

 <p>FUNDACIÓN VALLE DEL LILI</p> <p><i>Excelencia en Salud al servicio de la comunidad</i></p>	<h1>Historia Clínica</h1>	<p>Avenida Simón Bolívar Carrera 98 No. 18-49 Conmutador 032 3319090 Fax 032 3316728 Nit. 8903241775 www.valledellili.org CALI - COLOMBIA Impreso por: IGONZALEZ</p>
---	---------------------------	--

Datos Generales			
Paciente: LUZ MERY HOYOS MEJIA			Sexo: F
Fecha Nacimiento: 31.01.1991	Nº Historia Clínica: 1263386	Identificación: CC 1144150035	Edad: 31

Antecedentes

Fecha Registro: 13.08.2020

Hora Registro: 14:37:08

Responsable: VELASCO BAYUELO, CARLOS ALBERTO

Especialidad: MEDICINA INTERNA -

Patológicos - .

Quirúrgicos - