmones: limpios RC: sin soplos ni galopes Abdomen: normal Extremidades con leve edema Pulsos: normales. EKG hoy: FC 90 por min, sinusal. Bajo voltaje generalizado.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Hombre con HIV en tto con CD4 normal y carga viral indetectable. DNT post 2 cirugías bariátricas. Ahora con síntomas sugestivos de falla cardíaca aunque el

EF no revela signos de falla pero EKG anormal. Plan: descartar falla cardiaca.
Plan: Rx torax, labs, NTproBNP, eco TT Control con resultados.

DIAGNÓSTICOS

I500 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7548598

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
16.10.2020	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	UT Cardiologia	KARINA MARCELA MORENO VASQUEZ
16.10.2020	895100-33	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFI CIE EN CONSULTA	UT Cardiologia	JIOVANNA FIGUEROA MORANTE

EPISODIO: 7566705

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 22.10.2020

Hora Registro: 12:52:49

Responsable: VARGAS ESCOBAR, LINA MARIA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente atendido bajo la modalidad de tele consulta durante la contingencia de la pandemia Covid – 19. "Control"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente masculino de 43 años que asiste a consulta de control por nutrición y dietética, viene en manejo nutricional en nuestra institución en relación a cuadro clínico de base y Snd. diarreico crónico. Antecedentes: Personales: - Síndrome Diarreico Crónico Mixto: Esteatorrea Pancreática - HIV: Cd4 700, Carga Viral 0%. - Desnutrición Crónica Post Sleeve Gástrico - Trastorno Ansiedad Quirúrgicos: - Bypass Gástrico: 2014 - Sleeve Gástrico En Mayo 2017 Familiares: - Madre Ca De Mama Izquierda, HTA - Padre: Ulcera Varicosa En Miembros Inferiores Su ultimo control fue el día 04/05/2020 bajo la modalidad de tele consulta durante la contingencia de la pandemia Covid – 19, refirio en

las últimas semanas cuadro diarreico agudo, requirió consulta por urgencias, incapacidad médica, EDA persistente, perdida marcada de peso, inapetencia y pobre tolerancia a alimentos, se indico plan dietario especifico ademas de reiniciar soporte nutricional oral. Regresa hoy 22/10/2020 a nuevo control, refiere continuan sintomas descritos en seguimiento estrecho con gastroenterologia, persiste inapetencia y persiste perdida de peso, aversion sensorial pro alimentos proteicos. Paraclínicos Octubre/2020 CREATININA EN SUERO 1.29 0.67 - 1.17 0.97 mg/dL PROTEINAS TOTALES 5.10 6.4 - 8.3 5.40 g/dL ALBUMINA 2.45 3.5 - 5.2 2.84 g/dL SODIO EN SUERO 140.80 136 - 145 141.80 mmol/L POTASIO EN SUERO 3.78 3.5 - 5.1 3.39 mmol/L CLORO 107.20 98 - 107 107.80 mmol/L FERRITINA 982.00 30 - 400 208.00 ng/mL TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 1.750 0.27 - 4.2 2.380 uUI/mL VITAMINA D TOTAL 25 HIDROXI (D2 y D3) CALCIFEROL 15.2 11.2 ng/mL VITAMINA B12 II 603.0 197 - 771 >2000 pg/mL ANAMNESIS ALIMENTARIA RECUENTO DE CONSUMO EN 24 HORAS: 6:00am arroz con huevo fruta picada papaya mango melon galletas durante la mañana 12:30pm (en casa) spaguetti ensalada de papa con maiz huevo arroz ensalada de lechuga pepino tomate fruta en la tarde o galletas 7:00pm similar al almuerzo sopa Jugo de guayaba o manzana o pera FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS Lacteos Leche deslactosada Queso suspendido Otros suspendio Huevo diario Carne de res muy poco Pollo muy poco Pescado muy poco Cerdo muy poco Visceras ocasionales Leguminosas Secas 2/sem frijol lenteja Verduras diario Tipo mas frecuente pepino tomate zanahoria repollo lechuga Frutas diario Tipo mas frecuente papaya melon mango banano Agua 1 lt dia Azucares, dulces y postres refiere aveces ansiedad en parciales Gaseosa suspendio Consumo de sal moderado Consumo y Tipo de grasa Frituras suspendio Enlatados suspendio embutidos suspendio Complementos nutricionales multivitaminicos prueba de tolerancia con prowhey onecare 4 medidas Café 2-3 dia Productos de panadería galleta de soda INFORMACION NUTRICIONAL Y HABITOS Apetito muy bajo Habito intestinal consistencia liquida ahora 2 dep dia Ocupación diaria Medico Auditor y teletrabajo Actividad Física inicio terapia de nerodesarollo Cigarrillo NO Alcohol NO Alergias alimentarias niega Intolerancias alimentarias lactosa Rechazos ANTROPOMETRIA Peso usual: 127kg año 2013 bajo a 95kg con reganancia posterior en 2014, despues de bypass junio 2017 comenzo 116kg y bajo hasta 58kg Peso (01/Junio/2018):70kg Peso (18/Sept/2018):77.6kg Peso (14/Feb/2019):81kg Peso (30/Sept/2019):83kg Peso (04/Mayo/2020):76kg (tomado en lugar de trabajo y referido en teleconsulta) Peso actual (22/Octubre/2020):64kg (referido en teleconsulta) Talla:177 cm IMC: 20 Diagnostico nutricional: Desgaste proteico energetico, con alto riesgo nutricional por patologia de base de alto gasto (HIV), ingesta actualmente

comprometida e inferior al 50% de su requerimiento diario, perdida de 19kg en el ultimo año

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente masculino de 43 años que asiste a consulta de control por nutrición y dietética, viene en manejo nutricional en nuestra institución en relación a cuadro clínico de base y Snd. diarreico crónico. Antecedentes: Personales: - Síndrome Diarreico Crónico Mixto: Esteatorrea Pancreática - HIV: Cd4 700, Carga Viral 0%. - Desnutrición Crónica Post Sleeve Gástrico - Trastorno Ansiedad Quirúrgicos: - Bypass Gástrico: 2014 - Sleeve Gástrico En Mayo 2017 Familiares: - Madre Ca De Mama Izquierda, HTA - Padre: Ulcera Varicosa En Miembros Inferiores Su ultimo control fue el día 04/05/2020 bajo la modalidad de tele consulta durante la contingencia de la pandemia Covid – 19, refirió en las últimas semanas cuadro diarreico agudo, requirió consulta por urgencias, incapacidad médica, EDA persistente, perdida marcada de peso, inapetencia y pobre tolerancia a alimentos, se indico plan dietario especifico ademas de reiniciar soporte nutricional oral. Regresa hoy 22/10/2020 a nuevo control, refiere continuan sintomas descritos en seguimiento estrecho con gastroenterologia, persiste inapetencia y persiste perdida de peso, aversion sensorial pro alimentos proteicos. A la anamnesis alimentaria se evidencia desbalance nutricional, selección de alimentos de baja densidad nutricional, bajo consumo proteico y de micronutrientes, a la valoración antropométrica se encuentra en Desgaste proteico energetico, con alto riesgo nutricional por patologia de base de alto gasto (HIV), ingesta actualmente comprometida e inferior al 50% de su requerimiento diario, perdida de 19kg en el ultimo año, requiere soporte nutricional oral con formula polimérica para pacientes con desgaste proteico energetico ademas de modulo de proteina liquido hidrolizado para pacientes con alto grado de estres metabolico como media estandar y costoefectiva para evitar mayor deterioro nutricional y complicaciones adyacentes, se realiza prescripción en aplicativo Mipres por principio de complementariedad, con el siguiente numero de radicación: 20201022159023842820 y se envia formula a paciente. Adicionalmente se refuerza educación alimentaria y nutricional y se indican recomendaciones. Se envia orden de valoración control para 3 meses y nota de historia nutricional.

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

E638 - OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS

K591 - DIARREA FUNCIONAL

Z713 - CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 7566705

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
22.10.2020	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Tele Cons Nutrición	OLGA LUCIA MORALES VEGA

EPISODIO: 7592347

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 30.10.2020

Hora Registro: 13:44:54

Responsable: GUERRERO DUQUE, STELLA

Especialidad: PSIQUIATRÍA -

MOTIVO DE CONSULTA

44 años F331 B24X Asiste por Telemedicina y proporciona la información. Confiabilidad buena.

ENFERMEDAD ACTUAL

Control 30 Octubre 2020 SUBJETIVO: Último control 29 Abril 2020 cuando se le indicó control en tres meses. Ha vuelto a perder peso de forma significativa "y me han hecho exámenes de todo y no encuentran qué me pasa, esta situación me tiene desesperado, yo no quiero estar pensando en mi situación de salud, esto se ha vuelto horrible para mí, ..., ya no le encuentro sentido a la vida, me levanto cansado, me levanto agotado, me canso para caminar, estoy con el cardiólogo, estoy en terapia de neurorehabilitación, ..., a veces quisiera matarme, ..., en Septiembre reinició la Desvenlafaxina, ..., le he cogido fastidio a las proteínas". Dice que duerme bien. OBJETIVO: Está semisentado en su

cama, con aspecto cuidado, caquético, es colaborador, amable y establece contacto visual con el entrevistador. Alerta, euproséxico, orientado, sin compromiso evidente de memoria ni cálculo, inteligencia impresionada promedio. No observo alteraciones motoras. Afecto depresivo, con llanto fácil, resonante, congruente. Eulálico. Pensamiento lógico, coherente, preocupación sobre su estado de salud, minusvalía, desesperanza, refiere ideas de muerte y de suicidio poco estructuradas, niega plan suicida estructurado, no se observan ideas delirantes. Niega alteraciones de la sensorio-percepción. Juicio y Raciocinio debilitados por el afecto. Introspección parcial. Prospección incierta.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

ANALISIS: Paciente con antecedente de trastorno depresivo en manejo con antidepressivo dual con buenas adherencia y tolerancia. Ha recibido manejo anteriormente con Fluoxetina y Amitriptilina también. Reinició la Desvenlafaxina en Septiembre por reactivación de síntomas. En la evaluación de hoy encuentro reactivación de síntomas depresivos, con ideación de muerte y de suicidio. PLAN: Realizo intervención de contención emocional. Discutimos opciones terapéuticas. Explico al paciente la pertinencia de hospitalizar para disminuir el riesgo de suicidio y ajustar el tratamiento. Dice entender y aceptar. Acordamos hospitalización, aumentar la dosis de Desvenlafaxina a 100mg/ día. Insisto en psicoterapia por Psicología. Control por Psiquiatría quince días.

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

F332 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMA PSICOTICO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7592347

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
30.10.2020	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Tele Cons Siquiatria	KARLEN CECILIA VALLEJO LASSO

EPISODIO: 7610809

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 06.11.2020

Hora Registro: 16:17:20

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Santiago de Cali, Noviembre 6 de 2020 URGENCIAS Paciente ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación - CC: 7702874 Edad 44 Años Sexo MASCULINO Médico tratante DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ

DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Mar.18 PPD 0 MM 2019.Mar.15 BLIPS ? 2018.Dic.17 NIVELES DE VITAMINA D 18.7 NG/ML 2018.Ene.19 PPD 0 MM 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2018.Ene.16 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 702 Células / ml 2018.Ene.16 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente quien evalué el 05.08.2020 quien tiene un diagnóstico de una infección avanzada por el virus de la inmunodeficiencia humana, con recuentos de CD4 con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina sin problemas en la dispensación; 2. Efectos neuro-psiquiátricos por el Efavirenz; 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño. 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017). 8. Tiene una PPD en 0 mm (2018). 9. poli neuropatía mixta, axonal y desmielinizante. 10. Vólvulos. 11. Déficit de vitamina D. Viene perdiendo peso en el momento en 64 kilos, ha perdido alrededor de 20 kilos, presenta edemas en miembros inferiores, la diarrea ha disminuido, se siente decaído, presenta disnea. Tiene del 06.10.2020 una CV-

VIH indetectable, tiene unos CD4 440 (41.9%), tiene además unos niveles de vitamina B12 602, RPR no reactiva, tiene unos niveles de vitamina D 25-OH 15.2 ng/mL, TSH 2.3, CPK 110, cloro 107.8 mmol/L, potasio 3.39, sodio 141.80 mmol/L, albumina 2.84 g/dL, proteínas totales 5.4 g/dl, fosfata alcalina 149 U/L, ALT/AST 85/64, bilirrubina indirecta 0.33 mg/dl, bilirrubina directa 0.8 mg/dL, triglicéridos 67, LDL 17, colesterol total 57 mg/dL, HDL 26, sedimentación globular 2 mm/H, leucocitos 3400, linfocitos 1500, hgb 13.1 g/dl, plaquetas 135.000, tiene además del 16.10.2020 ferritina 982 mg/dL, hormona estimulante de la tiroides 1.7, cloro 107, potasio 3.78, sodio 140, albumina 245 g/Dl, Creatinina 1.29 mg/dL, tiene del 21.10.2020 Pro BNP 644. Análisis y plan: 1. Paciente con una enfermedad avanzada por VIH con adecuado control inmunológico y virológico, 2.El paciente tiene una cirugía bariátrica, reintervenido con un problema malabsorción y carencial de nutrientes, ahora hipoalbuminémico, pérdida de peso, con edemas en miembros inferiores, ProBNP elevado, no se siente bien, doy una orden para que pueda direccionarse al servicio de urgencias y hospitalizarse, manejo conjunto con gastroenterología, soporte nutricional, realizar ecocardiograma TT, EKG, solicita potasio, magnesio, sodio, radiografía de torax. Nota: Estaré de descanso del 07 al 08 de Noviembre del 2020, el Dr. Juan Diego Velez se encuentra de turno presencial. Ante cualquier eventualidad el servicio de infectología dispone de mi correo electrónico (jose.garcia.go@fvl.org.co) y mi número celular donde podrá ser localizado en caso de necesidad. He explicado esta situación a mis pacientes y si tiene acompañantes al momento de la evaluación Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

ENFERMEDAD ACTUAL

.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Santiago de Cali, Noviembre 6 de 2020 URGENCIAS Paciente ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación - CC: 7702874 Edad 44 Años Sexo MASCULINO Médico tratante DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ
DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Mar.18 PPD 0 MM 2019.Mar.15

BLIPS ? 2018.Dic.17 NIVELES DE VITAMINA D 18.7 NG/ML 2018.Ene.19 PPD 0 MM 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2018.Ene.16 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 702 Células / ml 2018.Ene.16 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml Paciente quien evalué el 05.08.2020 quien tiene un diagnóstico de una infección avanzada por el virus de la inmunodeficiencia humana, con recuentos de CD4 con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina sin problemas en la dispensación; 2. Efectos neuro-psiquiátricos por el Efavirenz; 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño. 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017). 8. Tiene una PPD en 0 mm (2018). 9. poli neuropatía mixta, axonal y desmielinizante. 10. Vólvulos. 11. Déficit de vitamina D. Viene perdiendo peso en el momento en 64 kilos, ha perdido alrededor de 20 kilos, presenta edemas en miembros inferiores, la diarrea ha disminuido, se siente decaído, presenta disnea. Tiene del 06.10.2020 una CV-VIH indetectable, tiene unos CD4 440 (41.9%), tiene además unos niveles de vitamina B12 602, RPR no reactiva, tiene unos niveles de vitamina D 25-OH 15.2 ng/mL, TSH 2.3, CPK 110, cloro 107.8 mmol/L, potasio 3.39, sodio 141.80 mmol/L, albumina 2.84 g/dL, proteínas totales 5.4 g/dl, fosfata alcalina 149 U/L, ALT/AST 85/64, bilirrubina indirecta 0.33 mg/dl, bilirrubina directa 0.8 mg/dL, triglicéridos 67, LDL 17, colesterol total 57 mg/dL, HDL 26, sedimentación globular 2 mm/H, leucocitos 3400, linfocitos 1500, hgb 13.1 g/dl, plaquetas 135.000, tiene además del 16.10.2020 ferritina 982 mg/dL, hormona estimulante de la tiroides 1.7, cloro 107, potasio 3.78, sodio 140, albumina 245 g/Dl, Creatinina 1.29 mg/dL, tiene del 21.10.2020 Pro BNP 644. Análisis y plan: 1. Paciente con una enfermedad avanzada por VIH con adecuado control inmunológico y virológico, 2.El paciente tiene una cirugía bariátrica, reintervenido con un problema malabsorción y carencial de nutrientes, ahora hipoalbuminémico, pérdida de peso, con edemas en miembros inferiores, ProBNP elevado, no se siente bien, doy una orden para

que pueda direccionarse al servicio de urgencias y hospitalizarse, manejo conjunto con gastroenterología, soporte nutricional, realizar ecocardiograma TT, EKG, solicita potasio, magnesio, sodio, radiografía de torax. Nota: Estaré de descanso del 07 al 08 de Noviembre del 2020, el Dr. Juan Diego Velez se encuentra de turno presencial. Ante cualquier eventualidad el servicio de infectología dispone de mi correo electrónico (jose.garcia.go@fvl.org.co) y mi número celular donde podre ser localizado en caso de necesidad. He explicado esta situación a mis pacientes y si tiene acompañantes al momento de la evaluación Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIE NCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7610809

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
06.11.2020	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	Tele Cons Infectologia	CLAUDIA LORENA MEJIA MONTES

EPISODIO: 7612296

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 07.11.2020

Hora Registro: 12:22:13

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

VIENE A CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SLEEVE CON REGANANCIA DE PESO POR LO QUE SE HIZO BYPASS GASTRICO HA ESTADO 2 VECES HOSPITALIZADO POR DESNUTRICION, ULTIMA CITA EN MAYO DEL 2020 CON ALBUMINA DE 3,8 (SE COPIA HISTORIA) EN MANEJO EN CONJUTNO CON GASTROENTEROLOGIA POR DIARREA EN ABRIL EPISODIO DE DOLOR

ABDOMINAL CON TAC CON SOSPECHA DE VOLVULUS EL CUAL RESOLVIO TODO AHORA SIN PANCREATINA NI LOPERAMIDA COLESTORAMINA TRAE PARACLINICOS HB 14.6 HCTO 44.5 PLAQ 100000 VIT D 10.1* VIT B 12 167** FERRITINA 208 ACIDO FOLICO 7.9 BT 1 FA 142* ALT 96* 69* ALBU 3.8 NA 143 CLORO 106 CA 8.5 K 3.7 GLICEMIA 86.7 CREA 0.8 COELSTEROL 57 HDL 21.7 TGC 44 HB GLIC 5.3 PESO PREVIO 84 PESO ACTUAL 73 LUEGO DE DIARREA DESDE JUNIO CON INTOLERANCIA (LE PROVOCAN NAUSEAS Y ASCO LA PROTEINA DE TODA CLASE) POR LO CUAL LAS LICUA YA FUE VALORADO POR NUTRICION CON DOS MODULOS DE PROTEINA GASTROENTEROLOGIA LE REALIZO ENDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA LAS CUALES REPORTAN NORMALES POR PARTE DE INFECTO ENFERMEDAD ESTABLE PESO 84/73/60 CON EDEMAS EN MI GRADO II PARACLINICOS LEU 2760* HB 11.2* HCTO 32.4* PLAQ 116000* VIT D 18.9** VIT B12 894 ACIDO FOLICO 6.7 FERRITINA 1066** CREA 1.1 BT 1.1 ALT 74.4 AST 46.7 ALBUMINAS 2.6** K 3.1* CLO 107 HIERRO 113

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CON DESNUTRICION MODERADA CON INTOLERANCIA POR DESAGRADO A CIERTAS PROTEINAS, AHORA EN REPLECION DE PROTEINA ORAL CON ALBUMINA 2.6 AHORA SIN DIARREA, CON HECES ENTRE DURAS Y BLANDAS HA ESTADO CON SINTOMAS DE DUMPING PLAN 1. SE COMENTARA CON NUTRICION DRA LINA VARGAS PARA PROWHEY PARA PODER MEZCLAR CON SOPAS Y ESPOLVOREAR A LA COMIDA 2. SE COMENTARA CON EL DR DE LA HOZ PARA HABLAR DEL PLAN DE MANEJO 3. EN EL MOMENTO NO SE CONSIDERA HOSPITALIZACION PARA DAR CHANCE A MANEJO AMBULATORIO ORAL CON PROTEINA EN COMPLEMENTO Y CON PROTEINA ANIMAL LICUADA EN ALIMENTOS (SOPA) Y LAS QUE TOLERE (HUEVO ATUN SARDINAS) 4. CONTROL EN 1 MES CON ALBUMINA TRANSFERRINA IONOGRAMA 5. SE ORDENA IMPEDANCIOMETRIA 6. POTENCIATOR ORAL 1 VIAL CADA DIA POR 15 DIAS 7. SE INICIA REPLECION DE VIT D 7000 UNIDADES SEMANALES MIPRES 20201107179024174259

DIAGNÓSTICOS

Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICA DOS

E440 - DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA

E559 - DEFICIENCIA DE VITAMINA D, NO ESPECIFICA DA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7612296

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
07.11.2020	890202-8	CONSULTA ESPECIALISTA QUIRURGICO - PRE-Q QUIRURGICA Y PRE-ANESTESICA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	MARIA DEL PILAR TABORDA MUNEVAR

EPISODIO: 7620667

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Hospitalización

Fecha Registro: 10.11.2020

Hora Registro: 16:24:30

Responsable: CHAMORRO LOMBANA, LADY TATIANA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

" MUCHA DEBILIDAD , EL INFECTOLOGO ME ENVIO A HOSPITALIZARME"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 , Y DESNUTRICION ASOCIADA , INGRESA REMITIDO POR INFECTOLOGIA POR C.C DE 2 MESES , DE EVOLUCION ASOCIADO A ASTENIA ADINAMIA , DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS , FUE VALORADO EL DIA 06/10/2020 POR DR JOSE GARCIA INFECTOLOGO , QUIEN INDICO HOSPITALIZAR AL PACIENTE PARA MANEJO CONJUNTO CON GASTROENTEROLOGIA SOPORTE NUTRICIONAL , Y TOMA DE ELECTROLITOS (TAMBIEN SOLICITO ECO TT Y RX D ETORAX REALIZADOS DE MANERA AMBULATORIA PACIENTE NO HABIA ACEPTADO MANEJO INTRAHOSPITALARIO HASTA HOY) 22/10/ 2020 ECO TT: DERRAME PERICARDICO PEQUEÑO SIN SIGNOS DE TAPONAMIENTO CARDIACO , FEIV : 60- 65% , PDP: 23 MM HG 16/10/2020 RX DE TORAX Hallazgos Estructuras óseas y tejidos blandos visibles sin alteraciones. Tráquea central. Arco aórtico

izquierdo. Hilios de tamaño, forma, densidad y altura normales. Índice cardiotorácico conservado. Ángulos costo y cardiofrénicos libres. Mioma residual basal izquierdo con En el parénquima no signos de consolidación ni masas. No cavernas, bulas o neumatocelos. Interposición de asas en hemiabdomen superior derecho. Clips dada de reparo quirúrgico en abdomen derecho. APP: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS POR ENFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT DE VITAMIN D ALER: TMS QX: CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSION , REFRACTIVA TRAS: NIEGA TRAU: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCION CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/ENTRICITABINA

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 92.00 / 65.00 - TAM: 74.00 - T°C: 36.90 - FC: 93.00 - FR: 18.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 60.00 - TALLA: 176.00 - IMC: 19.37 - SC: 1.70 - S.Sin O2: 99.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

REGULARES CONDICIONES GENERALES, LUCE SARCOPENICO

Cabeza:

NORMOCEFALA

Cara:

SIN ALTERACIONES

Ojos:

PUPILAS REACTIVAS ISOCORICAS

Cuello:

NO MASAS , MOVIL

ORL:

MUCOSAS HUMEDAS

Tórax:

RUIDOS CARDIACOS RTMICOS NO SOPLOS CAMPOS PULMONARES
NORMOVENTILADOS NO AGREGADOS

Abdomen:

BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS NO DOLOROSO

SNC:

NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA

Genitourinario:

SE OMITE

Extremidades:

MOVILES SIMETRICAS FUERZA CONSERVADA Y SIMETRICA, EDEMA GRADO II
EN AMBOS MIMEBROS INFERIORES

Pulsos Periférico:

PRESENTES SIMETRICOS

Piel y Tejidos:

SIN ALTERACIONES

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE
MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY
PASS GASTRICO 14/05/2017 , Y DESNUTRICION ASOCIADA , INGRESA
REMITIDO POR INFECTOLOGIA POR C.C DE 2 MESES , DE EVOLUCION
ASOCIADO A ASTENIA ADINAMIA , DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS , FUE
VALORADO EL DIA 06/10/2020 POR DR JOSE GARCIA INFECTOLOGO , QUIEN

INDICO HOSPITALIZAR AL PACIENTE PARA MANEJO CONJUNTO CON GASTROENTEROLOGIA SOPORTE NUTRICIONAL ,Y TOMA DE ELECTROLITOS (TAMBIEN SOLICITO ECO TT Y RX D ETORAX REALIZADOS DE MANERA AMBULATORIA PACIENTE NO HABIA ACEPTADO MANEJO INTRAHOSPITALARIO HASTA HOY) AL EXAMEN FISICO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PRESENTA SIGNOS DE SARCOPENIA Y EDEMA GRADO II DE MIMEMBROS INFERIORES PACIENTE CON INDICACION DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO MULTIDISCIPLINAR POR GASTROENTEROLOGIA , Y NUTRICION , SE INFORMA A DR GARCIA PRESENCIA DEL PACIENTE EN URGENCIAS PACIENTE CON VIH CONTROLADO , PATOLOGIA SECUNDARIA A SD DE MALNUTRICION, INDICA SEA VALORADO POR MD INTERNA AHORA , Y SOLICITAR RX D ETORAX ELECTROLITOS ALBUMINA FUNCION RENAL

DIAGNÓSTICOS

K909 - MALABSORCION INTESTINAL, NO ESPECIFICADA

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 10.11.2020

Hora Registro: 16:33:31

Responsable: CHAMORRO LOMBANA, LADY TATIANA

LEV HARTMAN 60 HORA SS ELECTROLITOS FUNCION RENAL CH SS VALORACION POR NUTRICION MD INTERNA INFECTOLOGIA Y GASTROENTEROLOGIA CSV AVC

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.11.2020

Hora Registro: 06:52:12

Responsable: LOPEZ RINCON, DANIEL CAMILO

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA ADICIONAL Paciente con VIH avanzado, en manejo y seguimiento por infectología Dr Garcia, con síntomas constitucionales, astenia, adinamia, desnutrición, quien requiere manejo multidisciplinario intrahospitalario para manejo

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 11.11.2020

Hora Registro: 06:55:53

Responsable: AGRONO HURTADO, JUAN GABRIEL

MEDICAMENTOS LOS TIENE EL PACIENTE : 1. Tenofovir / emtricitabina. Tabletetas por 300 / 200mg UNA CADA DIA 2. Dolutegravir. Tabletetas por 50 mg. UNA CADA DIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.11.2020

Hora Registro: 13:26:06

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC. 7702874
 EDAD 44 AÑOS DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO 1. VIH 1.1 CD4 440 2.
 SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3.
 SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL
 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES - PATOLOGICOS: ENFERMEDAD
 AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX
 BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 ;
 EFECTOS NEUROPSIQUIIATRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD
 GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO ,
 HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL
 DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT DE VITAMIN D - ALER: TMS - QX: CX
 BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 ,
 COLELAP , CIRCUNSIACION , REFRACTIVA - TRANSFUSIONALES: NIEGA -
 TRAUMÁTICOS: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCION CERRADA -
 MEDICAMENTOS ACTUALES: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA
 Paciente conocido por nuestro servicio Hospitalización en 2019 cuando recibió
 nutrición parenteral Refiere un peso usual de 85 Kg hasta abril de 2020. Desde
 entonces pérdida de 25 Kg (30% de peso!). Describe presencia de anorexia,
 dolor abdominal postprandial y deposiciones diarreicas Tiene antecedente de
 obesidad, cirugía restrictiva y posteriormente bypass gástrico (FVL), No se ha

identificado una causa adicional de falla intestinal. Encuentro paciente consciente y orientado. Utiliza tapabocas. NO síntomas respiratorios. Está consciente y orfientado Come paroxx 30% del almuerzo Hay congestiónsistémica importante NO escaras Destaco en paraclínicos leucopenia, sin lifopenia. Anemia normocítica normocrómica. NO disfunción renal (BUN 20 creatinina 0.94) HIpoalbuminemia (2.37 g%). Bilirrubinas normales, transaminasas elevadas < 2 veces, INR normal (tiene biopsia hepática con hígado graso). Electrolitos NA 142 K 4 Cl 109 Mg 2.2 P 3.6 Tiene vitamina B12 y ácido fólico normales. Deficiencia de vitamina D (18) Paciente con pérdida de 30% de peso corporal, ingesta deficiente y adicionalmente mala absorción. La pérdida de peso lo califica como desnutrición severa. Estrés en contexto de infección HIV (en tratamiento) Ha utilizado diferentes complementos (totales y modulares) sin tolerancia adecuada (diarrea, dolor abdominal) Pienso que es necesario interrumpir deterioro nutricional mientras se aclara etiología de la falla intestinal. Propongo nutrición parenteral suplementaria pensando en ajustarlo en los siguientes días y darle manejo ambulatorio Deberá recibir una mezcla individualizada, cíclica, ácidos grasos oimnega 3 para atenuar efecto sobre función hepática Indico PICC dado que se planea manejo domciliario en plazo corto Dado que se beneficia de una mezcla individualizada inciará mañana. Una vez mejore congestión sistémica se hará un análisis de composición corporal-. JOSE LUIS ALDANA DÍAZ SOPORTE NUTRICIONAL

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.11.2020

Hora Registro: 16:10:06

Responsable: MONTOYA LEHMANN, BEATRIZ EUGENIA

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Paciente en manejo ambulatorio por psiquiatria, tiene un antecedente de trastorno depresivo en manejo con antidepresivo dual con buenas adherencia y tolerancia. Pero describe perdida de la continuidad de las citas por perdidas de los convenios de su asegurador, ha comprado el medicamento durante este tiempo. Ha recibido diferentes manejos manejo

anteriormente con Fluoxetina y Amitriptilina también. Desde octubre se aumento la dosis de la desvenlafaxina e por reactivación de síntomas.

EXAMEN MENTAL ACTUAL: Está semisentado en su cama, con aspecto cuidado, caquético, es colaborador, amable y establece contacto visual con el entrevistador. Alerta, euproséxico, orientado, sin compromiso evidente de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. No observo alteraciones motoras. Afecto depresivo, con llanto fácil, resonante, congruente. Eulálico. Pensamiento lógico, coherente, preocupación sobre su estado de salud, minusvalía, desesperanza, refiere ideas de muerte y de suicidio poco estructuradas "No las tengo estructuradas", no se observan ideas delirantes. Niega alteraciones de la sensopercepción. Juicio y Raciocinio debilitados por el afecto. Introspección parcial. Prospección incierta.

Paciente con antecedente de trastorno depresivo en manejo con antidepresivo dual con buenas adherencia y tolerancia. Se aumentó recientemente la dosis de Desvenlafaxina a 100mg/ día, considero que no puede suspender el manejo porque tiene síntomas depresivos que aunque son crónicos están activos. Llego a acuerdo con el paciente de dar ansiolítico. Riesgo de evasión: bajo. Riesgo de agitación: bajo. Riesgo de suicidio: medio. Riesgo de hetero-agresión: bajo. La valoración se realizó siguiendo los protocolos institucionales de bioprotección para disminuir los riesgos de infección teniendo en cuenta la pandemia por SARS-CoV-2, previo y posterior lavado de manos. Durante la evaluación no se realiza contacto físico con el paciente

- Continuar el manejo con desvenlafaxina 50 mg cada mañana - clonazepam gotas 3 gotas cada 12 horas y en caso de ansiedad marcada 3 gotas adicionales - valoración por psicología - seguimiento psiquiatría

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.11.2020

Hora Registro: 19:16:25

Responsable: ROJAS DIAZ, ELIANA EUGENIA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta en Urgencias

GASTROENTEROLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC. 7702874 EDAD 44 AÑOS DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440 2. SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES - PATOLOGICOS: ENFERMEDAD AVANZADA POR

HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT DE VITAMIN D - ALER: TMS - QX: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNCISION , REFRACTIVA - TRANSFUSIONALES: NIEGA - TRAUMÁTICOS: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCION CERRADA - MEDICAMENTOS ACTUALES: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA SUBJETIVO Refiere hábito intestinal usual de 1 deposición al día de consistencia adecuada sin moco ni sangre pero todas las noches con 3 deposiciones diarreicas acuosas sin dolor abdominal. Hace 2 días no realiza deposición

En urgencias semisentado en cama Peso 60 kg T 36, FC 67, PA 96/59mmHg, PAM 71mmHg, SO2 98% Aceptables condiciones generales, pálido, caquectico Mucosas húmedas Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos Murmullo vesicular conservado sin sobreagregados Abdomen blando, sin dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias Extremidades con edemas en miembros inferiores, adecuada perfusión distal Neurologico alerta orientado. El dialogo es coherente, el pensamiento y las ideas estan estructuradas PARACLINICOS - 10.11.2020 Hb 11.4, Hto 11.4, leucocitos 3160, neutrofilos 920, linfocitos 2000, plaquetas 102.000 BUN 20.5, Creatinina 0.94, Sodio 142, Potasio 4.05, Cloro 109, Magnesio 2.2, Fosforo 3.65, AST 52, ALT 81 Albumina 2.3 Acs IgA gliadina negativos y transglutaminas negativos - 31.10.2020 Vitamina D 18.9, Vitamina B12 894, Ferritina 1066, Acido folico 6.7 - 16.10.2020 TSH 1.7 IMÁGENES - 22.10.2020 ECO TT: DERRAME PERICÁRDICO PEQUEÑO SIN SIGNOS DE TAPONAMIENTO CARDIACO , FEVI : 60- 65% , PDP: 23 MM HG - 07.09.2020 COLONOSCOPIA NORMAL BIOPSIA: . MUCOSA DE ILEON - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. B. MUCOSA DE COLON ASCENDENTE - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. - 24.08.2020 EVDA: EVIDENCIA DE ESTÓMAGO INTERVENIDO. ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA AMPLIA Y SIN LESIONES. ATROFIA DE MUCOSA YEYUNAL. BIOPSIAS: YEYUNO; BIOPSIA: - INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA - MUESTRA NEGATIVA PARA DISPLASIA O MALIGNIDAD. -NO SE OBSERVAN MICROORGANISMOS EN LA MUESTRA

Paciente de 44 años, antecedente de VIH y obesidad mórbida para lo cual se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalorica.

Conocido por consulta externa de Gastroenterología en relación a su antecedente y síndrome diarreico crónico de difícil manejo, multifactorial, de predominio nocturno en manejo con colestiramina, loperamida y enzimas pancreáticas. Adicionalmente con evidencia de hígado graso con esteatosis del 90% sin fibrosis. Fue enviado de consulta externa de Infectología para recuperación nutricional. Persiste con diarrea pero sin dolor abdominal ni otros síntomas, estable hemodinamicamente, caquectico y con edemas periféricos; paraclínicos con hipoalbuminemia, disminución de proteínas totales, anticuerpos para enfermedad celíaca negativos, déficit de vitamina B12 y D ya en reposición. Tiene estudios endoscópicos de agosto y septiembre de este año con atrofia de mucosa yeyunal con inflamación crónica leve inespecífica en resultado de patología, colonoscopia total normal No hay evidencia en el momento de proceso infeccioso en curso asociado, síndrome diarreico crónico ya conocido. Se ajusta manejo y debe continuar recuperación por grupo de soporte nutricional y nutrición. Paciente quien por historia de bypass gástrico tiene alto riesgo para insuficiencia pancreática por lo que recibe enzimas pancreáticas. Paciente que debe continuar manejo multidisciplinario.

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.11.2020

Hora Registro: 20:58:42

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC: 7702874 EDAD: 44 AÑOS FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440 2. SÍNDROME DE MALA ABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO 3. SÍNDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HÍGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES APP: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCIÓN SECUNDARIO A CX BARIÁTRICA SLEP GÁSTRICO 2014 , BYPASS GÁSTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS POR ENFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATÍA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANTE , VOLVULOS , DÉFICIT DE VITAMINA D ALER: TMS QX: CX BARIÁTRICA SLEP GÁSTRICO 2014 , BYPASS GÁSTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNCISIÓN , REFRACTIVA TRAS: NIEGA TRAUMA: FX DE AMBOS RÁDIO / REDUCCIÓN CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/ENTRICITABINA PARACLÍNICOS -10.11.2020:

Leucos 3160, N 920, L 2000, Hb 11.4, plq: 102.000, BUN 20.5, Cr: 0.94, ALT 81.1, AST 52.2, Na: 142, K: 4.05, Albumina 2. CONCEPTO Paciente de 44 años, antecedente de VIH y obesidad mórbida para lo cual se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalórica. Ahora hospitalizado para manejo integral por gastroenterología y soporte nutricional. Paciente con diarrea crónica, estable hemodinámicamente, con edema grado 3 en miembros inferiores. Paraclínicos sin respuesta inflamatoria, función renal conservada. No hay evidencia en el momento de proceso infeccioso asociado. Por parte de infectología, con TARV con adecuada tolerancia. Paciente con pobre ingesta con complicaciones relacionadas a su condición nutricional continua manejo hospitalizado.

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.11.2020

Hora Registro: 08:46:30

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC. 7702874

EDAD 44 AÑOS DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO 1. VIH 1.1 CD4 440 2.

SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3.

SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL

90% SIN FIBROSIS Seguimiento soporte nutricional Valorado el día de ayer Se insertó PICC en miembro superior derecho. Rx de torax de control con extremo en cava superior. Peso actual 60 Kg. Con base en este peso prescribo 16 KCal/kg día y 1 g Kg día de proteína. 45% como carbohidratos, 25% como proteínas y 30% como grasas. Relación calorías no proteicas 1:75.

Administración cíclica Se toman medidas para evitar disfunción hepática asociada a falla intestinal: aporte de carbohidratos, ácidos grasos omega 3, administración cíclica. Pese antecedente de infiltración hepática grasa, paraclínicos basales de función hepática (bilirrubinas, INR son normales). Se planea manejo ambulatorio con soporte nutricional parenteral. Se vigilará estabilidad metabólica durante los siguientes días para ajustar condiciones de

egreso. JOSE LUIS ALDANA DÍAZ SOPORTE NUTRICIONAL

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.11.2020

Hora Registro: 10:23:06

Responsable: ROJAS DIAZ, ELIANA EUGENIA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

GASTROENTEROLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC. 7702874 EDAD

44 AÑOS DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440 2. SINDROME DE

MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME

DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN

FIBROSIS ANTECEDENTES - PATOLOGICOS: ENFERMEDAD AVANZADA POR

HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE

GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS

NEUROPSIQUIATRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA,

HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP

2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULOS ,

DEFICIT DE VITAMIN D - ALER: TMS - QX: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO

2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNCISION ,

REFRACTIVA - TRANSFUSIONALES: NIEGA - TRAUMÁTICOS: FX DE AMBOS

RADIOS / REDUCCION CERRADA - MEDICAMENTOS ACTUALES:

DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA SUBJETIVO Hoy refiere que

ya presentó una deposición de adecuada consistencia, no ha tenido nuevos

episodios de dolor abdominal. Se llevó a implante de cateter PICC en miembro

superior derecho sin complicaciones

Sentado en cama, tranquilo, menos edematizado Peso 60 kg T 35.9, FC 71, PA

108/56mmHg, PAM 73mmHg, SO2 99% Aceptables condiciones generales,

pálido, enflaquecido Mucosas húmedas Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos

Murmullo vesicular conservado sin sobreagregados Abdomen blando, sin dolor

a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni

megalias Extremidades con edemas grado II con fóvea en miembros inferiores,

adecuada perfusión distal Alerta, orientado, sin focalizaciones PARACLINICOS -

12.11.2020 NT proBNP 523 - 11.11.2020 Hb 11.4, Hto 33.8, leucocitos 3160, neutrofilos 920, linfocitos 2000, plaquetas 102.000 BUN 20.5, Creatinina 0.9, AST 52, ALT 81, Alb 2.37, Sodio 142, Potasio 4.05, Cloro 19, Magnesio 2.2, Fosforo 3.6 - 10.11.2020 Hb 11.4, Hto 11.4, leucocitos 3160, neutrofilos 920, linfocitos 2000, plaquetas 102.000 BUN 20.5, Creatinina 0.94, Sodio 142, Potasio 4.05, Cloro 109, Magnesio 2.2, Fosforo 3.65, AST 52, ALT 81 Albumina 2.3 Acs IgA gliadina negativos y transglutaminas negativos - 31.10.2020 Vitamina D 18.9, Vitamina B12 894, Ferritina 1066, Acido folico 6.7 - 16.10.2020 TSH 1.7 IMÁGENES - 22.10.2020 ECO TT: DERRAME PERICÁRDICO PEQUEÑO SIN SIGNOS DE TAPONAMIENTO CARDIACO , FEVI : 60- 65% , PDP: 23 MM HG - 07.09.2020 COLONOSCOPIA NORMAL BIOPSIA: . MUCOSA DE ILEON - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. B. MUCOSA DE COLON ASCENDENTE - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. - 24.08.2020 EVDA: EVIDENCIA DE ESTÓMAGO INTERVENIDO. ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA AMPLIA Y SIN LESIONES. ATROFIA DE MUCOSA YEYUNAL. BIOPSIAS: YEYUNO; BIOPSIA: - INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA - MUESTRA NEGATIVA PARA DISPLASIA O MALIGNIDAD. -NO SE OBSERVAN MICROORGANISMOS EN LA MUESTRA

Paciente de 44 años, antecedente de VIH y obesidad mórbida para lo cual se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalorica. Conocido por consulta externa de Gastroenterología en relación a su antecedente y síndrome diarreico crónico de difícil manejo, multifactorial, de predominio nocturno en manejo con colestiramina, loperamida y enzimas pancreáticas. Tiene estudios endoscopicos de agosto y septiembre de este año con atrofia de mucosa yeyunal con inflamación crónica leve inespecífica en resultado de patología, colonoscopia total normal. Adicionalmente con evidencia de hígado graso con esteatosis del 90% sin fibrosis en seguimiento por Hepatología Hoy con mejoría sintomática, sin diarrea, solo una deposición, no dolor abdominal. Paciente con desnutrición proteicocalorica severa y deficiencia nutricional marcada. Se definió manejo con nutrición parenteral por PICC que se iniciará el día de hoy . Paciente con componente emocional marcado, ya en manejo por Psiquiatría quienes ajustan manejo farmacológico y en seguimiento por Psicología No hay evidencia en el momento de proceso infeccioso en curso asociado, síndrome diarreico crónico ya conocido, síndrome malabsortivo multifactorial. Se formulan enzimas pancreaticas, requiere manejo multidisciplinario

Iniciar enzimas pancreaticas

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.11.2020

Hora Registro: 11:49:41

Responsable: CASTILLO MARTINEZ, ALEJANDRO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Valoración en Sala de observación urgencias

PSIQUIATRIA Alexander Marín Iarrohondo 44 AÑOS Dx VIH CD4 440

SINDROME DE MAL ABSORCIÓN ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO SD

DIARREICO CRÓNICO HÍGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN

FIBROSIS T depresivo mayor Subjetivo: Paciente refiere sentirse en buenas

condiciones generales, refiere mucho cansancio mayormente posterior a

ingesta de alimentos, también refiere hiporexia, tolera la V.O, pero le genera

"vacío" en el área abdominal y duerme bien. El paciente es conocido de

Psiquiatría, ha sido valorado ambulatoriamente por Psiquiatría, le indicaron

Desvenlafaxina que no venía tomando. Ha recibido en el pasado otros

antidepresivos. Objetivo Al Ex Mental Alexander se encuentra en Cailla de

Urgencias, alerta, euprosexico, orientado en persona, lugar y tiempo, memoria

reciente, inmediata y remota sin alteraciones. En la 4ta década de la vida, luce

enfermo, caquético, edad aparente no concuerda con edad cronológica.

Colaborador a la entrevista. Establece adecuado contacto visual. Euquinetico

Afecto: modulado, de tono triste, llanto en partes de la entrevista Intervalo

pregunta respuesta normal, tono bajo, velocidad normal. Pensamiento: curso:

eupsiquico, ideas de muerte e idea sobre valorada. lógico Sensoropercepción:

paciente sin alucinaciones ni delirios de ningún tipo. Juicio: adecuado

Introspección: adecuado Prospección : adecuado A/P Paciente adulto joven con

VIH en tto con TARV (Dolutegrabir, Tenofovir- entrecitabina) y antecedente de

depresión mayor en tratamiento. Persisten síntomas depresivos y llama la

atención referencialidad no delirante. En el momento el riesgo suicida es bajo

Considero que requiere continuar tto antidepresivos y apoyo psicoterapéutico.

Se decide iniciar Mirtazapina 15 mg en la noche, que no presenta interacciones

farmacológicas con su TARV y le puede favorecer la ingesta SS valoración por

psicología Seguimiento por Psiquiatría

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.11.2020

Hora Registro: 22:38:47

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC: 7702874 EDAD: 44 AÑOS FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440 2. SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES APP: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS POR ENFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT DE VITAMIN D ALER: TMS QX: CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSION , REFRACTIVA TRAS: NIEGA TRAU: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCION CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/ENTRICITABINA PARACLÍNICOS -10.11.2020: Leucos 3160, N 920, L 2000, Hb 11.4, plq: 102.000, BUN 20.5, Cr: 0.94, ALT 81.1, AST 52.2, Na: 142, K: 4.05, Albumina 2. Na: 142, K: 4.05, Cloro 109, IgA transglutaminasa: 0.5 (neg), IgA Antigladina: 1.4 (neg) IMAGENES - 11.11.2020 Rx de Tórax: No evidencia de infiltrados ni consolidaciones, dentro de límites normales. CONCEPTO Paciente de 44 años, antecedente de VIH y obesidad mórbida, se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalorica. Ahora hospitalizado para manejo integral por gastroenterología y soporte nutricional. En este momento sin signos que sugieran foco infeccioso; ya valorado por nutrición quienes indicaron inicio de soporte nutricional parenteral. Por parte de infectología ya se encuentra en manejo con TARV con adecuada tolerancia. Se solicita carga viral y serologia.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.11.2020

Hora Registro: 10:05:16

Responsable: RESTREPO CEDEÑO, ALEJANDRO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Consulta de ingreso de paciente a piso

INGRESO A UNIDAD DE HOSPITALIZACION ALEXANDER MARIN LARRAHONDO

CC: 7702874 EDAD: 44 AÑOS FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. INFECCION POR VIH 1.1 CD4 440 2. SINDROME DE MALA ABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES APP:

ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 ;

EFFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS POR ENFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD

GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCCTIVA DEL SUEÑO ,

HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL

DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT DE VITAMIN D ALER: TMS QX: CX

BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 ,

COLELAP , CIRCUNSION , REFRACTIVA TRAS: NIEGA TRAU: FX DE AMBOS

RADIOS / REDUCCION CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y

TENOFOVIR/ENTRICITABINA PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD

AVANZADA POR HIV , SINDROME DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX

BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 , Y

DESNUTRICION ASOCIADA , INGRESA REMITIDO POR INFECTOLOGIA POR

CUADRO CLINICO DE 2 MESES , DE EVOLUCION ASOCIADO A ASTENIA

ADINAMIA , DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS , FUE VALORADO EL DIA

06/10/2020 POR DR JOSE GARCIA INFECTOLOGO, QUIEN INDICO

HOSPITALIZAR AL PACIENTE PARA MANEJO CONJUNTO CON

GASTROENTEROLOGIA SOPORTE NUTRICIONAL , Y TOMA DE ELECTROLITOS

(TAMBIEN SOLICITO ECO TT Y RX DE TORAX REALIZADOS DE MANERA

AMBULATORIA PACIENTE NO HABIA ACEPTADO MANEJO

INTRAHOSPITALARIO HASTA HOY) EXAMEN FISICO Sentado en cama,

tranquilo, menos edematizado T 36.4, FC 61, PA 108/56mmHg, PAM 73mmHg,

SO2 99% Aceptables condiciones generales, pálido, enflaquecido Mucosas

húmedas Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos Murmullo vesicular conservado

sin sobreagregados Abdomen blando, sin dolor a la palpación, sin signos de

irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias Extremidades con edemas

grado II con fóvea en miembros inferiores, adecuada perfusión distal Alerta,

orientado, sin focalizaciones PARACLINICOS - 12.11.2020 NT proBNP 523, RPR

no reactiva - 11.11.2020 Hb 11.4, Hto 33.8, leucocitos 3160, neutrofilos 920,

linfocitos 2000, plaquetas 102.000 BUN 20.5, Creatinina 0.9, AST 52, ALT 81,

Alb 2.37, Sodio 142, Potasio 4.05, Cloro 19, Magnesio 2.2, Fosforo 3.6 - 10.11.2020 Hb 11.4, Hto 11.4, leucocitos 3160, neutrofilos 920, linfocitos 2000, plaquetas 102.000 BUN 20.5, Creatinina 0.94, Sodio 142, Potasio 4.05, Cloro 109, Magnesio 2.2, Fosforo 3.65, AST 52, ALT 81 Albumina 2.3 Acs IgA gliadina negativos y transglutaminas negativos - 31.10.2020 Vitamina D 18.9, Vitamina B12 894, Ferritina 1066, Acido folico 6.7 - 16.10.2020 TSH 1.7 IMÁGENES - 22.10.2020 ECO TT: DERRAME PERICÁRDICO PEQUEÑO SIN SIGNOS DE TAPONAMIENTO CARDIACO , FEVI : 60- 65% , PDP: 23 MM HG - 07.09.2020 COLONOSCOPIA NORMAL BIOPSIA: . MUCOSA DE ILEON - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. B. MUCOSA DE COLON ASCENDENTE - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. - 24.08.2020 EVDA: EVIDENCIA DE ESTÓMAGO INTERVENIDO. ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA AMPLIA Y SIN LESIONES. ATROFIA DE MUCOSA YEYUNAL. BIOPSIAS: YEYUNO; BIOPSIA: - INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA - MUESTRA NEGATIVA PARA DISPLASIA O MALIGNIDAD. -NO SE OBSERVAN MICROORGANISMOS EN LA MUESTRA Paciente de 44 años, antecedente de VIH y obesidad mórbida para lo cual se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalorica. Ingresa a hospitalizacion para manejo integral por gastroenterología y soporte nutricional, a cargo de infectologia. En este momento sin signos que sugieran foco infeccioso pendiente serologia y carga viral. Actualmente, en seguimiento por Nutrición, Psicología, Psiquiatría y Soporte nutricional, se inició nutrición parenteral por PICC sin complicaciones. Pendiente evolucion.

.

.

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 13.11.2020

Hora Registro: 15:26:01

Responsable: ORTEGA MAYA, ISABELLA

NUTRICION

NUTRICION -DIETA BLANDA TODO COCIDO, MEDIAS PORCIONES//
REFRIGERIOS CON FRUTAS // LICUAR PROTEINA EN SOPA. CAMBIAR AZUCAR

POR ENDULZANTE -SOPORTE PARENTERAL A CARGO DE MEDICO SOPORTE NUTRICIONAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.11.2020

Hora Registro: 16:48:50

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO C: 7702874 EDAD: 44 AÑOS FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440 2. SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES APP: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS POR ENFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT DE VITAMIN D ALER: TMS QX: CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSION , REFRACTIVA TRAS: NIEGA TRAU: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCION CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/ENTRICITABINA PARACLÍNICOS - 12.11.2020: Serologia RPR no reactiva, carga viral en proceso -10.11.2020: Leucos 3160, N 920, L 2000, Hb 11.4, plq: 102.000, BUN 20.5, Cr: 0.94, ALT 81.1, AST 52.2, Na: 142, K: 4.05, Albumina 2. Na: 142, K: 4.05, Cloro 109, IgA transglutaminasa: 0.5 (neg), IgA Antigladina: 1.4 (neg) IMAGENES - 11.11.2020 Rx de Tórax: No evidencia de infiltrados ni consolidaciones, dentro de límites normales. CONCEPTO Paciente de 44 años, antecedente de VIH y obesidad mórbida, se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalorica. Ahora hospitalizado para manejo integral por gastroenterología y soporte nutricional. Ya se inició manejo con nutrición parenteral, hoy con resultado de serología negativo, pendiente carga viral. Por el momento debe continuar hospitalizado. Se comenta la posibilidad de iniciar los tramites de homecare para el manejo de su nutrición, se comentara con el Dr. Aldana esta situación. Desde el punto de vista de infectologia sin cambios. Nota: Estaré laborando en la Sede Limonar del 14 al 16 de Noviembre del 2020, el Dr. Pablo Andrés Moncada se encuentra de turno presencial de

infectología para la sede principal. Ante cualquier eventualidad el servicio de infectología dispone de mi correo electrónico (jose.garcia.go@fvl.org.co) y mi número celular donde podre ser localizado en caso de necesidad. He explicado esta situación a mis pacientes y si tiene acompañantes al momento de la evaluación

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.11.2020

Hora Registro: 18:06:22

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC. 7702874

EDAD 44 AÑOS DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO 1. VIH 1.1 CD4 440 2.

SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3.

SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL

90% SIN FIBROSIS Seguimiento soporte nutricional Valorado el día de ayer Se

insertó PICC en miembro superior derecho. Rx de torax de control con extremo

en cava superior. Nutrición parenteral total dia 1 Peso actual 60 Kg. Con base

en este peso prescribo 16 KCal/kg día y 1 g Kg día de proteína. 45% como

carbhidratos, 25% como proteínas y 30% como grasas. Relación calorías no

proteicas 1:75. Administración cíclica Solicito paraclínicos de control para

mañana Debe tener una glucometría al día mientras tenga nutrició parenteral

Espero paraclínicos para gestionar cuidado domiciliario JOSE LUIS ALDANA

DÍAZ SOPORTE NUTRICIONAL

*

*

*

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.11.2020

Hora Registro: 18:12:44

Responsable: ROJAS DIAZ, ELIANA EUGENIA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

GASTROENTEROLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC. 7702874 EDAD 44 AÑOS DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440 2. SINDROME DE MALABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES - PATOLOGICOS: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT DE VITAMINA D - ALER: TMS - QX: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSIION , REFRACTIVA - TRANSFUSIONALES: NIEGA - TRAUMÁTICOS: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCION CERRADA - MEDICAMENTOS ACTUALES: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA SUBJETIVO Está tranquilo, tolerando dieta, sin otros sintomas. No dolor abdominal La noche previa 2 deposiciones liquidas y el dia anterior 1 deposicion formada

Sentado en cama, tranquilo, menos edematizado Peso 59 kg T 36.4, FC 61, PA 108/56mmHg, PAM 73mmHg, SO2 99% Aceptables condiciones generales, pálido, caquectico Mucosas húmedas Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos Murmullo vesicular conservado sin sobreagregados Abdomen blando, sin dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias Extremidades con edemas grado II con fóvea en miembros inferiores, adecuada perfusión distal, hipoatrofia sarcopenia Alerta, orientado, sin focalizaciones PARACLINICOS - 12.11.2020 NT proBNP 523, RPR no reactiva - 11.11.2020 Hb 11.4, Hto 33.8, leucocitos 3160, neutrofilos 920, linfocitos 2000, plaquetas 102.000 BUN 20.5, Creatinina 0.9, AST 52, ALT 81, Alb 2.37, Sodio 142, Potasio 4.05, Cloro 19, Magnesio 2.2, Fosforo 3.6 - 10.11.2020 Hb 11.4, Hto 11.4, leucocitos 3160, neutrofilos 920, linfocitos 2000, plaquetas 102.000 BUN 20.5, Creatinina 0.94, Sodio 142, Potasio 4.05, Cloro 109, Magnesio 2.2, Fosforo 3.65, AST 52, ALT 81 Albumina 2.3 Acs IgA gliadina negativos y transglutaminas negativos - 31.10.2020 Vitamina D 18.9, Vitamina B12 894, Ferritina 1066, Acido folico 6.7 - 16.10.2020 TSH 1.7 IMÁGENES - 22.10.2020 ECO TT: DERRAME PERICÁRDICO PEQUEÑO SIN SIGNOS DE TAPONAMIENTO CARDIACO , FEVI : 60- 65% , PDP: 23 MM HG - 07.09.2020 COLONOSCOPIA

NORMAL BIOPSIA: . MUCOSA DE ILEON - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. B. MUCOSA DE COLON ASCENDENTE - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. - 24.08.2020 EVDA: EVIDENCIA DE ESTÓMAGO INTERVENIDO. ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA AMPLIA Y SIN LESIONES. ATROFIA DE MUCOSA YEYUNAL. BIOPSIAS: YEYUNO; BIOPSIA: - INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA - MUESTRA NEGATIVA PARA DISPLASIA O MALIGNIDAD. -NO SE OBSERVAN MICROORGANISMOS EN LA MUESTRA

Paciente de 44 años, antecedente de VIH y obesidad mórbida para lo cual se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalorica. Conocido por consulta externa de Gastroenterología en relación a su antecedente y síndrome diarreico crónico de difícil manejo, multifactorial, en manejo con colestiramina, loperamida y enzimas pancreáticas. Ahora hospitalizado por desnutrición proteico calorica severa asociado a déficit de vitamina D y desacondicionamiento fisico con gra perdida de masa muscular. En seguimiento por Nutrición, Psicología, Psiquiatría y Soporte nutricional, se inició nutrición parenteral por PICC sin complicaciones. No hay evidencia en el momento de proceso infeccioso en curso asociado, síndrome diarreico crónico ya conocido, síndrome malabsortivo multifactorial. Continúa manejo con pancreatina 50.000 unidades con las comidas, si se llega a iniciar Snack se debiera admitir al menos 12.500 ui. Paciente además con deficit conocido de vitamina D debe recibir reposición diaria de 4000 - 5000UI. En los pacientes con historia de bypass gastrico se debe garantizar 1-2 tabletas de un suplemento multivitaminico al dia. Sugiero evaluación por fisioterapia para inicio de terapia fisica como parte del proceso de rehabilitación y recuperación de masa muscular. Atentos a evolución clinica en caso de ser necesario para concepto.

Pancreatina 50.000 unidades con las comidas lo tiene el paciente. Reposición vitamina D (4000-5000UI por dia) Valoración por fisioterapia - terapia fisica

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 13.11.2020

Hora Registro: 19:46:14

Responsable: ROJAS DIAZ, ELIANA EUGENIA

Gastroenterologia Creon (enzimas pancreaticas) 25000 UI x2 con las comidas lo tiene el paciente

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.11.2020

Hora Registro: 10:40:54

Responsable: DUQUE VILLALOBOS, ANGELICA ROCIO

Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

MEDICINA FISICA Y REHABILITACION RESPUESTA DE INTERCONSULTA EDAD 44 AÑOS SEXO MASCULINO OCUPACION MEDICO SALUD OCUPACIONAL PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 , Y DESNUTRICION ASOCIADA , INGRESA REMITIDO POR INFECTOLOGIA POR C.C DE 2 MESES , DE EVOLUCION ASOCIADO A ASTENIA ADINAMIA , DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS , FUE VALORADO EL DIA 06/10/2020 POR DR JOSE GARCIA INFECTOLOGO , QUIEN INDICO HOSPITALIZAR AL PACIENTE PARA MANEJO CONJUNTO CON GASTROENTEROLOGIA SOPORTE NUTRICIONAL ,Y TOMA DE ELECTROLITOS (TAMBIEN SOLICITO ECO TT Y RX D ETORAX REALIZADOS DE MANERA AMBULATORIA PACIENTE NO HABIA ACEPTADO MANEJO INTRAHOSPITALARIO HASTA HOY) 22/10/ 2020 ECO TT: DERRAME PERICARDICO PEQUEÑO SIN SIGNOS DE TAPONAMIENTO CARDIACO , FEIV : 60- 65% , PDP: 23 MM HG 16/10/2020 RX DE TORAX Hallazgos Estructuras óseas y tejidos blandos visibles sin alteraciones. Tráquea central. Arco aórtico izquierdo. Hilios de tamaño, forma, densidad y altura normales. Índice cardiotorácico conservado. Ángulos costo y cardiofrénicos libres. Mioma residual basal izquierdo con En el parénquima no signos de consolidación ni masas. No cavernas, bulas o neumatocelos. Interposición de asas en hemiabdomen superior derecho. Clips dada de reparo quirúrgico en abdomen derecho. APP: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS POR ENFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT DE VITAMIN D ALER: TMS QX: CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSION , REFRACTIVA TRAS: NIEGA TRAU: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCION CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/ENTRICITABINA

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA SIN SIGNOS DE

DIFICULTAD RESPIRATORIA LUCE CRONICAMENTE ENFERO TIENE PALIDEZ CUTANEA GENERALIZADA HIPOTROFIA EN MIEMBROS SUPERIORES Y ATROFIA DE INTEROSSESOS, RMT +/++++, FUERZA MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES 3-/5, MIEMBROS INFERIORES 3/5, TIENE EDEMA EN PIERNA DE MANERA BILATERAL

PACIENTE CON ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH CON POLINEURIOPATIA AXONAL Y DEMIELINIZANTE CON DEFICIENCIA EN SU SISTEMA GASTROINTESTINAL, INFECCIOSO Y NEUROMUSCULOESQUELETICO QUE LO LIMITA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

SE INICIA PROGRAMA DE REHABILITACION CON 1. TERAPIA FISICA PARA EVITAR LAS COMPLICACIONES DEL REPOSO PROLONGADO, MANTENER ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, TECNICAS DE FACILITACION NEUROMUSCULAR, PROMOVER MARCHA 2. TERAPIA OCUPACIONAL PARA PROMOVER INDEPENDENCIA EN ABC, AHORRO DE ENERGIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.11.2020

Hora Registro: 11:43:05

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - CC: 7702874 - EDAD: 44 AÑOS FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440, CV: NO DETECTABLE --TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/ENTRICITABINA 2. SINDROME DE MALA ABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES APP: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS POR ENFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT DE VITAMIN D ALER: TMS QX: CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSIION , REFRACTIVA TRAS: NIEGA TRAU: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCION CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/ENTRICITABINA PARACLÍNICOS -14.11.2020 Cr:0,7 Bun:8,9 Na:143 K:3,2 Mg:1,8 P:4,0 Carga viral VIH: no detectada -

12.11.2020: Serología RPR no reactiva, carga viral en proceso -10.11.2020: Leucos 3160, N 920, L 2000, Hb 11.4, plq: 102.000, BUN 20.5, Cr: 0.94, ALT 81.1, AST 52.2, Na: 142, K: 4.05, Albumina 2. Na: 142, K: 4.05, Cloro 109, IgA transglutaminasa: 0.5 (neg), IgA Antigladina: 1.4 (neg) IMAGENES -

11.11.2020 Rx de Tórax: No evidencia de infiltrados ni consolidaciones, dentro de límites normales. CONCEPTO Hombre de 44 años, antecedente de VIH y obesidad mórbida, se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalorica. Ahora hospitalizado para manejo integral por gastroenterología y soporte nutricional. Ya se inició manejo con nutrición parenteral, hoy con resultado de serología negativo, carga viral de VIH no detectable y ultimo recuento de CD4 de 440 cel/ml. Sin evidencia de otras infecciones asociadas. Se comenta la posibilidad de iniciar los tramites de homecare para el manejo de su nutrición y rehabilitacion. Desde el punto de vista de infectologia sin cambios.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.11.2020

Hora Registro: 11:54:30

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - CC: 7702874 - EDAD: 44

AÑOS FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440, CV: NO

DETECTABLE --TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/ENTRICITABINA 2.

SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3.

SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL

90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES APP: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV ,

SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEP GASTRICO

2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS

POR ENFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA

OBSTRUCCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 ,

POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT

DE VITAMIN D ALER: TMS QX: CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY

PASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSIION , REFRACTIVA TRAS:
 NIEGA TRAU: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCION CERRADA TTO:
 DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/ENTRICITABINA PARA CLÍNICOS -14.11.2020
 Cr:0,7 Bun:8,9 Na:143 K:3,2 Mg:1,8 P:4,0 Carga viral VIH: no detectada -
 12.11.2020: Serologia RPR no reactiva, carga viral en proceso -10.11.2020:
 Leucos 3160, N 920, L 2000, Hb 11.4, plq: 102.000, BUN 20.5, Cr: 0.94, ALT
 81.1, AST 52.2, Na: 142, K: 4.05, Albumina 2. Na: 142, K: 4.05, Cloro 109, IgA
 transglutaminasa: 0.5 (neg), IgA Antigladina: 1.4 (neg) IMAGENES -
 11.11.2020 Rx de Tórax: No evidencia de infiltrados ni consolidaciones, dentro
 de límites normales. CONCEPTO Hombre de 44 años, antecedente de VIH y
 obesidad mórbida, se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con
 recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior
 desnutrición proteicocalorica. Ahora hospitalizado para manejo integral por
 gastroenterología y soporte nutricional. Ya se inició manejo con nutrición
 parenteral, hoy con resultado de serología negativo, carga viral de VIH no
 detectable y ultimo recuento de CD4 de 440 cel/ml. Sin evidencia de otras
 infecciones asociadas. Se comenta la posibilidad de iniciar los tramites de
 homecare para el manejo de su nutrición y rehabilitacion. Desde el punto de
 vista de infectologia sin cambios.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.11.2020

Hora Registro: 12:39:44

Responsable: HENAO GONZALEZ, CLAUDIA ANDREA

Especialidad: PSICOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

PSICOLOGÍA CLÍNICA Se lleva cabo sesión teniendo en cuenta protocolo de
 bioseguridad dada la contingencia por COVID 19 Se acude a responder IC
 solicitada por médico tratante Encuentro a paciente en cama siunb
 acompañante

Durante la entrevista la paciente se muestra orientada en las tres
 esferas,coherente, producción ideoverbal sin alteraciones,
 colaboradora,Introspección adecuada, Prospección positiva, no identifico

delirios, no refiere ideas de muerte ni de autoagresión, afecto triste y ansioso. Alerta.

Paciente de 44 años de edad quien refiere afecto triste. Muestra adecuada introspección y reconoce sus movimientos emocionales y sus motivadores. Refiere que esta es la segunda vez que está hospitalizado con este objetivo y percibe que ha sido más difícil para él que la primera vez. Indica que actualmente vive con sus padres desde hace un año y percibe ha sido provechoso para él. Indica ha podido dormir bien y cambios en su apetito. Hoy logra reconocer algunos aspectos de su vida personal que tiene pendientes por elaborar y considera retomar terapia por psicología por consulta externa. Se brinda un espacio de escucha, de apoyo y de contención emocional, buscando facilitar la expresión de sentimientos y emociones.

Se remite a proceso por psicología ambulatorio Cierro IC

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.11.2020

Hora Registro: 15:01:57

Responsable: ECHAVARRIA DAVID, MARIA PAULA

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - EDAD 44 AÑOS

DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO 1. VIH 1.1 CD4 440 2. SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS Seguimiento soporte nutricional Valorado el día de ayer Se insertó

PICC en miembro superior derecho. Rx de torax de control con extremo en cava superior. Inicio de TPN 12.11.2020 Peso actual 60 Kg. PARACLINICOS: 14.11.2020 CR 0.74, FOSFORO 4.05, MG 1.87, BUN 8.9, K 3.21, NA 143

GLUCOMETRIAS 94mg/dl. Tolerando dieta blanda todo cocido. Continúa con TPN a razón 16 KCal/kg día y 1 g Kg día de proteína. 45% como carbohidratos, 25% como proteínas y 30% como grasas. Relación calorías no proteicas 1:75.

Administración cíclica Paraclínicos de hoy con potasio bajo, se coloca suplemento con TPN. Continuamos atentos a su evolución. Espero paraclínicos para gestionar cuidado domiciliario MARIA PAULA ECHAVARRIS SOPORTE NUTRICIONAL

**

**

**

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.11.2020

Hora Registro: 17:04:23

Responsable: HENAO GONZALEZ, CLAUDIA ANDREA

Especialidad: PSICOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

PSICOLOGÍA CLÍNICA Se lleva cabo sesión teniendo en cuenta protocolo de bioseguridad dada la contingencia por COVID 19 Se acude a responder IC solicitada por médico tratante Encuentro a paciente en cama siunb acompañante

Durante la entrevista la paciente se muestra orientada en las tres esferas,coherente, producción ideoverbal sin alteraciones, colaboradora,Introspección adecuada, Prospección positiva, no identifico delirios, no refiere ideas de muerte ni de autoagresión, afecto triste y ansioso. Alerta.

Paciente de 44 años de edad quien refeire afecto triste. Muestra adecuada introspección y reconoce sus movimientos emocionales y sus motivadores. Refiere que esta es la segunda vez que está hospitalizado con este objetivo y percibe que ha sido más difícil para él que la primera vez. Indica que actualmente vive con sus padres desde hace un año y percibe ha sido provechoso para él. Indica ha podido dormir bien y cambios en su apetito. Hoy logra reconocer algunos aspectos de su vida personal que tiene pendientes por elaborar y considera retomar terapia por psicología por consulta externa. Se brinda un espacio de escucha, de apoyo y de contención emocional, buscando facilitar la expresión de sentimientos y emociones.

Se remite a proceso por psicología ambulatorio Cierro IC

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.11.2020

Hora Registro: 17:04:33

Responsable: HENAO GONZALEZ, CLAUDIA ANDREA

Especialidad: PSICOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta Sicología

PSICOLOGÍA CLÍNICA Se lleva cabo sesión teniendo en cuenta protocolo de bioseguridad dada la contingencia por COVID 19 Se acude a responder IC solicitada por médico tratante Encuentro a paciente en cama siunb acompañante

Durante la entrevista la paciente se muestra orientada en las tres esferas,coherente, producción ideoverbal sin alteraciones, colaboradora,Introspección adecuada, Prospección positiva, no identifico delirios, no refiere ideas de muerte ni de autoagresión, afecto triste y ansioso. Alerta.

Paciente de 44 años de edad quien refiere afecto triste. Muestra adecuada introspección y reconoce sus movimientos emocionales y sus motivadores. Refiere que esta es la segunda vez que está hospitalizado con este objetivo y percibe que ha sido más difícil para él que la primera vez. Indica que actualmente vive con sus padres desde hace un año y percibe ha sido provechoso para él. Indica ha podido dormir bien y cambios en su apetito. Hoy logra reconocer algunos aspectos de su vida personal que tiene pendientes por elaborar y considera retomar terapia por psicología por consulta externa. Se brinda un espacio de escucha, de apoyo y de contención emocional, buscando facilitar la expresión de sentimientos y emociones.

Se remite a proceso por psicología ambulatorio Cierro IC

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.11.2020

Hora Registro: 09:54:28

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - CC: 7702874 - EDAD: 44

AÑOS FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440, CV: NO

DETECTABLE --TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/ENTRICITABINA 2.

SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3.

SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL

90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES APP: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV ,

SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEP GASTRICO

2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS

POR ENFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA

OBSTRUCCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 ,

POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT DE VITAMIN D ALER: TMS QX: CX BARIATRICA SLEP GASTRICO 2014 , BY PASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSIION , REFRACTIVA TRAS: NIEGA TRAU: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCION CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/ENTRICITABINA PARA CLÍNICOS -15.11.2020 Cr:0,6 Bun:10 Na:141 K:3,3 CL:111 Mg:1,7 -14.11.2020 Cr:0,7 Bun:8,9 Na:143 K:3,2 Mg:1,8 P:4,0 Carga viral VIH: no detectada - 12.11.2020: Serologia RPR no reactiva, carga viral en proceso -10.11.2020: Leucos 3160, N 920, L 2000, Hb 11.4, plq: 102.000, BUN 20.5, Cr: 0.94, ALT 81.1, AST 52.2, Na: 142, K: 4.05, Albumina 2. Na: 142, K: 4.05, Cloro 109, IgA transglutaminasa: 0.5 (neg), IgA Antigladina: 1.4 (neg) IMAGENES - 11.11.2020 Rx de Tórax: No evidencia de infiltrados ni consolidaciones, dentro de límites normales. CONCEPTO Hombre de 44 años, antecedente de VIH y obesidad mórbida, se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalorica. Ahora hospitalizado para manejo integral por gastroenterología y soporte nutricional. Ya se inició manejo con nutrición parenteral. Tiene serología negativo, carga viral de VIH no detectable y ultimo recuento de CD4 de 440 cel/ml. Sin evidencia de otras infecciones asociadas. Permanece tranquilo, tolera dieta, no fiebre, menor número de deposiciones. Pendiente iniciar los tramites de homecare para el manejo de su nutrición y rehabilitacion. Desde el punto de vista de infectologia sin cambios.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.11.2020

Hora Registro: 11:37:45

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - EDAD 44 AÑOS

DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO 1. VIH 1.1 CD4 440 2. SINDROME DE

MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME

DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN

FIBROSIS Seguimiento soporte nutricional Manejo en hospitalización general

Permanece afebril Recibe vía oral con dieta astringente. Tolerada refiere deposiciones diarreicas Se moviliza cama - silla. Realza rehabilitación física Glucometrias 99- 94 mg/dL BUN 10.2 Creatinina 0.61 NA 141 K 3.37 Cl 111 Mg 1.77 Peso 60 Kg. Prescripción con 16 Kcal/kg día y 1 g/kg día de proteína 42% como carbohidratos, 25% com proteína. 33% como grasas. Incremento K Administración cíclica. JOSE LUIS ALDANA DÍAZ SOPORTE NUTRICIONAL

**

**

**

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.11.2020

Hora Registro: 10:23:57

Responsable: MONCADA VALLEJO, PABLO ANDRES

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - CC: 7702874 - EDAD: 44 AÑOS FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440 cel/ml, CV: NO DETECTABLE --TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA 2. SÍNDROME DE MALABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HÍGADO GRASO CON ESTENOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES APP: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MALABSORCIÓN SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULUS , DEFICIT DE VITAMIN D ALER: TMS QX: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSIION , REFRACTIVA TRAS: NIEGA TRAU: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCIÓN CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA PARACLÍNICOS -15.11.2020 Cr:0,6 Bun:10 Na:141 K:3,3 CL:111 Mg:1,7 -14.11.2020 Cr:0,7 Bun:8,9 Na:143 K:3,2 Mg:1,8 P:4,0 Carga viral VIH: no detectada - 12.11.2020: Serologia RPR no reactiva, carga viral en proceso -10.11.2020: Leucos 3160, N 920, L 2000, Hb 11.4, plq: 102.000, BUN 20.5, Cr: 0.94, ALT 81.1, AST 52.2, Na: 142, K: 4.05, Albumina 2. Na: 142, K: 4.05, Cloro 109, IgA transglutaminasa: 0.5 (neg), IgA Antigliadina: 1.4 (neg) IMAGENES - 11.11.2020 Rx de Tórax: No

evidencia de infiltrados ni consolidaciones, dentro de límites normales. CONCEPTO Hombre de 44 años con antecedente de VIH y obesidad mórbida, se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalórica. Hospitalizado para manejo integral por gastroenterología y soporte nutricional. Ya se inició manejo con nutrición parenteral. Tiene serología negativa, carga viral de VIH no detectable y último recuento de CD4 de 440 cel/ml. Sin evidencia de otras infecciones asociadas. Tiene diarrea de causa no infecciosa. Permanece tranquilo, tolera dieta, no fiebre, menor número de deposiciones. Pendiente trámites de homecare para el manejo de su nutrición y rehabilitación. Desde el punto de vista de infectología sin cambios. Atentos a evolución.

.

.

.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 16.11.2020

Hora Registro: 10:45:06

Responsable: JIMENEZ VIVAS, JORGE DAVID

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#1 EVALUACION TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PACIENTE SEMIDPENDIENTE

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO FAVORECER PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ESTIMULAR EJECUCIÓN DE PATRONES INTEGRALES Y FUNCIONALES ENTRENAR EN TRANSICIONES Y TRASLADOS EDUCAR EN AHORRO DE ENERGIA, ECONOMIA DE MOVIMIENTO EDUCAR EN HIGIENE POSTURAL Y ERGONOMIA FAVORECER PROCESOS COGNITIVOS Y FUNCIONES EJECUTIVAS

NOMBRE: ALEXANDER MARIN LARRAHONDO EDAD: 44AÑOS OCUPACION: MEDICO - CESANTE PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRO PACIENTE QUE ENCUENTRO ALERTA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN ACEPTABLES CONDICIONES, AFEBRIL, CON VENTILACION MECANICA Y EN COMPAÑIA DE

HERMANA. GLASGOW: 15/15; RIESGO DE CAIDA: 6 ALTO; BRADEN: 19 BAJO
 DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440 cel/ml, CV: NO DETECTABLE --TTO:
 DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA 2. SÍNDROME DE
 MALABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME
 DIARREICO CRÓNICO 4. HÍGADO GRASO CON ESTENOSIS DEL 90% SIN
 FIBROSIS ANTECEDENTES APP: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE
 MALABSORCIÓN SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 ,
 BYPASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS POR
 EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA
 OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 ,
 POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULUS , DEFICIT
 DE VITAMIN D ALER: TMS QX: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 ,
 BYPASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSIION , REFRACTIVA
 TRAS: NIEGA TRAU: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCIÓN CERRADA TTO:
 DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA PACIENTE CON ENFERMEDAD
 AVANZADA POR VIH CON POLINEUROPATIA AXONAL Y DEMSIELINIZANTE
 CON DEFICIENCIA EN SU SISTEMA GASTROINTESTINAL, INFECCIOSO Y
 NEUROMUSCULOESQUELETICO QUE LO LIMITA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA
 DIARIA COMPONENTE OSTEO/NEUROMUSCULAR: -PATRONES FUNCIONALES:
 FUNCIONALES -PATRONES INTEGRALES: FUNCIONALES -PATRONES
 GLOBALES: FUNCIONALES DE BAJA RESISTENCIA -FUERZA MIEMBROS
 SUPERIORES: DERECHO IZQUIERDO 3/5 3/5 -FUERZA MIEMBROS
 INFERIORES: DERECHO IZQUIERDO 3/5 3/5 -TONO MUSCULAR: BAJO
 TROFISMO MUSCULAR -CONTROL POSTURAL: CONSERVADO -ALINEACION
 POSTURAL: ALTERADO -EQUILIBRIO: CONSERVADO. -COORDINACION
 DINAMICA GENERAL: ALTERADO COMPONENTE SENSORIAL: -TACTIL:
 CONSERVADO -PROPIOCEPTIVO: CONSERVADO -VISUAL: ALTERADO
 -AUDITIVO: CONSERVADO -VESTIBULAR: ALTERADO -DOLOR (escala EVA):
 NO REFIERE DOLOR COMPONENTE COGNITIVO: -ORIENTACION:
 CONSERVADO, PACIENTE ALERTA, ORIENTADO EN TRES ESFERAS.
 -ATENCIÓN: CONSERVADO -MEMORIA: ALTERADO, PRESENTA DIFICULTAD
 EN LA MEMORIA A CORTO PLAZO. -COMPRENSIÓN: CONSERVADOI AREAS DE
 DESEMPEÑO -ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: °ALIMENTACIÓN:
 SEMIDPENDIENTE. °VESTIDO: SEMIDPENDIENTE °HIGIENE PERSONAL:
 SEMIDPENDIENTE °CONTROL VESICAL Y ANAL: FUNCIONAL °USO DEL
 BAÑO: SEMIDPENDIENTE °TRANSICIONES: INDEPENDIENTE °
 DESPLAZAMIENTOS: SEMIDPENDIENTE -ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y
 PRODUCTIVAS: DESESTRUCTURADAS ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO
 LIBRE: DESESTRUCTURADAS -CONTEXTO DE EJECUCION: VIVE CON SUS
 PADRES. PACIENTE CON ALTERACION EN SU DESEMPEÑO OCUPACIONAL,

IDENTIFICANDO SEMIDPENDENCIA EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA Y PRESENTANDO UN DESEQUILIBRIO OCUPACIONAL.

Encuentro a paciente estable, sin acompañante en el momento. Se realiza evaluación ocupacional en donde se identifica limitación para la ejecución de actividades de la vida diaria a causa de alteraciones en el sistema gastrointestinal, inmunológico y neuromusculo esquelético, interfiriendo en su participación en actividades básicas, instrumentales y de tiempo libre, identificando semidependencia para el desarrollo de dichas actividades y desequilibrio ocupacional. Se divulgan los derechos y deberes del paciente, finalmente se explica el proceso de intervención y los objetivos terapéuticos a tratar. Se realiza entrenamiento en transiciones y traslados, se apoya para asumir posición en sedente en borde de cama y se entrena en estrategias de economía de movimiento. Al término se favorece movilidad de miembros superiores (patrones integrales y globales). Tolera las demandas. Dejo estable.

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.11.2020

Hora Registro: 16:08:53

Responsable: ECHAVARRIA DAVID, MARIA PAULA

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - EDAD 44 AÑOS
 DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO 1. VIH 1.1 CD4 440 2. SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS Seguimiento soporte nutricional Manejo en hospitalización general Permanece afebril Recibe vía oral con dieta astringente. Tolerada refiere deposiciones diarreicas Se moviliza cama - silla. Realza rehabilitación física Peso 60 Kg. Prescripción con 16 Kcal/kg día y 1 g/kg día de proteína 42% como carbohidratos, 25% com proteína. 33% como grasas. Incremento K Plan de home care. Administración cíclica. Continuamos igual manejo MARIA PAULA ECHAVARRIA SOPORTE NUTRICIONAL

**

**

**

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 17.11.2020

Hora Registro: 11:26:01

Responsable: ORTEGA MAYA, ISABELLA

NUTRICION

NUTRICION -MAÑANA SE REALIZARA BIOIMPEDANCIA PARA LO QUE SE REQUIERE AYUNO DE 6 HORAS, SUSPENDER EL SOPORTE PARENTERAL A LAS 6 AM Y REINICIAR UNA VEZ FINALICE EL MISMO. -FAVOR TOMAR PESO MAÑANA EN AYUNAS. -DIETA BLANDA TODO COCIDO, MEDIAS PORCIONES// REFRIGERIOS CON FRUTAS // CAMBIAR AZUCAR POR ENDULZANTE. -SOPORTE PARENTERAL A CARGO DE MEDICO SOPORTE NUTRICIONAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.11.2020

Hora Registro: 13:48:22

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC: 7702874
 EDAD 44 AÑOS DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO 1. VIH 1.1 CD4 440 2.
 SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3.
 SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL
 90% SIN FIBROSIS Seguimiento soporte nutricional Manejo en hospitalización
 general Afebril Se moviliza cama - silla - baño Realiza actividades de
 rehabilitación Tolera vía oral. Disminuye gasto fecal Encontré paciente en
 condición general aceptable El abdomen es depresible Congestión sistémica
 resuelta Glucometrias 87 - 78 mg/dL 17.11.2020 -17.11.2020 Na 142.1 K 3.79
 Cl 110.7 Mg 1.79 P 3.78 Nutrición parenteral domiciliaria Peso actual 60 Kg
 Peso usual (Febrero 2020 85 Kg) Indicaciones Acceso vascular PICC bilumen
 Miembro superior derecho. Lumen exclusivo para tpn (este acceso vascular
 debe entregarse al homecare que asume el manejo ambulatorio- formato de
 entrega institucional de catéteres) Administración: Cíclica 12 horas Prescripción
 Macronutrientes DEXTROSA 50% / 500 ML 240 cc 120 g 408 KCal ACIDO
 GRASO / OMEGA 3 20% -100ML 160 cc 32 g 320 KCal AMINOACIDOS 10%
 CON ELECTROLITOS 500ML FCO 600 cc 60 g 240 KCal Micronutrientes

ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML 10 cc MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5 cc VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML 10 (1 g) CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY 10 cc (1 g) SULFATO DE MAGNESIO 10MI SOL INY 5 CC (1G) Prescripción con 16 Kcal/kg día y 1 g/kg día de proteína 42% como carbohidratos, 25% com proteína. 33% como grasas Plan Nutrición parenteral domiciliaria cíclica (12 horas) Recuperación nutricional, plazo aprox 8 a 12 semanas Se realizará análisis de composición corporal con impedancia eléctrica basal Paraclínicos de control semanal: Na, K, Mg, P, BUN, creatinina Parac ´linicos de seguimiento quincenal: F alcalina, transaminasas, bilirrubinas**** Se propone seguimiento cercano de perfil hepático considerando historia de esteatosis. Pruebas funcionales basales normales. Paraclínicos de seguimiento mensual: Albúmina, triglicéridos, colesterol total, hemograma, GGT Análisis de composición corporal 8 semanas Visita domiciliaria nutrición (prescripción semanal de mezcla de nutrición parenteral Terapia física (3 semana) Terapia ocupacional (3 semana) JOSE LUIS ALDANA DÍAZ SOPORTE NUTRICIONAL

**

**

**

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.11.2020

Hora Registro: 15:19:19

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - CC: 7702874 - EDAD: 44 AÑOS FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. VIH, CD4 440 cel/ml, CV: NO DETECTABLE -TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA 2. SÍNDROME DE MALABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO 3. SÍNDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HÍGADO GRASO CON ESTENOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS 5.Hipokalemia (R) ANTECEDENTES -PATOLÓGICOS: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MALABSORCIÓN SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GÁSTRICO 2014 , BYPASS GÁSTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, HIPOALBUMINEMIA, TVP 2017, POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL

DESMIELINIZANT , VOLVULUS , DÉFICIT DE VITAMIN D -ALÈRGICOS: TMS
 -QUIRÙRGICOS: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS
 GASTRICO 14/05/2017, COLELAP, CIRCUNSIION , REFRACTIVA
 -TRASFUSIONALES: NIEGA -TRAUMÀTICOS: FX DE AMBOS RADIOS /
 REDUCCIÓN CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA
 EXAMEN FÍSICO: Paciente en aceptables condiciones generales. SIGNOS
 VITALES: T: 35.5 C, FC: 69 lpm, FR: 20 rpm, PA: 84/53 mmHg, PAM 63.3
 mmHg, SO2 98% PARACLÍNICOS -17.11.2020 Na 142.1 K 3.79 Cl 110.7 Mg
 1.79 P 3.78 -15.11.2020 Cr:0,6 Bun:10 Na:141 K:3,3 CL:111 Mg:1,7
 -14.11.2020 Cr:0,7 Bun:8,9 Na:143 K:3,2 Mg:1,8 P:4,0 Carga viral VIH: no
 detectada - 12.11.2020: Serologia RPR no reactiva, carga viral en proceso
 -10.11.2020: Leucos 3160, N 920, L 2000, Hb 11.4, plq: 102.000, BUN 20.5,
 Cr: 0.94, ALT 81.1, AST 52.2, Na: 142, K: 4.05, Albumina 2. Na: 142, K: 4.05,
 Cloro 109, IgA transglutaminasa: 0.5 (neg), IgA Antigliadina: 1.4 (neg)
 IMAGENES - 11.11.2020 Rx de Tórax: No evidencia de infiltrados ni
 consolidaciones, dentro de límites normales. CONCEPTO: Paciente de 44 años,
 con antecedente de VIH y obesidad mórbida, se realizó inicialmente sleeve
 gástrico en 2014 pero con recuperación de peso, por lo cual requirió bypass en
 2017 con posterior desnutrición proteicocalorica. Actualmente hospitalizado
 para manejo integral por gastroenterología y soporte nutricional. Ya se inició
 manejo con nutrición parenteral y hoy soporte nutricional realizó ajuste a
 fórmula nutricional. Tiene serología negativa, carga viral de VIH no detectable
 y último recuento de CD4 de 440 cel/ml. Sin evidencia de otras infecciones
 asociadas. Tiene diarrea de causa no infecciosa. En el momento en aceptables
 condiciones generales, con soporte nutricional, no picos febriles, mejoría de la
 diarrea. Últimos paraclínicos con electrolitos adecuados. Se inició trámite
 administrativo para manejo ambulatorio mediante homecare de su nutrición y
 rehabilitación. Control en ds semanas con analíticas al egreso

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.11.2020

Hora Registro: 16:41:34

Responsable: ROJAS DIAZ, ELIANA EUGENIA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

GASTROENTEROLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC. 7702874 EDAD 44 AÑOS DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440 2. SINDROME DE MALA ABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES - PATOLOGICOS: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIIATRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT DE VITAMIN D - ALER: TMS - QX: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSIACION , REFRACTIVA - TRANSFUSIONALES: NIEGA - TRAUMÁTICOS: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCION CERRADA - MEDICAMENTOS ACTUALES: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA SUBJETIVO Refiere sentirse mejor, dos deposiciones liquidas en la noche, dos deposiciones en el día de consistencia blanda.

Sentado en cama, tranquilo Peso 60 kg T 35.5, FC 69, PA 84/53mmHg, PAM 63mmHg, SO2 98% Aceptables condiciones generales, pálido, enflaquecido Mucosas húmedas Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos Murmullo vesicular conservado sin sobreagregados Abdomen blando, sin dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias Extremidades edema grado I hipoatrofia sarcopenia Alerta, orientado, sin focalizaciones PARACLINICOS - 17.11.2020 Sodio 142, Potasio 3.7, Cloro 110, Magnesio 1.7, Fosforo 3.7 - 15.11.2020 Cr:0,6 Bun:10 Na:141 K:3,3 CL:111 Mg:1,7 - 14.11.2020 Cr:0,7 Bun:8,9 Na:143 K:3,2 Mg:1,8 P:4,0 Carga viral VIH: no detectada - 12.11.2020 NT proBNP 523, RPR no reactiva - 11.11.2020 Hb 11.4, Hto 33.8, leucocitos 3160, neutrofilos 920, linfocitos 2000, plaquetas 102.000 BUN 20.5, Creatinina 0.9, AST 52, ALT 81, Alb 2.37, Sodio 142, Potasio 4.05, Cloro 19, Magnesio 2.2, Fosforo 3.6 - 10.11.2020 Hb 11.4, Hto 11.4, leucocitos 3160, neutrofilos 920, linfocitos 2000, plaquetas 102.000 BUN 20.5, Creatinina 0.94, Sodio 142, Potasio 4.05, Cloro 109, Magnesio 2.2, Fosforo 3.65, AST 52, ALT 81 Albumina 2.3 Acs IgA gliadina negativos y transglutaminas negativos - 31.10.2020 Vitamina D 18.9, Vitamina B12 894, Ferritina 1066, Acido folico 6.7 - 16.10.2020 TSH 1.7 IMÁGENES - 22.10.2020 ECO TT: DERRAME PERICÁRDICO PEQUEÑO SIN SIGNOS DE TAPONAMIENTO CARDIACO , FEVI : 60- 65% , PDP: 23 MM HG - 07.09.2020 COLONOSCOPIA NORMAL BIOPSIA: . MUCOSA DE ILEON - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. B. MUCOSA

DE COLON ASCENDENTE - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. -
 24.08.2020 EVDA: EVIDENCIA DE ESTÓMAGO INTERVENIDO. ANASTOMOSIS
 GASTROENTÉRICA AMPLIA Y SIN LESIONES. ATROFIA DE MUCOSA YEYUNAL.
 BIOPSIAS: YEYUNO; BIOPSIA: - INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA
 - MUESTRA NEGATIVA PARA DISPLASIA O MALIGNIDAD. -NO SE OBSERVAN
 MICROORGANISMOS EN LA MUESTRA

Paciente de 44 años, antecedente de VIH y obesidad mórbida para lo cual se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalórica. Conocido por consulta externa de Gastroenterología en relación a su antecedente y síndrome diarreico crónico de difícil manejo, multifactorial, en manejo con colestiramina, loperamida y enzimas pancreáticas. Ahora hospitalizado por desnutrición proteicocalórica severa asociado a déficit de vitamina D y desacondicionamiento con pérdida importante de masa muscular. En seguimiento multidisciplinario por Nutrición, Psicología, Psiquiatría y Soporte nutricional, se inició nutrición parenteral por PICC sin complicaciones. No hay evidencia en el momento de proceso infeccioso en curso asociado, síndrome diarreico crónico ya conocido, síndrome malabsortivo multifactorial. Infectología considera que no hay evidencia de otras infecciones asociadas y su enfermedad de base está controlada. Se ajustó manejo con pancreatina 50.000 unidades preprandiales y reposición de vitamina D; estable hemodinamicamente, con mejoría de los edemas y con aumento progresivo de peso. Pendiente trámite de homecare para continuar nutrición parenteral.

Pendiente homecare Enzimas pancreáticas creon (lo tiene el paciente)
 50.000UI con las comidas y 25.000 UI con los Snacks. Continúa plan de rehabilitación

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 18.11.2020

Hora Registro: 11:01:26

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#2. SEGUIMIENTO/TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y
 REHABILITACION PACIENTE SEMIDPENDIENTE

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO FAVORECER PARTICIPACION EN LAS

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ESTIMULAR EJECUCIÓN DE PATRONES INTEGRALES Y FUNCIONALES ENTRENAR EN TRANSICIONES Y TRASLADOS EDUCAR EN AHORRO DE ENERGIA, ECONOMIA DE MOVIMIENTO EDUCAR EN HIGIENE POSTURAL Y ERGONOMIA FAVORECER PROCESOS COGNITIVOS Y FUNCIONES EJECUTIVAS

NOMBRE: ALEXANDER MARIN LARRAHONDO EDAD: 44AÑOS OCUPACION: MEDICO - CESANTE PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRO GLASGOW: 15/15; RIESGO DE CAIDA: 6 ALTO; BRADEN: 19 BAJO DIAGNÓSTICOS 1. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1.1 CD4 440 cel/ml, CV: NO DETECTABLE --TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA 2. SÍNDROME DE MALABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HÍGADO GRASO CON ESTENOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES APP: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MALABSORCIÓN SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULUS , DEFICIT DE VITAMIN D ALER: TMS QX: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSIION , REFRACTIVA TRAS: NIEGA TRAU: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCIÓN CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA PACIENTE CON ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH CON POLINEUROPATIA AXONAL Y DEMSIELINIZANTE CON DEFICIENCIA EN SU SISTEMA GASTROINESTINAL, INFECCIOSO Y NEUROMUSCULOESQUELETICO QUE LO LIMITA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. PACIENTE CON ALTERACION EN SU DESEMPEÑO OCUPACIONAL, IDENTIFICANDO SEMIDPENDENCIA EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA Y PRESENTANDO UN DESEQUILIBRIO OCUPACIONAL.

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. EL DIA DE HOY DESDE SEDENTE EN BORDE DE CAMA, SE REALIZA ACTIVIDAD DIRIGIDA A FORTELECER LOS PATRONES FUNCIONALES E INTEGRALES A TRAVES DE ALCANCES, EMPUJES, EN DIFERENTES PLANOS, BAJO MEDIDAS DE AHORRO DE ENERGIA Y PROTECCION ARTICULAR, POR LO QUE SE DAN PAUSAS CONSTANTES; SE HACE ENFASIS EN LA ACTIVACION ESCAPULAR Y EN LA ALINEACION POSTURAL. EL PACIENTE TOLERA Y FINALIZA LA ACTIVIDAD SIN COMPLICACIONES, SE DEJA ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.11.2020

Hora Registro: 12:49:07

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - CC: 7702874 - EDAD: 44 AÑOS FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. VIH, CD4 440 cel/ml, CV: NO DETECTABLE -TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA 2. SÍNDROME DE MALABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO 3. SÍNDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HÍGADO GRASO CON ESTENOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS 5. Hipokalemia (R) ANTECEDENTES -PATOLÓGICOS: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MALABSORCIÓN SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GÁSTRICO 2014 , BYPASS GÁSTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, HIPOALBUMINEMIA, TVP 2017, POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULUS , DÉFICIT DE VITAMIN D -ALÉRGICOS: TMS -QUIRÚRGICOS: CX BARIATRICA SLEEVE GÁSTRICO 2014 , BYPASS GÁSTRICO 14/05/2017, COLELAP, CIRCUNSIÓN , REFRACTIVA -TRASFUSIONALES: NIEGA -TRAUMÁTICOS: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCIÓN CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA EXAMEN FÍSICO: Paciente en aceptables condiciones generales. SIGNOS VITALES: T: 35.5 C, FC: 69 lpm, FR: 20 rpm, PA: 84/53 mmHg, PAM 63.3 mmHg, SO2 98% PARACLÍNICOS: -17.11.2020 Na 142.1 K 3.79 Cl 110.7 Mg 1.79 P 3.78 -15.11.2020 Cr:0,6 Bun:10 Na:141 K:3,3 CL:111 Mg:1,7 -14.11.2020 Cr:0,7 Bun:8,9 Na:143 K:3,2 Mg:1,8 P:4,0 Carga viral VIH: no detectada - 12.11.2020: Serología RPR no reactiva, carga viral en proceso -10.11.2020: Leucos 3160, N 920, L 2000, Hb 11.4, plq: 102.000, BUN 20.5, Cr: 0.94, ALT 81.1, AST 52.2, Na: 142, K: 4.05, Albumina 2. Na: 142, K: 4.05, Cloro 109, IgA transglutaminasa: 0.5 (neg), IgA Antigliadina: 1.4 (neg) IMAGENES: - 11.11.2020 Rx de Tórax: No evidencia de infiltrados ni consolidaciones, dentro de límites normales. CONCEPTO: Paciente de 44 años con antecedente de VIH y obesidad mórbida, se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalórica. Hospitalizado para manejo integral por gastroenterología y soporte nutricional. Ya se inició manejo con nutrición parenteral. Tiene serología negativa, carga viral de VIH no detectable y último recuento de CD4 de 440 cel/ml. Mejor control de la diarrea. Tiene

indicación para continuar manejo mediante homecare para manejo nutricional y rehabilitación. Ya se inició trámite administrativo, pendiente autorización por parte de la entidad de salud. Atentos a evolución.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.11.2020

Hora Registro: 13:27:58

Responsable: GARCIA MARIN, ALBERTO FEDERICO

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC: 7702874

EDAD 44 AÑOS DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO 1. VIH 1.1 CD4 440 2.

SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3.

SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL

90% SIN FIBROSIS Seguimiento soporte nutricional Manejo en hospitalización

general Afebril Se moviliza cama - silla - baño Realiza actividades de

rehabilitación Tolera vía oral. Disminuye gasto fecal Encontré paciente en

condición general aceptable El abdomen es depresible Congestión sistémica

resuelta Glucometrias 87 - 78 mg/dL Nutrición parenteral domiciliaria Peso

actual 60 Kg Peso usual (Febrero 2020 85 Kg) Indicaciones Acceso vascular

PICC bilumen Miembro superior derecho. Lumen exclusivo para tpn (este

acceso vascular debe entregarse al homecare que asume el manejo

ambulatorio- formato de entrega institucional de catéteres) Administración:

Cíclica 12 horas Prescripción Macronutrientes DEXTROSA 50% / 500 ML 240 cc

120 g 408 KCal ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML 160 cc 32 g 320 KCal

AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO 600 cc 60 g 240 KCal

Macronutrientes ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML 10 cc MVI. CONCENTRADO

25000 UI/5ML VI 5 cc VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML

10 (1 g) CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY 10 cc (1 g) SULFATO DE

MAGNESIO 10MI SOL INY 5 CC (1G) Prescripción con 16 Kcal/kg día y 1 g/kg

día de proteína 42% como carbohidratos, 25% como proteína. 33% como

grasas Plan Nutrición parenteral domiciliaria cíclica (12 horas) Recuperación

nutricional, plazo approx 8 a 12 semanas Se realizará análisis de composición

corporal con impedancia eléctrica basal Paraclínicos de control semanal: Na, K,

Mg, P, BUN, creatinina Parac'linicos de seguimiento quincenal: F alcalina, transaminasas, bilirrubinas**** Se propone seguimiento cercano de perfil hepático considerando historia de esteatosis. Pruebas funcionales basales normales. Paraclínicos de seguimiento mensual: Albúmina, triglicéridos, colesterol total, hemograma, GGT Análisis de composición corporal 8 semanas Visita domiciliaria nutrición (prescripción semanal de mezcla de nutrición parenteral Terapia física (3 semana) Terapia ocupacional (3 semana) ALBERTO GARCÍA SOPORTE NUTRICIONAL

**

**

**

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.11.2020

Hora Registro: 09:01:19

Responsable: ROJAS DIAZ, ELIANA EUGENIA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

GASTROENTEROLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC. 7702874 EDAD 44 AÑOS DIAGNÓSTICOS 1. VIH 1.1 CD4 440 2. SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES - PATOLOGICOS: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MAL ABSORCION SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIATRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULOS , DEFICIT DE VITAMIN D - ALER: TMS - QX: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSIACION , REFRACTIVA - TRANSFUSIONALES: NIEGA - TRAUMÁTICOS: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCION CERRADA - MEDICAMENTOS ACTUALES: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA SUBJETIVO Refiere sentirse mejor, está tomando la pamcreatina con los snacks, anoche sin diarrea, solo flatulencias. Sin dolor abdominal

Sentado en cama, tranquilo T 35.9, FC 79, FR 21, PA 91/58, PAM 69, SO2 100

Peso 60kg Aceptables condiciones generales, pálido, enflaquecido Mucosas húmedas Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos Murmullo vesicular conservado sin sobreagregados Abdomen blando, sin dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias Extremidades con hipoatrofia sarcopenia, sin edemas Alerta, orientado, sin focalizaciones PARACLINICOS - 17.11.2020 Sodio 142, Potasio 3.7, Cloro 110, Magnesio 1.7, Fosforo 3.7 - 15.11.2020 Cr:0,6 Bun:10 Na:141 K:3,3 CL:111 Mg:1,7 - 14.11.2020 Cr:0,7 Bun:8,9 Na:143 K:3,2 Mg:1,8 P:4,0 Carga viral VIH: no detectada - 12.11.2020 NT proBNP 523, RPR no reactiva - 11.11.2020 Hb 11.4, Hto 33.8, leucocitos 3160, neutrofilos 920, linfocitos 2000, plaquetas 102.000 BUN 20.5, Creatinina 0.9, AST 52, ALT 81, Alb 2.37, Sodio 142, Potasio 4.05, Cloro 19, Magnesio 2.2, Fosforo 3.6 - 10.11.2020 Hb 11.4, Hto 11.4, leucocitos 3160, neutrofilos 920, linfocitos 2000, plaquetas 102.000 BUN 20.5, Creatinina 0.94, Sodio 142, Potasio 4.05, Cloro 109, Magnesio 2.2, Fosforo 3.65, AST 52, ALT 81 Albumina 2.3 Acs IgA gliadina negativos y transglutaminas negativos - 31.10.2020 Vitamina D 18.9, Vitamina B12 894, Ferritina 1066, Acido folico 6.7 - 16.10.2020 TSH 1.7 IMÁGENES - 22.10.2020 ECO TT: DERRAME PERICÁRDICO PEQUEÑO SIN SIGNOS DE TAPONAMIENTO CARDIACO , FEVI : 60- 65% , PDP: 23 MM HG - 07.09.2020 COLONOSCOPIA NORMAL BIOPSIA: . MUCOSA DE ILEON - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. B. MUCOSA DE COLON ASCENDENTE - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. - 24.08.2020 EVDA: EVIDENCIA DE ESTÓMAGO INTERVENIDO. ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA AMPLIA Y SIN LESIONES. ATROFIA DE MUCOSA YEYUNAL. BIOPSIAS: YEYUNO; BIOPSIA: - INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA - MUESTRA NEGATIVA PARA DISPLASIA O MALIGNIDAD. -NO SE OBSERVAN MICROORGANISMOS EN LA MUESTRA

Paciente de 44 años, antecedente de VIH y obesidad mórbida para lo cual se realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición proteicocalorica. Conocido por consulta externa de Gastroenterología en relación a su antecedente y síndrome diarreico crónico de difícil manejo, multifactorial, en manejo con colestiramina, loperamida y enzimas pancreáticas. Ahora hospitalizado por desnutrición proteicocalorica severa asociado a déficit de vitamina D y desacondicionamiento con pérdida importante de masa muscular. En seguimiento multidisciplinario por Nutrición, Psicología, Psiquiatría y Soporte nutricional, se inició nutrición parenteral por PICC sin complicaciones. No hay evidencia en el momento de proceso infeccioso en curso asociado, síndrome diarreico crónico ya conocido, síndrome malabsortivo multifactorial. Infectología considera que no hay evidencia de otras infecciones asociadas y su

enfermedad de base está controlada. Se siente mejor, la diarrea ha disminuido notablemente, tolera vía oral, estable hemodinamicamente, mejoría de los edemas. Se ajustó manejo con pancreatina 50.000 unidades preprandiales, 25.000 unidades con los snacks y recibe reposición de vitamina D. Pendiente trámite de homecare para continuar nutrición parenteral.

Pendiente homecare Enzimas pancreáticas creon (lo tiene el paciente) 50.000UI con las comidas y 25.000 UI con los Snacks. Continúa plan de rehabilitación integral

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 19.11.2020

Hora Registro: 10:20:51

Responsable: ORTEGA MAYA, ISABELLA

NUTRICION -DIETA BLANDA TODO COCIDO, MEDIAS PORCIONES//
REFRIGERIOS CON FRUTAS // CAMBIAR AZÚCAR POR ENDULZANTE.
REFRIGERIO NOCHE. BAJA EN GAS. -SOPORTE PARENTERAL A CARGO DE
MÉDICO SOPORTE NUTRICIONAL

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.11.2020

Hora Registro: 12:31:54

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGÍA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO, EDAD: 44 AÑOS, CC: 7702874 FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. VIH, CD4 440 cel/ml, CV: NO DETECTABLE -Tratamiento: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA 2. SÍNDROME DE MALABSORCIÓN -ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO 3. SÍNDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HÍGADO GRASO CON ESTENOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS 5. Hipokalemia (R) ANTECEDENTES -PATOLÓGICOS: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV, SD DE MALABSORCIÓN SECUNDARIO A CX BARIÁTRICA SLEEVE GÁSTRICO 2014, BYPASS GÁSTRICO 14/05/2017; EFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS POR EFAVIRENZ, TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, HIPOALBUMINEMIA, TVP 2017, POLINEUROPATÍA MIXTA AXONAL

DESMIELINIZANT , VOLVULUS , DÉFICIT DE VITAMIN D -ALÈRGICOS: TMS
 -QUIRÙRGICOS: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS
 GASTRICO 14/05/2017, COLELAP, CIRCUNSIION , REFRACTIVA
 -TRASFUSIONALES: NIEGA -TRAUMÀTICOS: FX DE AMBOS RADIOS /
 REDUCCIÓN CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA
 EXAMEN FÍSICO: Paciente en aceptables condiciones generales. Sin
 deposiciones diarreicas. SIGNOS VITALES: T: 35.6 C, FC: 98 lpm, FR: 20 rpm,
 PA: 86/53 mmHg, PAM 64 mmHg, SO2 98% CONCEPTO: Paciente de 44 años
 con antecedente de VIH y obesidad mórbida, hospitalizado para manejo
 integral por gastroenterología y soporte nutricional debido a desnutrición
 proteico-calórica y diarreea crónica. Ya se inició manejo con nutrición
 parenteral que ha tolerado adecuadamente. Soporte nutricional ha realizado
 ajustes a los aportes, de acuerdo al seguimiento paraclínico. Se inició trámite
 administrativo para continuar manejo mediante homecare, se encuentra
 pendiente autorización del mismo. Mejor control de la diarrea. Estable
 clínicamente. Atentos a la evolución.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.11.2020

Hora Registro: 19:04:58

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO CC: 7702874

EDAD 44 AÑOS DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO 1. VIH 1.1 CD4 440 2.

SINDROME DE MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3.

SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL

90% SIN FIBROSIS Desnutrición severa considerando deterioro bioquímico y
 antropométrico: pérdida de peso > 20% de peso corporal. Hipoalbuminemia

severa. Srcopenia. Seguimiento soporte nutricional Manejo en hospitalización
 general Solicitado manejo domiciliario con nutrición parenteral suplementaria

cíclica. Glucometrias 104 - 103 mg/dL Atentos a evolución -----

Nutrición parenteral domiciliaria Peso actual 60 Kg Peso usual (Febrero 2020

85 Kg) Indicaciones Acceso vascular PICC bilumen Miembro superior derecho.

Lumen exclusivo para tpn (este acceso vascular debe entregarse al homecare que asume el manejo ambulatorio- formato de entrega institucional de catéteres) Administración: Cíclica 12 horas Prescripción Macronutrientes DEXTROSA 50% / 500 ML 240 cc 120 g 408 KCal ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML 160 cc 32 g 320 KCal AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO 600 cc 60 g 240 KCal Mucronutrientes ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML 10 cc MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI 5 cc VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML 10 (1 g) CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY 10 cc (1 g) SULFATO DE MAGNESIO 10MI SOL INY 5 CC (1G) Prescripción con 16 Kcal/kg día y 1 g/kg día de proteína 42% como carbohidratos, 25% com proteína. 33% como grasas Plan Nutrición parenteral domiciliaria cíclica (12 horas) Recuperación nutricional, plazo aproxx 8 a 12 semanas Se realizará análisis de composición corporal con impedancia eléctrica basal Paraclínicos de control semanal: Na, K, Mg, P, BUN, creatinina Parac ´linicos de seguimiento quincenal: F alcalina, transaminasas, bilirrubinas**** Se propone seguimiento cercano de perfil hepático considerando historia de esteatosis. Pruebas funcionales basales normales. Paraclínicos de seguimiento mensual: Albúmina, triglicéridos, colesterol total, hemograma, GGT Análisis de composición corporal 8 semanas Visita domiciliaria nutrición (prescripción semanal de mezcla de nutrición parenteral Terapia física (3 semana) Terapia ocupacional (3 semana) ALBERTO GARCÍA SOPORTE NUTRICIONAL

**

**

**

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 20.11.2020

Hora Registro: 11:00:54

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#3. SEGUIMIENTO/TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PACIENTE SEMIDPENDIENTE

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO FAVORECER PARTICIPACION EN LAS

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ESTIMULAR EJECUCIÓN DE PATRONES INTEGRALES Y FUNCIONALES ENTRENAR EN TRANSICIONES Y TRASLADOS EDUCAR EN AHORRO DE ENERGIA, ECONOMIA DE MOVIMIENTO EDUCAR EN HIGIENE POSTURAL Y ERGONOMIA FAVORECER PROCESOS COGNITIVOS Y FUNCIONES EJECUTIVAS

NOMBRE: ALEXANDER MARIN LARRAHONDO EDAD: 44AÑOS OCUPACION: MEDICO - CESANTE PROCEDENCIA: CALI DOMINANCIA: DIESTRO GLASGOW: 15/15; RIESGO DE CAIDA: 6 ALTO; BRADEN: 19 BAJO DIAGNÓSTICOS 1. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1.1 CD4 440 cel/ml, CV: NO DETECTABLE --TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA 2. SÍNDROME DE MALABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SÍNDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HÍGADO GRASO CON ESTENOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS ANTECEDENTES APP: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MALABSORCIÓN SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO , HIPOALBUMINEMIA , TVP 2017 , POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULUS , DEFICIT DE VITAMIN D ALER: TMS QX: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS GASTRICO 14/05/2017 , COLELAP , CIRCUNSIION , REFRACTIVA TRAS: NIEGA TRAU: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCIÓN CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA PACIENTE CON ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH CON POLINEUROPATIA AXONAL Y DEMSIELINIZANTE CON DEFICIENCIA EN SU SISTEMA GASTROINESTINAL, INFECCIOSO Y NEUROMUSCULOESQUELETICO QUE LO LIMITA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. PACIENTE CON ALTERACION EN SU DESEMPEÑO OCUPACIONAL, IDENTIFICANDO SEMIDPENDENCIA EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA Y PRESENTANDO UN DESEQUILIBRIO OCUPACIONAL.

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA, ESTABLE, SIN ACOMPAÑANTE, DESDE SEDENTE LARGO EN CAMA; SE PROPONE LA PARTICIPACION EN TAREA PROPOSITIVA DE TIPO COGNITIVO-PERCEPTUAL DE EXIGENCIA MEDIA/COMPLEJA, DONDE SE ESTIMULA LA ATENCION, LA PERCEPCION VISUAL, LA AGILIDAD MENTAL, SE BRINDA APOYO DEMOSTRATIVO, EL PACIENTE SE INTEGRA ACTIVAMENTE, REQUIRIENDO MINIMO APOYO, SE HACE ENFASIS EN SU HIGIENE POSTURAL PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. SE DEJA ACTIVIDAD PARA EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE. QUEDA ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.11.2020

Hora Registro: 17:24:05

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - CC: 7702874 - EDAD: 44 AÑOS FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. VIH, CD4 440 cel/ml, CV: NO DETECTABLE -TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA 2. SÍNDROME DE MALABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO 3. SÍNDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HÍGADO GRASO CON ESTENOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS 5. Hipokalemia (R) ANTECEDENTES -PATOLÓGICOS: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MALABSORCIÓN SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GÁSTRICO 2014 , BYPASS GÁSTRICO 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, HIPOALBUMINEMIA, TVP 2017, POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULUS , DÉFICIT DE VITAMIN D -ALÉRGICOS: TMS -QUIRÚRGICOS: CX BARIATRICA SLEEVE GÁSTRICO 2014 , BYPASS GÁSTRICO 14/05/2017, COLELAP, CIRCUNSIÓN , REFRACTIVA -TRASFUSIONALES: NIEGA -TRAUMÁTICOS: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCIÓN CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA EXAMEN FÍSICO: Paciente en aceptables condiciones generales, sin picos febriles. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, no doloroso. Mejoría en las deposiciones. Sin déficit neurológico aparente. SIGNOS VITALES: T: 35.8 C, FC: 87 lpm, FR: 19 rpm, PA: 101/55 mmHg, PAM 70 mmHg, SO2 99% PARACLÍNICOS -17.11.2020 Na 142.1 K 3.79 Cl 110.7 Mg 1.79 P 3.78 IMÁGENES - 11.11.2020 Rx de Tórax: No evidencia de infiltrados ni consolidaciones, dentro de límites normales. CONCEPTO Paciente de 44 años, con antecedentes descritos, hospitalizado en relación a desnutrición proteico-calórica secundario a cirugía gastrointestinal y diarrea crónica. Se han descartado causas infecciosas asociadas. Ya cuenta con plan nutricional mediante TPN, el cual deberá continuar de forma domiciliaria. Pendiente autorización de TPN mediante homecare por parte de entidad de salud. Se dan recomendaciones nutricionales al paciente. Adecuado control de la diarrea. Atentos a evolución. Nota: Estaré de descanso del 21 al 22 de Noviembre del 2020 me estarán reemplazando el Dr. Juan Diego Vélez ante cualquier eventualidad el Dr. Vélez dispone de mi correo electrónico

(jofergarcia@gmail.com) y número celular donde podre ser localizado en caso de necesidad. He explicado esta situación a mis pacientes y a sus familiares.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.11.2020

Hora Registro: 12:12:35

Responsable: VELEZ LONDONO, JUAN DIEGO

Especialidad: INFECTOLOGIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

INFECTOLOGÍA ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - CC: 7702874 - EDAD: 44

AÑOS FI: 10.11.2020 DIAGNÓSTICOS 1. VIH, CD4 440 cel/ml, CV: NO

DETECTABLE -TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA 2.

SÍNDROME DE MALABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3.

SINDROME DIARREICO CRÓNICO 4. HÍGADO GRASO CON ESTENOSIS DEL

90% SIN FIBROSIS 5.Hipokalemia (R) ANTECEDENTES -PATOLÓGICOS:

ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MALABSORCIÓN SECUNDARIO A

CX BARIATRICA SLEEVE GÁSTRICO 2014 , BYPASS GÁSTRICO 14/05/2017 ;

EFFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE ANSIEDAD

GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO,

HIPOALBUMINEMIA, TVP 2017, POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL

DESMIELINIZANT , VOLVULUS , DÉFICIT DE VITAMIN D -ALÈRGICOS: TMS

-QUIRÚRGICOS: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS

GASTRICO 14/05/2017, COLELAP, CIRCUNSIION , REFRACTIVA

-TRASFUSIONALES: NIEGA -TRAUMÁTICOS: FX DE AMBOS RADIOS /

REDUCCIÓN CERRADA TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA

EXAMEN FÍSICO: Paciente en aceptables condiciones generales, sin picos

febriles. Auscultacion cardiopulmonar normal. Abdomen blando, no doloroso.

Mejoría en las deposiciones. Sin deficit neurologico aparente. SIGNOS

VITALES: T: 35°C, FC: 87 lpm, FR: 20 rpm, PA: 103/70 mmHg, PAM 81 mmHg,

SO2 99% PARACLÍNICOS -17.11.2020 Na 142.1 K 3.79 Cl 110.7 Mg 1.79 P

3.78 IMAGENES - 11.11.2020 Rx de Tórax: No evidencia de infiltrados ni

consolidaciones, dentro de límites normales. CONCEPTO Paciente de 44 años,

con antecedentes descritos, hospitalizado en relación a desnutrición proteico-

calórica secundario a cirugía gastrointestinal y diarrea crónica. Se han realizado

ajustes a la dieta par amejorar tolerancia a los alimentos. Recibe soporte nutricional mediante TPN. Ya se inició trámite administrativo para continuar TPN mediante homecare. Pendiente autorización por entidad de salud. En el momento, en acpetables condiciones generales. Con diarrea intermitente que viene en mejor control. No picos febriles, macrohemodinámicamente estable. Debe continuar manejo intrahospitalario. Atentos a evolución.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.11.2020

Hora Registro: 14:24:40

Responsable: ALDANA DIAZ, JOSE LUIS

Especialidad: GRUPO SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

SOPORTE NUTRICIONAL ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - EDAD 44 AÑOS

DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO 1. VIH 1.1 CD4 440 2. SINDROME DE

MALAABSORCIÓN 2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO 3. SINDROME

DIARREICO CRÓNICO 4. HIGADO GRASO CON ESTEATOSIS DEL 90% SIN

FIBROSIS Seguimiento soporte nutricional Manejo en hospitalización general

Permanece afebril Recbe vía oral. Adecuada tolerancia Se considera mantener nutrición parenteral suplementaria cíclica como estrategia para mejorar estado nutricional: Desnutrición severa en consideración con pérdida de peso (> 20% de peso corporal), edema, sarcopenia, hipoalbuminemia severa. Peso 60 Kg.

Prescripción con 16 Kcal/kg día y 1 g/kg día de proteína 42% como carbohidratos, 25% com proteína. 33% como grasas. Trámite de manejo domiciliario en curso. Probable egreso este fin de semana. JOSE LUIS ALDANA DÍAZ SOPORTE NUTRICIONAL

**

**

**

Alta Médica

Fecha Registro: 21.11.2020

Hora Registro: 16:37:01

Responsable: MALDONADO LOZANO, JUAN MANUEL

Especialidad: MEDICINA GENERAL - MEDICINA GENERAL - MEDICINA GENERAL -

Tipo Alta

Mejoría

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

Recomendaciones

Diagnóstico Alta

K909 - MALABSORCION INTESTINAL, NO ESPECIFICADA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7620667

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
10.11.2020	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA
10.11.2020	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA
10.11.2020	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA
10.11.2020	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA
10.11.2020	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA

10.11.2020	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA
10.11.2020	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA
10.11.2020	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA
10.11.2020	903813	CLORO	UT Bioquimica	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA
10.11.2020	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA
10.11.2020	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	ALEXANDER JAIR SINNING ZABALETA
10.11.2020	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA
10.11.2020	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENER AL	UE Urgencias adulto	GABRIEL GAVIRIA VALDERRAMA
11.11.2020	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Gastroenterologia	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA
11.11.2020	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
11.11.2020	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
11.11.2020	389103-13	INSERCIÓN DE CATETER PICC Paciente Hospi talario y Cirugia	UT Prog. Terapia Intravenosa	JOSE LUIS ALDANA DIAZ

11.11.2020	903065	PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)	UT Inmuno y P. Especiales	DANIEL CAMILO LOPEZ RINCON
11.11.2020	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Nutricion	LADY TATIANA CHAMORRO LOMBANA
11.11.2020	990104- 81	VALORACION POR ENFERMERA PROGRAMA PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
11.11.2020	890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUI ATRIA	UT Siquiatria	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
12.11.2020	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Gastroenterologia	ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ
13.11.2020	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	ISABELLA ORTEGA MAYA
13.11.2020	965901- 26	CURACION PICC POR ENFERMERIA	UT Prog. Terapia Intravenosa	CLAUDIA PERDOMO RODRIGUEZ
13.11.2020	908832	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL	UT Microbiologia	NELSON EMILIO SAID FIERRO
13.11.2020	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	UT Inmuno y P. Especiales	NELSON EMILIO SAID FIERRO
14.11.2020	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
14.11.2020	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
14.11.2020	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
14.11.2020	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
14.11.2020	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
14.11.2020	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JOSE LUIS ALDANA DIAZ
14.11.2020	903883- 001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	NATALIA ARIAS ROA
14.11.2020	890402		UT Fisiatria	

		INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS		ELIANA EUGENIA ROJAS DIAZ
14.11.2020	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	UT Psicologia	ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES
15.11.2020	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA
15.11.2020	903813	CLORO	UT Bioquimica	ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA
15.11.2020	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA
15.11.2020	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA
15.11.2020	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA
15.11.2020	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ALVARO JOSE MARTINEZ VALENCIA
15.11.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	SANDRA MILENA ESCOBAR MELENDEZ
15.11.2020	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
16.11.2020	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
16.11.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	MARCELA SEPULVEDA TAQUEZ
17.11.2020	903813	CLORO	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES

17.11.2020	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
17.11.2020	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
17.11.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	CAROLINA TELLEZ CARDENAS
17.11.2020	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	ISABELLA ORTEGA MAYA
17.11.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	CAROLINA TELLEZ CARDENAS
17.11.2020	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
17.11.2020	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MILENA RUIZ MORALES
18.11.2020	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
18.11.2020	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
19.11.2020	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	ISABELLA ORTEGA MAYA
19.11.2020	990204-46	EDUCACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONAL EN CASA	UT Valoraciones Asistenciales	CAROLINA TELLEZ CARDENAS
19.11.2020	890605-81	VALORACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONA L	UT Valoraciones Asistenciales	CAROLINA TELLEZ CARDENAS
19.11.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	JOHANA ALEXANDRA MILLAN QUIÑONES
20.11.2020				

	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
20.11.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	JOHANA ALEXANDRA MILLAN QUIÑONES
20.11.2020	965901-26	CURACION PICC POR ENFERMERIA	UT Prog. Terapia Intravenosa	YESICA VIVIANA MOSCOSO ARANGO
21.11.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	MARCELA SEPULVEDA TAQUEZ
21.11.2020	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7620667

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsa
12.11.2020	09:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D.
12.11.2020	09:00	CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D.
12.11.2020	09:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D.
12.11.2020	09:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	250.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D.
12.11.2020	09:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	140.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D.
12.11.2020	09:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D.
12.11.2020	09:00	AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO	600.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D.
12.11.2020	09:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D.

12.11.2020	09:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
12.11.2020	11:00	OMEPRAZOL 20MG CAPSULA	20.00	MG	VIA ORAL	C/24H	JOSE LUIS ALDANA D
12.11.2020	23:00	MIRTAZAPINA 30MG TAB RECUBIERTA	15.00	MG	VIA ORAL	C/24H	JUAN MANI MALDONAI LOZANO
13.11.2020	09:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
13.11.2020	09:00	CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
13.11.2020	09:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
13.11.2020	09:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
13.11.2020	09:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	250.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
13.11.2020	09:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	140.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
13.11.2020	09:00	AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO	600.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
13.11.2020	09:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
13.11.2020	09:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
14.11.2020	10:00	AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO	600.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
14.11.2020	10:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	140.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
14.11.2020	10:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	250.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
14.11.2020	10:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
14.11.2020	10:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	

							MARIA PAL ECHAVARR DAVID
14.11.2020	10:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
14.11.2020	10:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
14.11.2020	10:00	CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
14.11.2020	10:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
14.11.2020	11:00	SOLK PERIFERICO 0,04MEQ/ML x250ML EN SSN	250.00	ML	INTRAVENOS	C/5H	ANGELICA GISELLE BADILLO MORALES
15.11.2020	09:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
15.11.2020	09:00	CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
15.11.2020	09:00	AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO	600.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
15.11.2020	09:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
15.11.2020	09:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
15.11.2020	09:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
15.11.2020	09:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	160.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
15.11.2020	09:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
15.11.2020	09:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	240.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
15.11.2020	09:00		20.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	

		POTASIO CLORURO 2MEQ/ML AMP 10ML					JOSE LUIS ALDANA D.
16.11.2020	10:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
16.11.2020	10:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML AMP 10ML	20.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
16.11.2020	10:00	CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
16.11.2020	10:00	AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO	600.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
16.11.2020	10:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
16.11.2020	10:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	240.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
16.11.2020	10:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
16.11.2020	10:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
16.11.2020	10:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	160.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
16.11.2020	10:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
17.11.2020	08:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
17.11.2020	08:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
17.11.2020	08:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML AMP 10ML	20.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
17.11.2020	08:00		10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	

		ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML					MARIA PAL ECHAVARR DAVID
17.11.2020	08:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
17.11.2020	08:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
17.11.2020	08:00	CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
17.11.2020	08:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	240.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
17.11.2020	08:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	160.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
17.11.2020	08:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
17.11.2020	08:00	AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO	600.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA PAL ECHAVARR DAVID
17.11.2020	11:00	SULFATO DE MAGNESIO 20% 2G/10ML	6000.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO
18.11.2020	07:00	GLICEROFOSFATO 216 MG/ML VI 20 ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
18.11.2020	07:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	160.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
18.11.2020	07:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
18.11.2020	07:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN

18.11.2020	07:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
18.11.2020	07:00	AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO	600.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
18.11.2020	07:00	CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
18.11.2020	07:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML AMP 10ML	20.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
18.11.2020	07:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
18.11.2020	07:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
18.11.2020	07:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	240.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
19.11.2020	07:00	DOLUTEGRAVIR 50 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO
19.11.2020	07:00	TENOFOVIR DISOPROXILFUMARA 300MG + EMTRICITABINA 200MG TAB	500.00	MG	VIA ORAL	C/24H	SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO
19.11.2020	09:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	240.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA CAMILA TOBAR SAAVEDRA
19.11.2020	09:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	160.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA CAMILA TOBAR SAAVEDRA

19.11.2020	09:00	AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO	600.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA CAMILA TOBAR SAAVEDRA
19.11.2020	09:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA CAMILA TOBAR SAAVEDRA
19.11.2020	09:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA CAMILA TOBAR SAAVEDRA
19.11.2020	09:00	CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA CAMILA TOBAR SAAVEDRA
19.11.2020	09:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA CAMILA TOBAR SAAVEDRA
19.11.2020	09:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	MARIA CAMILA TOBAR SAAVEDRA
20.11.2020	08:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	240.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
20.11.2020	08:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
20.11.2020	08:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	160.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
20.11.2020	08:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
20.11.2020	08:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN

20.11.2020	08:00	AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO	600.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
20.11.2020	08:00	CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
20.11.2020	08:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	ALBERTO FEDERICO GARCIA MARIN
21.11.2020	09:00	DEXTROSA 50% / 500 ML	240.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
21.11.2020	09:00	(TPN) MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
21.11.2020	09:00	ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
21.11.2020	09:00	ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML	160.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
21.11.2020	09:00	MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI	5.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
21.11.2020	09:00	VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
21.11.2020	09:00	AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO	600.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
21.11.2020	09:00	CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY	10.00	ML	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D
21.11.2020	09:00	TPN CENTRAL ADULTO	1.00	UN	INTRAVENOS	INFOTPN	JOSE LUIS ALDANA D

Epicrisis

Fecha Registro: 10.11.2020

Hora Registro: 16:24:30

Responsable: ESTRADA LONDOÑO, SEBASTIAN

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO
 Historia Clínica : 0000527134
 Episodio: 0007620667
 Documento de identificación : .CC .7702874
 Edad : 44Años
 Sexo: M
 Entidad: SERVICIO OCCID. DE SALUD
 Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias C. prioritaria
 Fecha ingreso: 10.11.2020
 Hora ingreso: 16:10:55
 Medico Tratante : GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO
 Especialidad: INFECTOLOGIA

Fecha de Egreso: 21/11/2020 . .

Diagnósticos de ingreso:

K909 .MALABSORCION INTESTINAL, NO ESPECIFICADA

Diagnósticos de egreso:

K909 .MALABSORCION INTESTINAL, NO ESPECIFICADA

Causa de admisión y enfermedad actual:

INFECTOLOGÍA

ALEXANDER MARIN LARRAHONDO - CC: 7702874 - EDAD: 44 AÑOS

FI: 10.11.2020

DIAGNÓSTICOS

1. VIH, CD4 440 cel/ml, CV: NO DETECTABLE

-TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA

2. SÍNDROME DE MALABSORCIÓN

2.1 ANTECEDENTE DE BYPASS GASTRICO

3. SINDROME DIARREICO CRÓNICO

4. HÍGADO GRASO CON ESTENOSIS DEL 90% SIN FIBROSIS

5.Hipokalemia (R)

ANTECEDENTES

-PATOLÓGICOS: ENFERMEDAD AVANZADA POR HIV , SD DE MALABSORCIÓN
 SECUNDARIO A CX BARIATRICA SLEEVE GÁSTRICO 2014 , BYPASS GÁSTRICO
 14/05/2017 ; EFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS POR EFAVIRENZ , TX DE
 ANSIEDAD

GENERALIZADA, HIPERSOMNIA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO,
 HIPOALBUMINEMIA,
 TVP 2017, POLINEUROPATIA MIXTA AXONAL DESMIELINIZANT , VOLVULUS
 /
 DÉFICIT DE VITAMIN D

-ALÈRGICOS: TMS
 -QUIRÙRGICOS: CX BARIATRICA SLEEVE GASTRICO 2014 , BYPASS
 GASTRICO

14/05/2017, COLELAP, CIRCUNSION , REFRACTIVA
 -TRASFUSIONALES: NIEGA
 -TRAUMÀTICOS: FX DE AMBOS RADIOS / REDUCCIÓN CERRADA
 TTO: DOLUTEGRAVIR Y TENOFOVIR/EMTRICITABINA

EXAMEN FÌSICO: Paciente en aceptables condiciones generales.

SIGNOS VITALES:

T: 35.5 C, FC: 69 lpm, FR: 20 rpm, PA: 84/53 mmHg, PAM 63.3 mmHg,
 SO2
 98%

PARACLÍNICOS

-17.11.2020 Na 142.1 K 3.79 Cl 110.7 Mg 1.79 P 3.78
 -15.11.2020 Cr:0,6 Bun:10 Na:141 K:3,3 CL:111 Mg:1,7
 -14.11.2020 Cr:0,7 Bun:8,9 Na:143 K:3,2 Mg:1,8 P:4,0 Carga viral
 VIH: no
 detectada
 - 12.11.2020: Serologia RPR no reactiva, carga viral en proceso
 -10.11.2020: Leucos 3160, N 920, L 2000, Hb 11.4, plq: 102.000, BUN

20.5, Cr: 0.94, ALT 81.1, AST 52.2, Na: 142, K: 4.05, Albumina 2.
 Na:
 142, K: 4.05, Cloro 109, IgA transglutaminasa: 0.5 (neg), IgA
 Antigliadina: 1.4 (neg)

IMAGENES

- 11.11.2020 Rx de Tórax: No evidencia de infiltrados ni
 consolidaciones, dentro de límites normales.

CONCEPTO:

Paciente de 44 años, con antecedente de VIH y obesidad mórbida, se

realizó inicialmente sleeve gástrico en 2014 pero con recuperación de peso, por lo cual requirió bypass en 2017 con posterior desnutrición

proteicocalórica.

Actualmente hospitalizado para manejo integral por gastroenterología y

soporte nutricional. Ya se inició manejo con nutrición parenteral y hoy

soporte nutricional realizó ajuste a fórmula nutricional.

Tiene serología negativa, carga viral de VIH no detectable y último

recuento de CD4 de 440 cel/ml. Sin evidencia de otras infecciones asociadas. Tiene diarrea de causa no infecciosa.

En el momento en aceptables condiciones generales, con soporte nutricional, no picos febriles, mejoría de la diarrea.

Últimos paraclínicos con electrolitos adecuados.

Se inició trámite administrativo para manejo ambulatorio mediante homecare de su nutrición y rehabilitación.

Atentos a evolución.

Nutrición parenteral domiciliaria

Peso actual 60 Kg

Peso usual (Febrero 2020 85 Kg)

Indicaciones

Acceso vascular

PICC bilumen Miembro superior derecho. Lumen exclusivo para tpn (este

acceso vascular debe entregarse al homecare que asume el manejo ambulatorio- formato de entrega institucional de catéteres)

Administración: Cíclica 12 horas

Prescripción

Macronutrientes

DEXTROSA 50% / 500 ML .240 cc 120 g 408 KCal

ACIDO GRASO / OMEGA 3 20% -100ML .160 cc 32 g 320 KCal

AMINOACIDOS 10% CON ELECTROLITOS 500ML FCO 600 cc 60 g 240 KCal

Micronutrientes

ELEMENTOS TRAZA VIAL 10ML . 10 cc

MVI. CONCENTRADO 25000 UI/5ML VI .5 cc

VITAMINA C ACIDO ASCORBICO 500MG/5ML AMP 5ML .10 (1 g)

CALCIO GLUCONATO 10% 10ML SOL INY . 10 cc (1 g)

SULFATO DE MAGNESIO 10MI SOL INY 5 CC (1G)

Prescripción con 16 Kcal/kg día y 1 g/kg día de proteína

42% como carbohidratos, 25% com proteína. 33% como grasas

Plan

Nutrición parenteral domiciliaria cíclica (12 horas)

Recuperación nutricional, plazo aprox 8 a 12 semanas

Se realizará análisis de composición corporal con impedancia eléctrica

basal

Paraclínicos de control semanal: Na, K, Mg, P, BUN, creatinina

Parac 'linicos de seguimiento quincenal: F alcalina, transaminasas

, bilirrubinas**** Se propone seguimiento cercano de perfil hepático

considerando historia de esteatosis. Pruebas funcionales basales normales.

Paraclínicos de seguimiento mensual: Albúmina, triglicéridos, colesterol

total, hemograma, GGT

Análisis de composición corporal 8 semanas

HEMOCARE

TRASLADO EN AMBULANCIA BASICA A SU DOMICILIO

VALORACION DOMICILIAIRIA POR NUTRICION EN 7 DIAS

VISITA MEDICA EN 7 DIAS

CURACIONES DE PICC EN 7 DIAS
 APLICACIÓN DE TPN SEGÚN RECOMENDACIONES ANEXA POR SOPORTE
 NUTRICIONAL
 TERAPIA FISICA 3 VECES POR SEMANA
 BOMBA DE INFUSION
 TERAPIA OCUPACIONAL 3 VECES A LA SEMANA

Fecha de egreso: 21.11.2020
 Hora de egreso: 18:52:39
 Servicio de Egreso: . . . UE T1 P8 hospitalizacion

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:
 | Dosis | Unid. | Via | Ciclo | Fecha Ini. | Fecha Fin. | Cant. | Unid. | Nombre
 medicamento |
 | 15.000 | MG | VIA ORAL | C/24H | 20201112 | 20201122 | 8.000 | TAB |
 | MIRTAZAPINA 30 MG TAB RECUBIERTA

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:
 | Cantid. | Unid | Insumos/procedimientos |
 | 1.000 | ST | PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO
 CEREBRAL NATRIURETICO) |

Atentamente,

DR. SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO
 MEDICINA GENERAL
 ID: 1144057997
 REG: 1144057997

EPISODIO: 7730506

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 15.12.2020

Hora Registro: 16:37:42

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 44 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2020.Dic.15 Edad: 44 Años
 DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Mar.18 PPD 0 MM 2019.Mar.15
 BLIPS ? 2018.Dic.17 NIVELES DE VITAMINA D 18.7 NG/ML 2018.Ene.19 PPD 0
 MM 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04
 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO
 NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR +
 TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO
 GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS
 TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18
 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG
 NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV +
 TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM
 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA
 HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA
 BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2020.Nov.17 - CARGA VIRAL HIV: 0
 Copias / ml 2020.Nov.17 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 440 Células / ml Paciente
 quien tiene un diagnóstico de una infección avanzada por el virus de la
 inmunodeficiencia humana, en una pauta con Dolutegravir asociado a
 tenofovir/emtricitabina sin problemas en la dispensación; 2. Efectos neuro-
 psiquiátricos por el Efavirenz; 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno
 de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva
 del sueño. 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017). 8. Tiene
 una PPD en 0 mm (2018). 9. poli neuropatía mixta, axonal y desmielinizante.
 10. Vólvulos. 11. Déficit de vitamina D. Quien se encuentra en seguimiento en
 relación a un desequilibrio nutricional metabolica, ha ganado peso, es portador
 del catéter de nutrición parenteral derecho. Tiene del 09.12.2020 unos
 recuentos de CD4 490 (40%), niveles de vitamina B12 574, niveles de vitamina
 D 25-0h 17.9, CPK 41, calcio 8.09, cloro 107, potasio 3.82, sodio 138,
 Albumina 2.76 g/dL, ALT/AST 98/86 U/L, LDH 187, triglicéridos 54 mg/dL,
 bilirrubina total 0.48 mg/DL, leucocitos 3560, linfocitos 1150, hgb 9.5 g/dl,
 hematocrito 31.4, MCV 101 plaquetas 214.000, no tengo disponible CV-VIH.
 Análisis y plan: 1. 1. Paciente con adecuado control inmunológico y virológico,
 control en 1 mes con CV-VIH para evaluar la respuesta virológica. 2. Se
 entrega receta de medicamentos. 3. Se da orden de evaluación por
 hematología. o Orden para próxima cita por Infectología en 30 días.
 Interconsulta por Infectologia Adultos, Hematologia o Orden de exámenes:
 Coombs Directo, Extendido De Sangre Periferica, Ldh (Deshidrogenasa
 Lactica), Hemograma Completo (plaquetas Y Volumenes), Carga Viral Para Hiv,

Ferritina Serica o Prescripción: Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Válida por 6 meses. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

ENFERMEDAD ACTUAL

.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 44 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2020.Dic.15 Edad: 44 Años
 DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Mar.18 PPD 0 MM 2019.Mar.15 BLIPS ? 2018.Dic.17 NIVELES DE VITAMINA D 18.7 NG/ML 2018.Ene.19 PPD 0 MM 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR + TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV + TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2020.Nov.17 - CARGA VIRAL HIV: 0 Copias / ml 2020.Nov.17 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 440 Células / ml Paciente quien tiene un diagnóstico de una infección avanzada por el virus de la inmunodeficiencia humana, en una pauta con Dolutegravir asociado a tenofovir/emtricitabina sin problemas en la dispensación; 2. Efectos neuro-psiquiátricos por el Efavirenz; 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva del sueño. 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017). 8. Tiene una PPD en 0 mm (2018). 9. poli neuropatía mixta, axonal y desmielinizante.

10. Vólvulos. 11. Déficit de vitamina D. Quien se encuentra en seguimiento en relación a un desequilibrio nutricional metabólica, ha ganado peso, es portador del catéter de nutrición parenteral derecho. Tiene del 09.12.2020 unos recuentos de CD4 490 (40%), niveles de vitamina B12 574, niveles de vitamina D 25-0h 17.9, CPK 41, calcio 8.09, cloro 107, potasio 3.82, sodio 138, Albumina 2.76 g/dL, ALT/AST 98/86 U/L, LDH 187, triglicéridos 54 mg/dL, bilirrubina total 0.48 mg/DL, leucocitos 3560, linfocitos 1150, hgb 9.5 g/dl, hematocrito 31.4, MCV 101 plaquetas 214.000, no tengo disponible CV-VIH. Análisis y plan: 1. 1. Paciente con adecuado control inmunológico y virológico, control en 1 mes con CV-VIH para evaluar la respuesta virológica. 2. Se entrega receta de medicamentos. 3. Se da orden de evaluación por hematología. o Orden para próxima cita por Infectología en 30 días. Interconsulta por Infectología Adultos, Hematología o Orden de exámenes: Coombs Directo, Extendido De Sangre Periferica, Ldh (Deshidrogenasa Lactica), Hemograma Completo (plaquetas Y Volumen), Carga Viral Para Hiv, Ferritina Serica o Prescripción: Dolutegravir, Tabletas, 50 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Tenofovir / Emtricitabina, Tabletas, 300/200 Mg, 1 Tableta Diaria, 30 Dias * Válida por 6 meses. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7730506

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
15.12.2020	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	Tele Cons Infectologia	ANA MARISOL PAZ CAÑAVERAL

EPISODIO: 7737812

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 17.12.2020

Hora Registro: 13:29:05

Responsable: CHARRIS CASTRO, YASELIS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

valoración de la composición corporal

ENFERMEDAD ACTUAL

paciente control por cirugía bariátrica Dra. Dorado y Nutrición Lina Vargas se realiza valoración de la composición corporal ANTROPOMETRIA Peso actual: 61.9 kg Talla: 177 cm IMC: 19.8 Diagnóstico nutricional: desgaste proteico calórico DIAGNOSTICO NUTRICIONAL BIOIMPEDANCIA: FECHA: 17/12/20 PESO: 61.9 ACT: 37.4 AIC: 22 AEC: 15.4 MM: 26.6 TMB: 1466 AGV: 50.6 CMO: 3.27 PROTEINA: 9.5 MINERALES: 3.81 GRASA CORP: 11.2 MLG: 50.7 MASA MAGRA: 47.4 PGC: 18 ACT/MLG: 73.6 CINTURA: 63.3 A DE FASE: 3.6 CONTROL DE PESO: PESO OBJETIVO: 68.9 CONTROL DE PESO: +7 CONTROL DE GRASA: -0.8 CONTROL MUSCULAR: +7.7 *SIGLAS USADAS: MLG: masa libre de grasa, MM: musculo esquelético, AGV: area grasa visceral, MME masa musculo esquelética. TMB tasa metabólica basal, MGC masa grasa corporal, PGC: porcentaje de grasa corporal ACT: actividad de agua total AIC: agua intracelular AEC: agua extracelular, CMO: contenido mineral óseo paciente a quien se le realiza valoración de la composición corporal, se explica procedimiento, previamente se desinfecta equipo: se realiza impedancia encontrando % de grasa, agv y grasa total dentro de rangos, muy baja masa muscular, al igual que baja CMO Y MME, con act de agua corporal total elevada en miembros inferiores, con angulo de fase muy bajo. act dentro de parametros. pero distribución poca en miembros inferiores y mayormente en miembros superiores.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

paciente a quien se le realiza valoración de la composición corporal, se explica procedimiento, previamente se desinfecta equipo: se realiza impedancia encontrando % de grasa, agv y grasa total dentro de rangos, muy baja masa muscular, al igual que baja CMO Y MME, con act de agua corporal total elevada en miembros inferiores, con angulo de fase muy bajo. act dentro de parametros. pero distribución poca en miembros inferiores y mayormente en miembros superiores.

DIAGNÓSTICOS

Z713 - CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA D E LA DIETA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7737812

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
17.12.2020	890206-002	ANALISIS DE COMPOSICION CORPORAL POR IMP EDANCIA	UT Nutricion	NAREN DARYANETH CASTILLO SUAREZ

EPISODIO: 7741905**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 18.12.2020

Hora Registro: 14:06:29

Responsable: GUERRERO DUQUE, STELLA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

44 años F331 F418 B24X Desvenlafaxina 100mg/ día Asiste por Telemedicina y proporciona la información. Confiabilidad buena.

ENFERMEDAD ACTUAL

Control 18 Diciembre 2020 SUBJETIVO: Último control 30 Octubre 2020 cuando se le indicó control en quince días. Fue hospitalizado por sintomatología constitucional "lo único malo fue la restricción de visitas por pandemia". Afirma que siente ansiedad "de verme así, ..., me da por comer y comer a ver si aumento de peso rápido antes de entrar al trabajo". Está preocupado por la actitud sobreprotectora de su familia lo que ha aumentado el malestar y la irritabilidad. OBJETIVO: Está semisentado en su cama, con aspecto cuidado, caquéctico, es colaborador, amable y establece contacto visual con el entrevistador. Alerta, euproséxico, orientado, sin compromiso evidente de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. No observo alteraciones motoras. Afecto modulado de fondo depresivo, resonante, congruente. Eulálico. Pensamiento lógico, coherente, preocupación sobre su estado de salud, niega ideas de muerte y de suicidio, no se observan ideas delirantes. Niega alteraciones de la sensopercepción. Juicio y Raciocinio debilitados por el afecto. Introspección parcial. Prospección incierta.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

ANALISIS: Paciente con antecedente de trastorno depresivo en manejo con antidepresivo dual con buenas adherencia y tolerancia. Ha recibido manejo anteriormente con Fluoxetina y Amitriptilina también. Reinició la Desvenlafaxina en Septiembre por reactivación de síntomas. En la evaluación de hoy encuentro reducción de síntomas depresivos aunque persiste la ansiedad. Dado que aún tiene efectos gastrointestinales considero la posibilidad de que la Desvenlafaxina pueda tener algún efecto. PLAN: Realizo intervención de contención emocional. Discutimos opciones terapéuticas y acordamos suspender Desvenlafaxina e iniciar Mirtazapina 30mg/ noche. Insisto en psicoterapia por Psicología. Control por Psiquiatría un mes (Enero). Solicito valoración por Psicología de familia.

DIAGNÓSTICOS

F331 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE

F418 - OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICAD OS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7741905

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
18.12.2020	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Tele Cons Siquiatria	LINDA LORENA ROSERO LEMOS

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7741905

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
18.12.2020	14:14	MIRTAZAPINA 30MG TABLETA	30.00	MG	VIA ORAL	C/24H	STELLA GUERRERO DUQUE

EPISODIO: 7798758

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 14.01.2021

Hora Registro: 13:13:20

Responsable: ESCOBAR CARDENAS, DIANA MARCELA

Especialidad: TRASPLANTE HEPATICO - HEPATOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

control poteleconsulta contingencia covid 19

ENFERMEDAD ACTUAL

vive en cali. asiste solo. atendido por twlwconsutal contingencia covid 19

Diagnósticos: - esteoheptitis o alcoholica. deficiencia en la absorción de vitamina k enfermedad actual: paciente con historia de hiv, obesidad con imc 37 con sleeve gástrico en el 2014 por recuperación del peso e llevo a bypas en 2017. estuvo desnutrido con 48 kilos. Ahora consulta por dolor abdominal con evidencia de antecedentes: - patológicos: hiv, obesidad, desnutrición. - quirúrgicos: colelap, bypass gástrico # 2 - farmacológicos: dolutegrovir+ tenofovir emtricitabina. - niega otros. examen físico: peso 76 kg 120/ 70 mmHg 20 paraclínicos: 09.01.2021: lab 3.8 glu 89 cpk 58 hierro 89 proteínas 6.7 calcio 8.9 ácido fólico 12 vitamina 6.3 vitamina d 25oh 11 leucos: 410 hgb 11.9 pla 193.000 pt 10.3 inr 0.89 ferritina 279 cr 0.6 cl ototal 136 hdl 35 alt 95 ast 57 fa 57 fa 139 ldh 195 01.10.2020: leucos 3400 hgb 13 pla 135.000 tsh 2.3 vitamina d 15.2 vitamina b 12 603 serología no reactiva. col total 57 hdl 23 bbt 1.1 bbd 0.8 alt 85 ast 64 fa 149 proteína 5.4 alb 2.8 k 3.39 15.07.2020: ast 66 alt 82 fa 174 ggt 209 IgG 15.5 27.16.2020: leucos 3100 n 1400 pt 21 inr 2.1 ig 15 pla 100.000 bbt 0.69 bbd 0.39 fa 172 13.06.2020: pt 22 inr 1.89 anti HCV (-) anti hbc(+) ANti hbs(-) aghbs(-) ggt 80 IgG 14.79 Linfocitos T 1569 asmas 1:80 asmas negativos. 23.05.2020: leucos 5090 hgb 14 pla 100.000 vit d 10.1 vitamina b12 167 ferritina 208 uroanálisis normal. bbt 1.03 bbd 0.42 alt 96 ast 69 fa 142 proteínas totales 6.2 alb 3.87 nk 3.79 cl 106 calcio 8.5 glu 86 cr 0.83 col total 57 hdl 21.7 ldl 26.5 tg 44 hgb1c 5.3% imagen: junio 2020: Opinión Esteatosis hepática. Quistes hepáticos de aspecto simple. Cambios quirúrgicos de gastrectomía total con anastomosis esófago entera Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualizada en escanografía del 25/04/2020. tac de abdomen contrastado: hígado normal. endoscópicos: sin varices esofágicas. biopsia hepática junio 2020: En los cortes histológicos teñidos con HE, PAS, tricromico, orceína retículo y Fe. Se identifica tejido hepático con presencia 7 espacios porta y 7 venas centrales. Hay ocasional infiltrado inflamatorio de tipo linfoplasmocitario en los espacios porta, sin actividad de unión. Se observa adecuada relación vena, arteria, conducto en

los espacios porta sin colangitis. Escasos hepatocitos pericentrales principalmente, muestran balonamiento con estatis de gota gruesa en el 90% con ocasionales cuerpos de Mallory Desk . No se observan acumulos de celulas inflamatorias en el intersticio. No hay fibrosis, lo cual se realiza con las coloraciones de reticulo, orceina y tricromico . La coloracion de PAS muestra macrofagos seroides periportales . La coloracion de hierro es negativa para depositos. Gradacion de esteatohepatitis no alcoholica (Kleiner DE. Brunt EM) Grado de esteatosis : 3: Mayor de 66% Inflamacion Lobular 0: Ninguna Balonamiento hepatocelular 2.Leve TOTAL 5/9 Fibrosis 0. Ninguna

DIAGNÓSTICO Hígado – Lesión - Biopsia ESTEATOHEPATITIS DEL 90% SIN FIBROSIS. Comentario: Excluido consumo de alcohol, las causas de esteatohepatitis no alcoholica (NASH) son múltiples entre ellas toxicidad a los medicamentos, hepatitis viral obesidad, desordenes metabolicos, desordenes nutricionales, enfermedades sistemicas, desordenes endocrinos o metabolicos no relacionados con la insulina, diverticulosis con sobrecrecimiento bacteriano e isquemia entre otros. Analisis y plan: paciente con elevacion de las aminotransferasas con analisis positivos tiene ademas diarrea crónica. el perfil hepatico esta mejor con presencia de disminucion de las aminotransferasas con presencia de mejoría. el paciente anteriormente ha tenido deficiencia de vitamina K. se recomienda continuar con el manejo. se ordena la vitamina K para continuar manejo. se explica.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANÁLISIS Y CONDUCTA

ver hc

DIAGNÓSTICOS

K746 - OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7798758

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
14.01.2021	890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	Tele Cons Hepatologia	LEIDY YOHANA PIANDA POPAYAN

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7798758

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
14.01.2021	13:16	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 10MG/ML AMP 1ML	10.00	MG	INTRAVENOS	C/30 DIAS	DIANA MARCELA ESCOBAR CARDENAS

EPISODIO: 7801771**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 15.01.2021

Hora Registro: 10:20:59

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

N: Neiva O/P: Cali Ocupación: médico ANT: Patológicos: obesidad, HIV, diarrea crónica, déficit de VD y B12 Farmacológicos: antirretrovirales, VD 50000 UI, pancreatina 2 tab tid, loperamida 2 tab tid y colestiramina de rescate Quirúrgicos: manga gástrica en 2014, estenosis que requirió bypass gástrico más colelap en 2017 Alérgicos: TMT/SMX (dermatosis y disnea) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 4 deposiciones diarias, Bristol 7 Fliares: HTA (madre) EA: consultó el 07.07.2020 en relación con cuadro crónico consistente en diarrea sin sangre la cual inició después del bypass gástrico más colecistectomía. Ha sido estudiado con estudios endoscópicos sin hallazgos anormales, tiene una manometría anorrectal de noviembre de 2018, ordenada por incontinencia fecal, en donde se documentó hipotonía del esfínter anal interno. Recibe loperamida como antidiarréico sin observar mejoría razón por la cual decide pedir concepto a un gastroenterólogo distinto al que lo venía manejando hasta ahora. Lo enfoqué como un paciente con diarrea crónica cuyo inicio coincidió con la realización del byass gástrico y la colecistectomía. Sin embargo el manejo con colestiramina más loperamida, indicados en estos casos, no ha logrado controlar la enfermedad. Prescribí aluminio hidróxido 10 cc vía oral cada 8 horas como manejo sintomático por ahora. Decidí descartar noxas metabólicas e infecciosas. Solicité TSH, PTH, electrolitos, niveles séricos de vitaminas, calprotectina fecal, coproscópico y

coprocultivo. Se hace control el 28.07.2020, el paciente refiere mejoría parcial de los síntomas, ha notado que las deposiciones de la mañana y la tarde son más consistentes que las de la noche. Prescribí aluminio con lo cual ha habido mejoría parcial. Llamaba la atención que las deposiciones de la mañana sean más consistentes que las de la noche, razón por la cual es plausible considerar insuficiencia pancreática exocrina como una posible etiología. Inicié reposición con proteasa/amilasa/lipasa 50.000 UI prandiales. Se descartó patología metabólica, pero tenía una calprotectina levemente elevada lo cual obligaba a descartar patología inflamatoria intestinal. En este sentido ordené endoscopia digestiva superior y colonoscopia, contaba con una resonancia magnética abdominal de junio de 2020 sin hallazgos relevantes en asas delgadas. En teleconsulta de control en septiembre de 2020, el paciente refiere persistencia de la diarrea con incontinencia nocturna. Tiene endoscopia digestiva superior en donde se reporta posible atrofia de la mucosa yeyunal, sin embargo la biopsia sólo mostró inflamación crónica leve inespecífica. La colonoscopia fue normal al igual que las biopsias de íleon y colon. Se hace teleconsulta de control en enero de 2021, el paciente refiere que está con nutrición parenteral en la noche y vía oral astringente durante el día, se queja de deposiciones lientéricas justo después de ingerir alimentos. Cuenta con exámenes de tamización en sangre normales a excepción de vitamina D en 11 ng/mL. Tiene pendiente reporte de ácido 5 OH indolacético, selenio, zinc, vitamina A, B1 y B6. Serología para celiaquía negativa. RxS: pérdida de peso de aproximadamente 10 kg en los últimos 3 años. Paraclínicos: - COLONOSCOPIA (12.01.2018): ILEON TERMINAL NORMAL: ver biopsias. COLON NORMAL: ver biopsias. - BIOPSIA (16.01.2018): A. MUCOSA DE ÍLEON. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS, ILEITIS, ATROFIA -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO B. MUCOSA COLÓNICA. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA. -HIPERPLASIA LINFOIDE REACTIVA. -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS. -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO - MANOMETRÍA ANORRECTAL (08.11.2018): 1. HIPOTONIA DEL ESFINTER ANAL INTERNO. - EDS (29.05.2020): "BYPASS GASTRICO" - RMN ABDOMINAL (25.06.2020): Esteatosis hepática. Quistes hepáticos de aspecto simple. Cambios quirúrgicos de gastrectomía total con anastomosis esófago enteral. Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualizada en escanografía del 25/04/2020. - EXÁMENES DE JULIO/2020: **Calprotectina 207.7 ug/g **COPROCULTIVO: crecimiento de microbiota gastrointestinal en medios sólidos y líquidos. Negativo para: Aeromonas spp, Plesiomonas spp, Salmonella spp. y Shigella spp. No se

observa colonización del cultivo. **PARATHORMONA 48.20 pg/mL
 **CORTISOL II BASAL 12.40 ug/dL **IgA INMUNOGLOBULINA A 2.82 g/L -
 EDS (24.08.2020): 1. EVIDENCIA DE ESTÓMAGO INTERVENIDO. 2.
 ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA AMPLIA Y SIN LESIONES. 3. ATROFIA DE
 MUCOSA YEYUNAL A DESCARTAR: BIOPSIAS. - BIOPSIAS (27.08.2020):
 YEYUNO; BIOPSIA: - INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA - MUESTRA
 NEGATIVA PARA DISPLASIA O MALIGNIDAD. -NO SE OBSERVAN
 MICROORGANISMOS EN LA MUESTRA - COLONOSCOPIA (07.09.2020): 1.-
 ÍLEO COLONOSCOPIA TOTAL NORMAL. - BIOPSIAS (09.09.2020): A. MUCOSA
 DE ÍLEON - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. B. MUCOSA DE
 COLON ASCENDENTE - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. EF: no se
 realiza ya que el contacto es a través de teleconsulta.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANÁLISIS Y CONDUCTA

Paciente con diarrea crónica cuyo inicio coincidió con la realización del byass gástrico. Por tal motivo solicité medición de todos los oligoelementos y vitaminas relacionadas con diarrea poscirugía bariátrica, incluyendo las no estudiadas hasta ahora como zinc, cobre, selenio, vitamina A y vitamina B1 cuyos reportes están pendientes. Inicié amitriptilina pero Psiquiatría lo suspendió por incompatibilidad con la mirtazapina que recibe. Por ahora prescribo aluminio 10 cc cada 8 horas y loperamida 4 mg tid. Se discutirá el caso en junta de Gastroenterología con Cirugía laparoscópica avanzada para definir conducta.

DIAGNÓSTICOS

Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICA DOS

K591 - DIARREA FUNCIONAL

Registro de Consulta

Fecha Registro: 29.01.2021

Hora Registro: 17:08:13

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA

JUNTA MÉDICA REALIZADA EL 25 DE ENERO DE 2021. ASISTENTES: Dra. Evelyn Dorado (cirujana) Dra. Catalina Maldonado (gastroenteróloga) Dra. Eliana Rojas (gastroenteróloga) Dra. Botero (patóloga) Dr. Juan Carlos Bravo (patólogo) Dr. Carlos Rojas (gastroenterólogo) Dr. Adolfo De La Hoz (gastroenterólogo) Natural: Neiva Origen: Cali Ocupación: médico ANT: Patológicos: obesidad, HIV, diarrea crónica, déficit de VD y B12 Farmacológicos: antirretrovirales, VD 50000 UI, pancreatina 2 tab tid, loperamida 2 tab tid y mirtazapina Quirúrgicos: manga gástrica en 2014, estenosis que requirió bypass gástrico más colelap en 2017 Alérgicos: TMT/SMX (dermatosis y disnea) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 4 deposiciones diarias, Bristol 7 Fliares: HTA (madre) RESUMEN: Paciente HIV positivo con carga viral indetectable y conteo apropiado de CD4 quien cursa con diarrea desde 2017 sin etiología filiada a pesar de múltiples valoraciones por expertos, múltiples estudios y sin respuesta favorable después de múltiples esquemas de tratamiento. Refiere que durante algunos días o semanas ha habido mejoría del síntoma, sin embargo siempre recurre. En una hospitalización reciente, la Dra. Eliana Rojas, identificó que el paciente ingería alimentos con propiedades catárticas con el fin de evitar impactación fecal. A los asistentes en la junta nos pareció que dicha conducta configura un trastorno de alimentación, sin embargo solicitamos revaloración por Psiquiatría para definir si era correcto o no la impresión diagnóstica. Como dato positivo adicional, se documentó depleción de vitamina A, selenio y cobre. Ninguno de estos oligoelementos está relacionado directamente con la diarrea pero sí con síntomas neurológicos y cardiovasculares razón por la cual Nutrición deberá reponerlos. Finalmente deberá iniciar rehabilitación integral de piso pélvico ya que en manometría anorrectal se evidenció hipotonía del esfínter anal interno. Me comuniqué telefónicamente con el paciente para hacerlo partícipe de nuestras decisiones.

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7801771

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
15.01.2021	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	Tele Cons Gastroenterologia	MICHELL GALINDO PEREZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7801771

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
15.01.2021	11:26		4.00	MG		C/8H	

		LOPERAMIDA 2 MG TABLETA			VIA ORAL		ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN
15.01.2021	11:26	HIDROXIDO DE ALUMINIO 6,15G/100ML FCO 360ML	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN

EPISODIO: 7817103**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 20.01.2021

Hora Registro: 17:37:46

Responsable: ARBELAEZ OLIVAR, ANDRES FELIPE

Especialidad: HEMATOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

valoracion por anemia

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnósticos: - esteatohepatitis no alcoholica. deficiencia en la absorción de vitamina k enfermedad actual: aciente con historia de hiv, obesidad con imc 37 con sleeve gástrico en en el 2014 por recupreacion del peso e llevo a bypas en 2017. estuvo desnutrico con 48 kilos. actualmente en manejo con tpn por desnutricion sevrA ANT: Patológicos: obesidad, HIV, diarrea crónica, déficit de VD y B12 Farmacológicos: antirretrovirales, VD 50000 UI, pancreatina 2 tab tid, loperamida 2 tab tid y colestiramina de rescate Quirúrgicos: manga gástrica en 2014, estenosis que requirió bypass gástrico más colelap en 2017 Alérgicos: TMT/SMX (dermatosis y disnea) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 4 deposiciones diarias, Bristol 7 Fliares: HTA (madre) examen fisico: peso 76 ta 120/ 70 f 20 paraclínicos: 09.01.2021: lab 3.8 glu 89 cpk 58 hierro 89 proteínas 6.7 calcio 8.9 acidofolcio 12 vitmina 6.3 vitamina d 25oh 11 leucos: 4100 hgb 11.9 pla 193.000 pt 10.3 inr 0.89 ferritina 279 cr 0.6 cl ototál 136 hdl 35 alt 95 ast 57 fa 57 fa 139 ldh 195 tac de abomen cotrastado: higado nommal. endoscopicos: sin varices esofágicos. biopsia hepatica junio 2020: En los cortes histológicos teñidos con HE, PAS, tricromico,orceina retículo y Fe. Se identifica tejido hepático con presencia 7 espacios porta y 7 venas centrales . Hay ocasional infiltrado inflamatorio de tipo linfoplasmocitario en los espacios porta, sin actividad de union . Se observa adecuada relacion vena, arteria, conducto en los espacios porta sin colangitis. Escasos

hepatocitos pericentrales principalmente, muestran balonamiento con estatosis de gota gruesa en el 90% con ocasionales cuerpos de Mallory Desk . No se observan acumulos de celulas inflamatorias en el intersticio. No hay fibrosis, lo cual se realiza con las coloraciones de reticulo, orceina y tricromico . La coloracion de PAS muestra macrofagos seroides periportales . La coloracion de hierro es negativa para depositos. Gradacion de esteatohepatitis no alcoholica (Kleiner DE. Brunt EM) Grado de esteatosis : 3: Mayor de 66% Inflamacion Lobular 0: Ninguna Balonamiento hepatocelular 2.Leve TOTAL 5/9 Fibrosis 0. Ninguna DIAGNÓSTICO Hígado – Lesión - Biopsia ESTEATOHEPATITIS DEL 90% SIN FIBROSIS. Comentario: Excluido consumo de alcohol, las causas de esteatohepatitis no alcoholica (NASH) son múltiples entre ellas toxicidad a los medicamentos, hepatitis viral obesidad, desordenes metabolicos, desordenes nutricionales, enfermedades sistemicas, desordenes endocrinos o metabolicos no relacionados con la insulina, diverticulosis con sobrecrecimiento bacteriana e isquemia entre otros. Analisis y plan: Paciente remitido para valoración por anemia y trombopenia, en hemograma del día 9/1/2021 esta normal, por parte de hematología no amerita manejo específico, debe continuar con el tratamiento actual

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Evento catastrófico

ANÁLISIS Y CONDUCTA

ver hc

DIAGNÓSTICOS

D649 - ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 7817103

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
20.01.2021	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	UT Limonar Hematologia	LEIDY KATHERINE SOTO VELARDE

EPISODIO: 7823260

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 22.01.2021

Hora Registro: 11:10:24

Responsable: CAPRE PEREIRA, JESSICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

COLON Y RECTO 44 AÑOS DIAGNOSTICOS: 1. INCONTINENCIA 1.1. URGENCIA - PASIVA. 1.2. HIPOTONIA DE ESFINTER ANAL INTERNO 2. DIARREA CRONICA. MULTIFACTORIAL.

ENFERMEDAD ACTUAL

04.05.2018. COLONOSCOPIA TOTAL. FCVL. NORMAL DIAGNÓSTICO: A. MUCOSA DE ÍLEON. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS, ILEITIS, ATROFIA -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO B. MUCOSA COLÓNICA. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA. -HIPERPLASIA LINFOIDE REACTIVA. -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS. -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO 17.10.2018. CITA DE PRIMERA VEZ POR COLOPROCTOLOGIA. FCVL. DR. OBANDO: Pacte refiere cuadro de aprox. 1 año de evolución de cambio en el habito intetsinal posterior al Bypass gastrico. 15 deposiciones/día de consistencia grumosa. Manejo medico con disminución de la frecuencia 7 veces/´dia pero persisten de consistencia grumosa. Desde hace 10 meses aprox. episodios de incontinencia tanto de urgencia como de tipo pasivo. Uso de pañales. Alteraciónd e estilo de vida. DIAGNOSTICOS: 1. INCONTINENCIA 1.1. URGENCIA - PASIVA. 2. DIARREA CRONICA. MULTIFACTORIAL. PLAN: Mejorar consistencia de deposiciones. Loperamida 2 cada 12 hrs. Continuar Colestiramina. cada 8 hrs. Se solicita manometria anorectal. Iniciar terapia d episo pelvico + Biofeedback: 10 sesiones. Cita de control en 3 meses. 08.11.2018: MANOMETRÍA ANORRECTAL Se realiza manometria anorectal de alta resolucion. Se encuentra presion basal del esfinter anal internomarcadamente disminuida. Con la maniobra de tos hay adecuada respuesta con contraccion esfinter anal y aumento de la presion rectal. En la maniobra de contraccion voluntaria hay incremento de basal de manera adecuada. Con la maniobra de pujo se produce contraccion paradójica del esfinter anal y aumento de la presion rectal. Reflejo recto anal inhibitoria no

valroabel por hipotonia del esfinter anal interno. Primera sensacion defecatoria a Los 60 cc, urgencia a los 160 cc y maximo volumen 220 cc. Diagnostico Impresiones 1. HIPOTONIA DEL ESFINTER ANAL INTERNO. 16.11.2018. TERAPIA DE PÍSO PELVICO :10 sesion PACIENTE QUIEN CULMINA TRATAMIENTO DE 10 SSIONES DE REHABILITACION DE PISO PELVICO DURANTE EL TRATAMIENTO SE HA TRABAJADO ENCAMINADO REFORZAMIENTO DE FIBRAS MUSCULARES, CON REEDUCACION MOTORA CON ELECTROESTIMULACION, BIOFEEDBACK USANDO ELECTRODOS DE SUPERFICIE Y ELECTRODOS INTRACAVITARIOS,ELECTROESTIMUALCION EN TIBIAL POSTERIOR, REEDUCACION DE PROPIOCEPCION Y SENSIBILIDAD PERINEAL. SE REALIZA REEVALORACION CON BIOFEEDBAC EVIDENCIANDOSE BUENA RESPUESTA DE ACTIVACION DEL MUSCULO Y COORDINACION MUSCULAR . PACIENTE QUE HA PRESENTADO BUENA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE REHABILITACION DE PISO PELVICO, LA FRECUEBNCIA DEFECATORIA HA DISNMINUIDO MEJORANDO ASI LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE SE ESPERA NUEVA VALORACION POR EL MEDICO TRATANTE PARA DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR COMO POSIBLE ALTERNATIVA UN PLAN DE MANTENIMIENTO EN LA REJHABILITACION CONTEMPLANDO LA PATOLOGIA DE BASE 29.05.2020: - EDS "BYPASS GASTRICO" 25.06.2020 - RMN ABDOMINAL: Esteatosis hepática. Quistes hepáticos de aspecto simple. Cambios quirúrgicos de gastrectomía total con anastomosis esófago enteral. Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualizada en escanografía del 25/04/2020. JULIO/2020- EXÁMENES DE: **Calprotectina 207.7 ug/g **COPROCULTIVO: crecimiento de microbiota gastrointestinal en medios sólidos y líquidos. Negativo para: Aeromonas spp, Plesiomonas spp, Salmonella spp. y Shigella spp. No se observa colonización del cultivo. **PARATOHORMONA 48.20 pg/mL **CORTISOL II BASAL 12.40 ug/dL **IgA INMUNOGLOBULINA A 2.82 g/L 24.08.2020- EDS: 1. EVIDENCIA DE ESTÓMAGO INTERVENIDO. 2. ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA AMPLIA Y SIN LESIONES. 3. ATROFIA DE MUCOSA YEYUNAL A DESCARTAR: BIOPSIAS. 27.08.2020- BIOPSIAS: YEYUNO; BIOPSIA: - INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA - MUESTRA NEGATIVA PARA DISPLASIA O MALIGNIDAD. -NO SE OBSERVAN MICROORGANISMOS EN LA MUESTRA 07.09.2020- COLONOSCOPIA: 1.- ÌELOCOLONOSCOPIA TOTAL NORMAL. 09.09.2020 BIOPSIAS: A. MUCOSA DE ILEON - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. B. MUCOSA DE COLON ASCENDENTE - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. 17.10.2018. CITA DE CONTROL POR COLOPROCTOLOGIA. FCVL. DR. OBANDO: Persiste con síntomas , no hay mejoría con la terapia de piso pélvico ni con el manejo medico instaurado por gastroenterología clínica. Examen físico: Luce

crónicamente enfermo pálido ANTECEDENTES : PATOLÓGICOS: OBESIDAD, HIV, DIARREA CRÓINICA, DÉFICIT DE VD Y B12 FARMACOLÓGICOS: ANTIRRETROVIRALES, VD 50000 UI, PANCREATINA 2 TAB TID, LOPERAMIDA 2 TAB TID Y COLESTIRAMINA DE RESCATE QUIRÚRGICOS: MANGA GÁSTRICA EN 2014, ESTENOSIS QUE REQUIRIÓ BYPASS GÁSTRICO MÁS COLELAP EN 2017 ALÉRGICOS: TMT/SMX (DERMATOSIS Y DISNEA) ALCOHOL: NO TABACO: NO EJERCICIO: NO HÁBITO INTESTINAL: 4 DEPOSICIONES DIARIAS, BRISTOL 7 FLIARES: HTA (MADRE)

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANÁLISIS Y CONDUCTA

Paciente conocido por el servicio, en la manometría hay reporte de compromiso del esfínter anal interno el cual estaría explicado por antecedente de esfinterotomía anal hace varios años en centro médico imbanaco, por esta razón se decide Protocolo de estimulación del nervio tibial posterior por 12 semanas, 1 por semana por 12 semanas. cita control en 6 semanas con concepto de junta de gastroenterología clínica-.

DIAGNÓSTICOS

R15X - INCONTINENCIA FECAL

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 7823260

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
22.01.2021	890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	UT Cirugia Colon y Recto	INDIRA GISELLE MURILLO LEIVA

EPISODIO: 7835165

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 26.01.2021

Hora Registro: 19:20:01

Responsable: DORADO ALBAN, EVELYN ASTRID

Especialidad: CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA - CIRUGIA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

VIENE A CONTROL SE ATIENDE CON MEDIDAS ANTICOVID

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CONOCIDO CON ANTECEDENTE DE SLEEVE GASTRICO POSTERIORMENTE REGANANCIA DE PESO CON DX DE VIH CON GANANCIA DE PESO POR LO CUAL POR JUNTA SE AUTORIZA REVISION A BYPASS GASTRICO HA TENIDO TRANSGRESIONES DE DIETA CON ESTEATORREA Y DUMPING ESTO SE MANEJO CON NUTRICIN PSIQUIATRIA Y GASTROENTEROLOGIA CON MEJORIA ESTUVO BIEN PERO DESDE EL AÑO PASADO CON DIARREAS CON PERDIDA DE PESO ESTUVO HOSPITALIZADO EN NOV DEL 2020 POR DIARREA Y DESNUTRICION CON PERFIL INFECCIOSO CON CARGA INDETECTABLE FUE COMENTADO EN JUNTA DE GASTRO DONDE SE DOCUMENTO POR GASTROENTEROLOGIA QUE CUANDO EL PACIENTE SIENTE QUE NO HA EVACUADO TOMA LECHE CON EFECTO CATARTICO INDICA QUE SIGUE CON DIARREAS ADEMAS QUE ESTO SE ASOCIA A INCONTINENCIA FECAL ESTA CON TERAPIA DE PISO PELVICO 1 AL DIA REFIERE QUE NO LE HAN AUTORIZADO NI EL CREON PROSURE PROWHEY VIT D NI LA MIRTAPAZINA LO CUAL ES VITAL PARA SU MANEJO TIENE PENDIENTE NUEVA VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA TRAE PARACLINICOS VITA A 0.8 B1 8.9 FERRITINA 279 HB 11.9 ALBUMINA 3,8 GLICEMIA 89 CPK 58 FE 89 PT 6.7 CA 8.9 VIT BV 12 603 VIT D 11.21** PESO 71.8 (59)

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CONOCIDO CON SINDROME MALABSORTIVO POR CIRUGIA BYPASS TIENE MANEJO POR GASTROENTEROLOGIA COLOPROCTOLOGIA NUTRICION HEPATOLOGIA Y CX BARIATRICA AHORA CON HIPOGLICEMIAS REACTIVAS TIENE PENDIENTE MANEJO POR ENDOCRINO Y POSIBLE TRATAMIENTO CON LIRAGLUTIDE SE HABLO CON NUTRICION PSIQUIATRIA Y GASTROENTEROLOGIA PARA ADELANTAR CITAS AHORA SIN MODULOS PROTEICOS NI ENZIMAS PANCREATICAS SE EXPLICA AL PACIENTE LA

NECESIDAD DE NO TRANSGREDIR LA DIETA O TOMAR ALIMENTOS CON EFECTO LAXANTE PARA MEJORAR LAS DIARREAS AHORA CON ANEMIA, NORMALIZACION DE LA ALBUMINA Y CON DEF DE VIT D PLAN 1. CONTROL PRIORITARIO CON NUTRICION ENDOCRINOLOGIA GASTROENTEROLOGIA Y PSIQUIATRIA (NO TIENE MEDICAMNETOS) 2. SE INCREMENTA TERAPIA DE PISO PELVICO A 2 VECES A LA SEMANA 3. FORMULA Y MIPRES MULTIVITAMINAS VIT D 7000 UNIDADES ENZIMAS PANCREATICAS CALCIO MASTICABLE MIPRES 20210126134025720902 4. CONTROL EN MES

DIAGNÓSTICOS

E441 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE

E559 - DEFICIENCIA DE VITAMINA D, NO ESPECIFICA DA

E58X - DEFICIENCIA DIETETICA DE CALCIO

K903 - ESTEATORREA PANCREATICA

Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICA DOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7835165

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
26.01.2021	890202-8	CONSULTA ESPECIALISTA QUIRURGICO - PRE-Q UIRURGICA Y PRE-ANESTESICA DE PRIMERA VE Z POR MEDICINA ESPECIALIZADA	UT Cirugia Laparosc y Obesidad	JESSICA CORDOBA MOLANO

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7835165

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
26.01.2021	19:40	LOPERAMIDA 2 MG TABLETA	4.00	MG	VIA ORAL	C/8H	EVELYN ASTRID DORADO ALBAN

EPISODIO: 7855986

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 01.02.2021

Hora Registro: 17:29:41

Responsable: GARCIA GOEZ, JOSE FERNANDO

Especialidad: INFECTOLOGIA -**MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
 Edad : 44 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2021.Feb.01 Edad: 44 Años
 DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Mar.18 PPD 0 MM 2019.Mar.15
 BLIPS ? 2018.Dic.17 NIVELES DE VITAMINA D 18.7 NG/ML 2018.Ene.19 PPD 0
 MM 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04
 PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO
 NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR +
 TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO
 GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS
 TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18
 FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG
 NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV +
 TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM
 2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA
 HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA
 BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2020.Nov.17 - CARGA VIRAL HIV: 0
 Copias / ml 2020.Nov.17 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 440 Células / ml Paciente
 quien tiene un diagnóstico de una infección avanzada por el virus de la
 inmunodeficiencia humana, en una pauta con Dolutegravir asociado a
 tenofovir/emtricitabina sin problemas en la dispensación; 2. Efectos neuro-
 psiquiátricos por el Efavirenz; 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno
 de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva
 del sueño. 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017). 8. Tiene
 una PPD en 0 mm (2018). 9. poli neuropatía mixta, axonal y desmielinizante.
 10. Vólvulos. 11. Déficit de vitamina D. Quien se encuentra en seguimiento en
 relación a un desequilibrio nutricional metabolica, ha ganado peso, es portador
 del catéter de nutrición parenteral derecho. Tiene del 28.01.2021 una CV-VIH
 indetectable. Tiene del 27.01.2021 leucocitos 4120, neutrofilos 2270, hgb 11.2
 g/dL, plaquetas 201.000, glicemia 99 mg/dL, creatinina 0.7 mg/dL,
 COLESTEROL TOTAL 135 MG/DL, hdl 59 MG/DI, Trigliceridos 73 mg/dl,
 ALT/AST 108/85 U/L, RPR no reactivo, Recuentos de CD4 603 (41%). Análisis
 y plan: 1. Adecuado control inmunológico y virológico. Tiene receta por 6
 meses. Control en tres meses dado problemas de absorción, que puede afectar
 la respuesta virológica. o Orden para próxima cita por Infectología en 90 días.
 Interconsulta por Infectologia Adultos o Orden de exámenes: Cpk Total, Ldh
 (Deshidrogenasa Lactica), Hemograma Completo (plaquetas Y Volumenes),
 Recuento De Celulas Cd4 (numero Y %), Carga Viral Para Hiv, Creatinina

Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA
GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

ENFERMEDAD ACTUAL

.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente : ALEXANDER MARIN LARRAHONDO Identificación : - CC: 7702874
Edad : 44 Años Sexo : MASCULINO Fecha: 2021.Feb.01 Edad: 44 Años
DIAGNOSTICOS Y DATOS IMPORTANTES: 2020.Mar.18 PPD 0 MM 2019.Mar.15
BLIPS ? 2018.Dic.17 NIVELES DE VITAMINA D 18.7 NG/ML 2018.Ene.19 PPD 0
MM 2016.Jun.17 INTERNATIONAL DEMENTIA HIV SCALE = 11 2016.Feb.04
PPD 0 MM 2016.Feb.04 SUSPENSION DE EFAVIRENZ POR EFECTO
NEUROPSIQUIATRICO 2016.Feb.04 INICIO DE DOLUTEGRAVIR +
TENOFOFIR/EMTRICITABINE 2015.Ene.16 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO
GLOMERULAR MDR / CKD-EPI, 116, ML/MIN/1,73 M2 2015.Ene.16 CIFRAS
TENSIONALES ELEVADAS?' 2015.Ene.16 TALLA 1.78 CM. 2014.Sep.18
FRAMINGHAM SCORE < 1 % 2014.Sep.18 VIRUS B OCULTO?: HBSAG
NEGATIVO, ANTI CORE VHB REACTIVO. 2014.May.21 INICIO DE EFV +
TDF/FTC 2014.May.21 ALERGIA AL TMP/XSM 2014.May.21 PPE 0 MM
2014.Abr.11 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA
HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION ANTECEDENTE DE CIRUGIA
BARIATRICA ULTIMOS EXAMENES: 2020.Nov.17 - CARGA VIRAL HIV: 0
Copias / ml 2020.Nov.17 - LINFOCITOS T CD4: 0 % - 440 Células / ml Paciente
quien tiene un diagnóstico de una infección avanzada por el virus de la
inmunodeficiencia humana, en una pauta con Dolutegravir asociado a
tenofovir/emtricitabina sin problemas en la dispensación; 2. Efectos neuro-
psiquiátricos por el Efavirenz; 3. Antecedente de cirugía Bariátrica; 4. Trastorno
de ansiedad generalizada 5. Hipersomnia. 6. Antecedente de Apnea obstructiva
del sueño. 7. Hipoalbuminemia. 7. Trombosis venosa profunda (2017). 8. Tiene
una PPD en 0 mm (2018). 9. poli neuropatía mixta, axonal y desmielinizante.
10. Vólvulos. 11. Déficit de vitamina D. Quien se encuentra en seguimiento en
relación a un desequilibrio nutricional metabolica, ha ganado peso, es portador
del catéter de nutrición parenteral derecho. Tiene del 28.01.2021 una CV-VIH

indetectable. Tiene del 27.01.2021 leucocitos 4120, neutrofilos 2270, hgb 11.2 g/dL, plaquetas 201.000, glicemia 99 mg/dL, creatinina 0.7 mg/dL, COLESTEROL TOTAL 135 MG/DL, hdl 59 MG/DI, Trigliceridos 73 mg/dl, ALT/AST 108/85 U/L, RPR no reactivo, Recuentos de CD4 603 (41%). Análisis y plan: 1. Adecuado control inmunológico y virológico. Tiene receta por 6 meses. Control en tres meses dado problemas de absorción, que puede afectar la respuesta virológica. o Orden para próxima cita por Infectología en 90 días. Interconsulta por Infectologia Adultos o Orden de exámenes: Cpk Total, Ldh (Deshidrogenasa Lactica), Hemograma Completo (plaquetas Y Volumenes), Recuento De Celulas Cd4 (numero Y %), Carga Viral Para Hiv, Creatinina Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JOSE FERNANDO GARCIA GOEZ MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGIA R.M. 761861-00

DIAGNÓSTICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIE NCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7855986

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
01.02.2021	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	Tele Cons Infectologia	BEATRIZ EUGENIA AZCARATE VELEZ

EPISODIO: 7871957

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 05.02.2021

Hora Registro: 17:11:52

Responsable: OBANDO TREJOS, ANGELA MARIA

Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

(nota de 12/2018) **Cuadro clinico de mas o menos 5 años de evolucion consistente en realizacion de sleeve gastrico, peso anterior 121 kg, con peso**

de 96 posterior. hace un año revision de sleeve, con complicacion de estenosis gastrica y con realizacion final de bypass gastrico, con posterior desnutricion, disminucion de la fuerza, fatiga, con dolor en cadera izquierda y debilidad en miembro inferior izquierdo desde 2 meses. Parestesias en miembro inferior izquierdo. Peso actual 61 kg. Hace dos meses requirio nutricion enteral. No estudios electrofisiologicos. Esta anticuagulado por trombosis venosa profunda. Ahora refiere sensacion de chasquido en cadera derecha, dolor en rodillas bilateral al subir o bajar gradas. Refiere mejoría de la osteoporosis y de su desnutricion posterior a hospitalizacion, estas trabajando. Refiere parestesias en manos, con caída de objetos de la manos, debilidad al caminar con arrastre de pies, no dolor en manos o pies. No trae examen pero hay nota de Dra dorado donde indica que hay una polineuropatia mixta axonal y desmielinizante. EVOLUCIONES: 22/09/2020: Realizo Terapia fisica con mejoría de su estado fisico, refiere que al caminar tiene disnea, hace 5 meses tuvo un episodio de vómitos, resolvió solo, con cuadro de diarrea, peso previo 84, posterior 67 kg en 20 dias pos síndrome de malabsorcion, 7 deposiciones al dia. En el momento esta en teletrabajo. 05/02/2021: Estuvo hospitalizado por diarrea de alto gasto, ahora mejoría de ganancia muscular, ya realizo terapia fisica en neurologia con mejoría equilibrio y de fuerza. Incontinencia fecal.

Antecedentes personales: 1. VIH en manejo Ocupacion: medico Examen fisico: Paciente enflaquecido, con mejora en grasa de Vichart, con palidez generalizada Con mejoría de la tendencia a la cifosis dorsal Romberg negativo Tandem negativo No escoliosis Reflejos osteotendinosos: ++ asimétricos, con aquilano bilateral arreflexia Marcha anormal, con rotacion externa de caderas bilateral, de predominio izquierda Fuerza: proximal miembros superiores 4/5, distal 4/5. Miembros inferiores 4/5 proximal, distal 4/5 Propiocepcion: normal Contractura del psoas, isquiotibiales bilaterales

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con buena evolucion de su condicion, ahora se inicia fase de fortalecimiento muscular y acondicionamiento cardiovascular, se decide: 1. Terapia fisica 20 sesiones 2. Control 2 meses

DIAGNÓSTICOS

Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICA DOS

K591 - DIARREA FUNCIONAL

G629 - POLINEUROPATIA, NO ESPECIFICADA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7871957

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
05.02.2021	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	UT Fisiatria	CLAUDIA CELENE ORTIZ SALAZAR

EPISODIO: 7877476

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 08.02.2021

Hora Registro: 15:18:10

Responsable: GUERRERO DUQUE, STELLA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

44 años F331 B24X Mirtazapina 30mg/ día Asiste por Telemedicina y proporciona la información. Confiabilidad buena.

ENFERMEDAD ACTUAL

Control 8 Febrero 2021 SUBJETIVO: **Último control 18 Diciembre 2020** cuando acordamos suspender Desvenlafaxina e iniciar Mirtazapina 30mg/ noche, insisto en psicoterapia por Psicología, control por Psiquiatría un mes (Enero) y solicito valoración por Psicología de familia. **El paciente dice que no se está tomando la mirtazapina "porque la EPS no me la ha autorizado que porque había quedado mal diligenciado el MIPRES"**. Insiste en que si no hace deposición después de almuerzo "no como nada porque no me da hambre si no he logrado evacuar". Discutimos sobre la posibilidad de una segunda opinión por parte de Psiquiatría para aclarar la presencia de un TCA. Aún no ha iniciado procesos con Psicología individual ni Terapia de Familia. OBJETIVO: Está semisentado en su cama, con aspecto cuidado, es colaborador, amable y establece contacto visual con el entrevistador. Alerta, euproséxico, orientado, sin compromiso evidente de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona

promedio. No observo alteraciones motoras. Afecto modulado de fondo depresivo, resonante, congruente. Eulálico. Pensamiento lógico, coherente, preocupación sobre su estado de salud, niega ideas de muerte y de suicidio, no se observan ideas delirantes. Niega alteraciones de la sensopercepción. Juicio y Raciocinio debilitados por el afecto. Introspección parcial. Prospección incierta.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

ANALISIS: Paciente con antecedente de trastorno depresivo en manejo con antidepresivo dual con buenas adherencia y tolerancia. Ha recibido manejo anteriormente con Fluoxetina y Amitriptilina también. Reinició la Desvenlafaxina en Septiembre por reactivación de síntomas. En la evaluación de hoy encuentro reducción de síntomas depresivos aunque persiste la ansiedad. Dado que aún tiene efectos gastrointestinales considero la posibilidad de que la Desvenlafaxina pueda tener algún efecto. PLAN: Realizo intervención de contención emocional. Discutimos opciones terapéuticas y acordamos suspender Desvenlafaxina e iniciar Mirtazapina 30mg/ noche. Insisto en psicoterapia por Psicología y en valoración por Psicología de familia. Valoración con la Dra. Sonia Bersh. Mipres para Mirtazapina por tres meses

DIAGNÓSTICOS

F331 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7877476

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
08.02.2021	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Tele Cons Siquiatria	MARIA DEL MAR RAMIREZ PAYAN

EPISODIO: 9165346

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 22.02.2022

Hora Registro: 12:41:14

Responsable: TOVAR ROMERO, JENNIFFER ANDREA

Especialidad: PSICOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

PSICOLOGÍA TELECONSULTA CONTROL Alexander Marin Larrahondo Edad: 45 años Motivo de consulta: Trastorno de ansiedad- componente fóbico. Trastorno depresivo Sd Malabsorción- S/P Obesidad; s/p sleeve gástrico s/P Bypass gástrico

ENFERMEDAD ACTUAL

SUBJETIVO Refiere que hoy ingresará por urgencias para hospitalizarse, remitido desde cardiología. Realiza verbalización emocional. Señala las estrategias y recursos que ha usado en hospitalizaciones previas para facilitar su afrontamiento. Nota en los últimos días tendencia a la fatiga y cansancio. Entrevista inicial: ha presentado síntomas gastrointestinales, deposiciones diarreicas frecuentes, considera alteración en algunas de sus actividades, sin embargo, menciona no ha disminuido encuentros sociales y actividades placenteras. Señala en ocasiones experimentar irritabilidad con padres, describe una relación cercana con ellos, atribuye sus reacciones a sus cambios de humor por presencia de síntomas físicos. Señala tratamientos previos por psiquiatría y terapia cognitivo conductual. En noviembre de 2020 presentó sintomatología depresiva con presencia de pensamientos de muerte. Refiere que ha sido difícil el afrontamiento de los cambios en su imagen corporal, varias hospitalizaciones y deterioro nutricional. En sus rasgos de personalidad se describe a sí mismo como una persona solitaria, interesado en capacitarse académicamente, ha realizado varias especializaciones, está terminando derecho, realiza un diplomado. Área familiar: reside con sus padres, hermana reside cerca. Tiene otros dos hermanos. Área social: describe encuentros sociales con compañeros de estudio. Señala tener una relación de pareja, "es mi compañía", se siente satisfecho en estas áreas. Área laboral/académica: se siente satisfecho con sus trabajos actuales, los disfruta. Antecedentes médicos: anotados en la historia clínica Antecedentes en salud mental: hermano mayor trastorno afectivo bipolar, en el momento estable. Hábitos: licor (niega), cigarrillo (niega), café (1 taza- día), té (niega). OBJETIVO Examen mental: Paciente alerta, con presentación personal acorde al lugar, aparenta edad cronológica, actitud asequible y colaborador a la entrevista, establece contacto visual. Euquinetico. Afecto modulado fondo triste. Lenguaje eulálico, tono de voz adecuado. Lógico, coherente, no se identifican delirios, niega ideas de autoagresión e ideación suicida. No se observan alteraciones perceptivas.

Orientado en sus tres esferas, juicio de realidad no comprometido.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Otra

ANÁLISIS Y CONDUCTA

ANÁLISIS Paciente con cuadro depresivo y ansioso. Se refuerza practica de habilidades y uso de recursos de afrontamiento para adaptación a periodo de hospitalización. Se realiza intervención en contención de emociones, soporte y apoyo. PLAN Compasión

DIAGNÓSTICOS

F329 - EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO

F411 - TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 9165346

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
21.02.2022	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	Tele Cons Sicooncologia	ISABEL CRISTINA PEÑA HOYOS

EPISODIO: 9209438

Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 03.03.2022

Hora Registro: 16:58:58

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

N: Neiva O/P: Cali Ocupación: médico ANT: Patológicos: obesidad, HIV, diarrea

crónica, déficit de VD y B12 Farmacológicos: antirretrovirales, calcio/VD qd, VD 50000 UI, pancreatina 2 tab tid, loperamida 2 tab tid, mirtazapina 30 mg qd, enterex, soporte nutricional, liraglutide 1.2 mg qd Quirúrgicos: manga gástrica en 2014, estenosis que requirió bypass gástrico más colelap en 2017 Alérgicos: TMT/SMX (dermatosis y disnea) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 4 deposiciones diarias, Bristol 7 Fliares: HTA (madre) EA: consultó el 07.07.2020 en relación con cuadro de diarrea crónica la cual inició después del bypass gástrico más colecistectomía (2017), no respondió a la loperamida ni a la colestiramina. Había sido estudiado con endoscopia y colonoscopia sin hallazgos anormales, tenía una manometría anorrectal de noviembre/2018, ordenada por incontinencia fecal, con reporte de hipotonía del esfínter anal interno. Prescribí aluminio hidróxido y solicité TSH, PTH, electrolitos, niveles séricos de vitaminas, calprotectina fecal, coproscópico y coprocultivo. Se hace control el 28.07.2020, el paciente refiere mejoría parcial de los síntomas, ha notado que las deposiciones de la mañana y la tarde son más consistentes que las de la noche. Llamaba la atención que las deposiciones de la mañana sean más consistentes que las de la noche, razón por la cual consideré insuficiencia pancreática exocrina como una posible etiología. Inicié reposición con proteasa/amilasa/lipasa 50.000 UI prandiales. Se descartó patología metabólica, tenía una calprotectina levemente elevada lo cual obligaba a descartar patología inflamatoria intestinal. Ordené endoscopia digestiva superior y colonoscopia, contaba con una resonancia magnética abdominal de junio de 2020 sin hallazgos relevantes en asas delgadas. En teleconsulta de septiembre/2020 tenía endoscopia con reporte de atrofia yeyunal, biopsia con inflamación crónica leve inespecífica. Íleocolonoscopia y biopsias normales. Se hace teleconsulta de control en enero/2021, el paciente estaba con nutrición parenteral en la noche y vía oral astringente durante el día, se quejaba de deposiciones lientéricas justo después de ingerir alimentos. Contaba con exámenes de tamización en sangre normales a excepción de vitamina D en 11 ng/mL. Se documentó depleción de vitamina A, selenio y cobre. Consideré comentarlo en junta para definir. El 25.01.2021 se hizo junta de Gastroenterología, Cirugía laparoscópica y Patología concluyendo que era posible que cursara con trastorno de alimentación. Se recomendó revaloración por PSQ. En relación con la hipotonía del esfínter anal interno, debía completar la RHB de piso pélvico. En teleconsulta de marzo/2021 refiere que fue valorado por la Dra. Bersh (PSQ) considerando que no cursaba con trastorno alimentario sino con depresión mayor y fobia anticipatoria a algunos alimentos para lo cual estuvo de acuerdo con continuar la mirtazapina formulada por la Dra. Rodríguez (PSQ) y complementar con psicoterapia cognitivo conductual. Fue valorado por Endocrinología en relación con síndrome de vaciamiento rápido

(dumping) e inició liraglutida. El paciente refería mejoría de sus síntomas digestivos y había ganado peso. Tenía exámenes normales a excepción de vitamina D en 15 ng/mL y B12 < 400 pg/mL. Se hizo junta multidisciplinaria y se concluyó que debía continuar así: 1. Liraglutida como lo prescribió Endocrinología. 2. Multienzimas pancreáticas 50.000 UI prandiales. 3. Rehabilitación integral del piso pélvico. 4. Mirtazapina como lo prescribió Psiquiatría. 5. Terapia cognitivo conductual que ordenará Psiquiatría. 6. Nutrición parenteral con reposición de vitamina A, selenio y cobre. 7. Optimización de dosis de vitamina B12: 1 ampolla IM cada 2 semanas por 4 dosis, luego 1 ampolla mensual. 8. Optimización de dosis de vitamina D: 5000 UI qd En teleconsulta de junio/2021 el paciente manifestó sentirse mejor y refería ganancia de peso. Hábito intestinal en ese momento: 6 deposiciones diarias, Bristol 5-6. Contaba con ecografía doppler portal que descartó trombosis, incidentalmente reportó esteatosis. Exámenes de tamización en sangre normales a excepción de vitamina D en 19 ng/ml y B12 389 pg/mL. Fue valorado por Cirugía de Colon y Recto considerando que debía continuar con terapias de piso pélvico. En teleconsulta de septiembre/2021 el paciente refirió que en los últimos dos meses había perdido aproximadamente 10 kg. Para ese momento se quejaba de diarrea intermitente. Tenía exámenes normales a excepción de albúmina 3.3 mg/dL y vitamina D 14 ng/mL. Adicionó aluminio OH como manejo sintomático y citó a control 6 meses después. Control de diciembre/2021, el paciente manifiesta que sigue perdiendo peso, actualmente 70 kg, se queja de diarrea permanente con 15 deposiciones diarias Bristol 6-7. Tiene exámenes del 07.12.2021 con albúmina en 2.57, proteínas totales en 5.1, leucocitos 3400, PMN 980, Hb 12.2 y PLT 148.000. Ordené proteinuria y creatinuria para descartar pérdidas renales. Se hace control por teleconsulta en marzo/2022, se queja de diarrea persistente, tiene ileocolonoscopia reciente normal al igual que las biopsias. El IPC es de 0.139 RxS: sin datos relevantes. Paraclínicos: - COLONOSCOPIA (12.01.2018): ILEON TERMINAL NORMAL: ver biopsias. COLON NORMAL: ver biopsias. - BIOPSIA (16.01.2018): A. MUCOSA DE ÍLEON. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS, ILEITIS, ATROFIA -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO B. MUCOSA COLÓNICA. COLONOSCOPIA. BIOPSIAS Y ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA: -INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA. -HIPERPLASIA LINFOIDE REACTIVA. -SIN EVIDENCIA DE GRANULOMAS, PARÁSITOS. -CITOMEGALOVIRUS: NEGATIVO - MANOMETRÍA ANORRECTAL (08.11.2018): 1. HIPOTONIA DEL ESFINTER ANAL INTERNO. - EDS (29.05.2020): "BYPASS GÁSTRICO" - RMN ABDOMINAL (25.06.2020): Esteatosis hepática. Quistes hepáticos de aspecto simple. Cambios quirúrgicos

de gastrectomía total con anastomosis esófago enteral. Volvulación de la raíz del meso en el hipocondrio izquierdo ya visualizada en escanografía del 25/04/2020. - EXÁMENES DE JULIO/2020: **Calprotectina 207.7 ug/g **COPROCULTIVO: crecimiento de microbiota gastrointestinal en medios sólidos y líquidos. Negativo para: Aeromonas spp, Plesiomonas spp, Salmonella spp. y Shigella spp. No se observa colonización del cultivo. **PARATOHORMONA 48.20 pg/mL **CORTISOL II BASAL 12.40 ug/dL **IgA INMUNOGLOBULINA A 2.82 g/L - EDS (24.08.2020): 1. EVIDENCIA DE ESTÓMAGO INTERVENIDO. 2. ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA AMPLIA Y SIN LESIONES. 3. ATROFIA DE MUCOSA YEYUNAL A DESCARTAR: BIOPSIAS. - BIOPSIAS (27.08.2020): YEYUNO; BIOPSIA: - INFLAMACIÓN CRÓNICA LEVE INESPECÍFICA - MUESTRA NEGATIVA PARA DISPLASIA O MALIGNIDAD. -NO SE OBSERVAN MICROORGANISMOS EN LA MUESTRA - COLONOSCOPIA (07.09.2020): 1.- ÎELOCOLONOSCOPIA TOTAL NORMAL. - BIOPSIAS (09.09.2020): A. MUCOSA DE ILEON - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. B. MUCOSA DE COLON ASCENDENTE - COLONOSCOPIA TOTAL - BIOPSIA. - USUAL. - EXÁMENES (12.03.2021): CREATININA 0.73 mg/dL ALT 90.90 U/L AST 75.30 U/L FOSFATASA ALCALINA 109.00 U/L PROTEINAS TOTALES 6.78 g/dL ALBUMINA 4.36 g/dL BILIRRUBINA TOTAL 0.83 mg/dL BILIRRUBINA DIRECTA 0.34 mg/dL BILIRRUBINA INDIRECTA 0.49 mg/dL HIERRO 65.90 ug/dL VITAMINA D 15.9 ng/mL FERRITINA 173.00 ng/mL VITAMINA B12 II 329.0 pg/mL - ECO HVB/DOPPLER PORTAL (19.04.2021): 1. Esteatosis hepática asociado a hepatomegalia. 2. Estudio sin evidencia de hallazgos que sugieran hipertensión portal. 3. Estado pos colecistectomía. - EXÁMENES (12.06.2021): COLESTEROL TOTAL 77.00 mg/dL COLESTEROL HDL 31.80 mg/dL COLESTEROL LDL 34.20 mg/dL COLESTEROL VLDL 11 mg/dL TRIGLICERIDOS 55.00 mg/dL SODIO EN SUERO 145.00 mmol/L POTASIO 3.40 mmol/L CLORO 110.70 mmol/L HIERRO 105.40 ug/dL ACIDO FOLICO 9.1 ng/mL Hb 13.6 gr/dL Leucocitos 5.4700 PLT 154.000 CREATININA 0.94 mg/dL ALT 68.40 U/L AST 48.30 U/L FOSFATASA ALCALINA 141.10 U/L PROTEINAS TOTALES 5.90 g/dL ALBUMINA 3.54 g/dL BILIRRUBINA TOTAL 0.84 mg/dL BILIRRUBINA DIR 0.38 mg/dL BILIRRUBINA INDIR 0.46 mg/dL VITAMINA D 19.7 ng/mL VITAMINA B12 II 389.0 pg/mL - COLONOSCOPIA (14.02.2022): NORMAL. - BIOPSIA (15.02.2022): A-MUCOSA DE ILEON- ENDOSCOPIA-BIOPSIA HISTOLOGICA SIN ALTERACIONES. B-MUCOSA DE COLON- COLONOSCOPIA - BIOPSIA HISTOLOGICAMENTE SIN ALTERACIONES EF: no se hace ya que este contacto es a través de teleconsulta.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con diarrea crónica multifactorial, tiene los siguientes componentes: HIV, vaciamiento gástrico rápido, insuficiencia pancreática exocrina, trastorno funcional intestinal, alteración del piso pélvico y fobia anticipatoria a algunos alimentos que pudieran producir diarrea. Después de múltiples valoraciones y juntas interdisciplinarias se decidió que era beneficiario de: 1. Liraglutida como lo prescribió Endocrinología. 2. Multienzimas pancreáticas 50.000 UI prandiales. 3. Rehabilitación integral del piso pélvico. 4. Mirtazapina como lo prescribió Psiquiatría. 5. Terapia cognitivo conductual que ordenará Psiquiatría. 6. Nutrición parenteral con reposición de vitamina A, selenio y cobre. 7. Optimización de dosis de vitamina B12: 1 ampolla IM cada 2 semanas por 4 dosis, luego 1 ampolla mensual. 8. Optimización de dosis de vitamina D: 5000 UI qd 9. Aluminio hidróxido suspensión tid. Se adicionó colestiramina pero, al igual que el aluminio, los suspendió por intolerancia gástrica. Recibe actualmente loperamida 2 mg tid. En relación con la hipoalbuminemia no pareciera ser carencial ya que está en plan de nutrición dirigida, tiene pruebas hepáticas normales lo cual descarta disminución en la síntesis y un índice P/C normal (0.139) lo que desvirtúa pérdidas renales. Adiciono bismuto 262 mg qid antes de enfocarlo como una enteropatía perdedora de proteína.

DIAGNÓSTICOS

K591 - DIARREA FUNCIONAL

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 9209438

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
03.03.2022	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	Tele Cons Gastroenterologia	INDIRA GISELLE MURILLO LEIVA

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 9209438

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
03.03.2022	17:38	BISMUTO SUBCITRATO 262MG	262.00	MG	BUCAL	C/6H	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN

		TABLETA MASTICABLE					

EPISODIO: 9247427**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD RC****Procedimiento Asistido**

Fecha Registro: 14.03.2022

Hora Registro: 13:29:47

Responsable: ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

Tipo de herida :**Descripcion de la prestación :**

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA

Hallazgos :**Descripción procedimiento :**

<<<ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA >>> ----

----- Información Clínica REMITE: Dr. De La Hoz SEDACIÓN: propofol 170 mg + lidocaína 40 mg INDICACIÓN: diarrea crónica, posoperatorio de byapass gástrico ASA:II MÉDICO DE SEDACIÓN: Dr. Yamid Yusef Cuevas Previa explicación del procedimiento, riesgos, beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. Hallazgos ESÓFAGO: mucosa normal en toda su extensión. Unión escamocolumnar a los 38 cm de la arcada dentaria. ESTÓMAGO: evidencia de estómago intervenido, remanente gástrico con mucosa sana, en retrovisión cardias sin lesiones focales, anastomosis gastroentérica amplia y mucosa yeyunal normal explorada hasta los 50 cm de la anastomosis sin identificar claramente anastomosis duodenoyeyunal, sin embargo manteniendo el equipo en esa posición se alcanza a visualizar un líquido de aspecto bilioso distal a la punta del equipo. BIOPSIAS: yeyuno (frasco 1). Diagnóstico 1. EVIDENCIA DE ESTÓMAGO INTERVENIDO. 2. ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA AMPLIA Y SIN LESIONES. Posterior a valoración en recuperación se dan indicaciones de alimentación y signos de alarma tales como dolor, fiebre, vómito o sangrado digestivo para avisar a médico tratante. La evaluación del paciente se realizó utilizando todos los elementos de protección personal, cumpliendo los protocolos y linamientos institucionales.

Complicaciones :**ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 9247427**

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
14.03.2022	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O S IN BIOPSIA	UT Endo Digestivas	JULIO CESAR RODRIGUEZ PEREA
14.03.2022	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	UT Patologia	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 9247427

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
14.03.2022	13:18	LIDOCAINA JG PRELENA 20 MG/ML X 3ML	40.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	YAMID YUSEF CUEVAS
14.03.2022	13:18	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	140.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	YAMID YUSEF CUEVAS

EPISODIO: 9253446**Aseguradora: SERVICIO OCCID. DE SALUD BIENESTAR****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 15.03.2022

Hora Registro: 12:05:56

Responsable: VARGAS ESCOBAR, LINA MARIA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

"Control"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente masculino de 45 años que asiste a consulta de control por nutrición y dietética, viene en manejo nutricional en nuestra institución en relación a cuadro clínico de base y Snd. diarreico crónico. Antecedentes: Personales: - Síndrome Diarreico Crónico Mixto: Esteatorrea Pancreática - virus de inmunodeficiencia humana - Desnutrición Crónica Post Sleeve Gástrico -

Trastorno Ansiedad Quirúrgicos: - Bypass Gástrico: 2014 - Sleeve Gástrico En Mayo 2017 Familiares: - Madre Cancer de De Mama Izquierda, Hipertension - Padre: Ulcera Varicosa En Miembros Inferiores Su último control fue el día 10/Diciembre/2021 con nutricionista Kelly Lobo bajo la modalidad de tele consulta, indico adherencia a vía oral optimizada y soporte oral con formula polimérica de bajo índice glicémico y módulo de proteína hidrolizada por lo cual le indican dar continuidad a manejo. Regresa hoy 15/03/2022 a nuevo control, indica persiste diarrea, no obstante acepta y tolera soporte oral prescrito, mantiene peso, persiste hipoalbuminemia con edemas en miembros inferiores, continua cuidados alimentarios. Paraclínicos Febrero/21/2022 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.90 jun-20 10.20 mg/dL CREATININA EN SUERO 0.84 0.67 - 1.17 0.93 mg/dL ALBUMINA 2.40 3.5 - 5.2 2.41 g/dL SODIO EN SUERO 144.80 136 - 145 143.00 mmol/L POTASIO EN SUERO 3.31 3.5 - 5.1 2.49 mmol/L CLORO 108.40 98 - 107 109.10 mmol/L MAGNESIO 2.12 1.59 - 2.56 1.79 mg/dL INDICE RENAL 11.7 16.7 HEMATOCRITO 37.20 40.1 - 51 35.40 % HEMOGLOBINA 12.00 13.7 - 17.5 11.90 g/dL ANAMNESIS ALIMENTARIA RECuento DE CONSUMO EN 24 HORAS: antes de salir de casa prosorce 1 sobre 7:15am arepa de maiz queso huevo arroz en la mañana cafe con galletas o tostadas o achiras Enterex DB fraccionado durante la mañana fraccionado 12:30pm (en restaurante) arroz carne en bisteck sopa de vegetales frijol prosorce 1 sobre Enterex DB fraccionado durante la tarde aveces 7:00pm vegetales carne o salmon arroz prosorce 1 sobre Enterex DB fraccionado hasta dormir FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS Lacteos Leche poca deslactosada Queso bajo en grasa Otros no Huevo diario Carne de res 2-3/sem Pollo 2-3/sem Pescado 1-2/sem Cerdo 2-3/sem Visceras ocasionales Leguminosas Secas ocasional frijol Verduras diario Frutas diario mandarina banano manzana pera granadilla Agua diario Azucres, dulces y postres refiere baja ingesta Gaseosa suspendio Consumo de sal moderado Consumo y Tipo de grasa Frituras no tolera Enlatados atun agua embutidos jamon Complementos nutricionales Enterex DB 2 botellas de 237ml dia + Prousrce No carb 3 sobres 30ml dia Café diario Productos de panadería pan INFORMACION NUTRICIONAL Y HABITOS Apetito ha mejorado Habito intestinal consistencia liquida ahora 4-5 dep dia 3 dep noche Ocupación diaria Medico Auditor y teletrabajo / Abogado Actividad Física inicio terapia de neurodehabilitacion terapia fisica Cigarrillo NO Alcohol NO Alergias alimentarias niega Intolerancias alimentarias lactosa Rechazos ANTROPOMETRIA Peso usual: 127kg año 2013 bajo a 95kg con reganancia posterior en 2014, despues de bypass junio 2017 comenzo 116kg y bajo hasta 58kg Peso (01/Junio/2018):70kg Peso (18/Sept/2018):77.6kg Peso (14/Feb/2019):81kg Peso (30/Sept/2019):83kg Peso (04/Mayo/2020):76kg (tomado en lugar de trabajo y referido en teleconsulta) Peso

(22/Octubre/2020):64kg (referido en teleconsulta) Peso (13/Mayo/2021):78kg (referido en teleconsulta) Peso (04/Agosto/2021):70kg (ha perdido 8kg en los ultimos 3 meses) Peso (10/Diciembre/2021):70kg Peso actual (15/Marzo/2022):70kg (referido en teleconsulta) Talla:177 cm Indice de Masa Corporal: 22 Diagnostico nutricional: Desgaste proteico energetico, alto riesgo nutricional por patologia de base de alto gasto (virus de inmunodeficiencia humana), diarrea cronica e ingesta inferior al 60% de su requerimiento diario, perdida de 18kg

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente masculino de 45 años que asiste a consulta de control por nutrición y dietética, viene en manejo nutricional en nuestra institución en relación a cuadro clínico de base y Snd. diarreico crónico. Antecedentes: Personales: - Síndrome Diarreico Crónico Mixto: Esteatorrea Pancreática - virus de inmunodeficiencia humana - Desnutrición Crónica Post Sleeve Gástrico - Trastorno Ansiedad Quirúrgicos: - Bypass Gástrico: 2014 - Sleeve Gástrico En Mayo 2017 Familiares: - Madre Cancer de De Mama Izquierda, Hipertension - Padre: Ulcera Varicosa En Miembros Inferiores Su último control fue el día 10/Diciembre/2021 con nutricionista Kelly Lobo bajo la modalidad de tele consulta, indico adherencia a vía oral optimizada y soporte oral con formula polimérica de bajo índice glicémico y módulo de proteína hidrolizada por lo cual le indican dar continuidad a manejo. Regresa hoy 15/03/2022 a nuevo control, indica persiste diarrea, no obstante acepta y tolera soporte oral prescrito, mantiene peso, persiste hipoalbuminemia con edemas en miembros inferiores, continua cuidados alimentarios. A la anamnesis alimentaria se evidencia subadecuación calórica y proteica, a la valoración antropométrica se encuentra en Desgaste proteico energetico, alto riesgo nutricional por patologia de base de alto gasto (virus de inmunodeficiencia humana), diarrea cronica e ingesta inferior al 60% de su requerimiento diario, perdida de 18kg, requiere continuar soporte nutricional oral con formula polimérica de bajo indice glicemico (gastrectomizado) para pacientes con compromiso nutricional ademas de modulo de proteina liquido hidrolizado para pacientes con alto grado de estres metabolico como media estandar y costoefectiva para evitar mayor deterioro nutricional y complicaciones adyacentes, se realiza prescripción en aplicativo

Mipres por principio de complementariedad, con los siguientes numeros de radicaci3n de cada producto: 20220315130032871596 y 20220315128032871645 y se envian formulas a paciente. Adicionalmente se refuerza educaci3n alimentaria y nutricional y se indican recomendaciones. Se entrega orden de valoraci3n control por nutricional para 6 meses y nota de historia nutricional.

DIAGN3STICOS

B24X - ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIE NCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACI ON

E638 - OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ESPECIF ICADAS

K591 - DIARREA FUNCIONAL

Z713 - CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA D E LA DIETA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 9253446

Fecha	C3digo	Nombre	U. Organizativa	Responsable
15.03.2022	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	Tele Cons Nutricion	WINDY YAHEIDYS ESCOBAR LISCANO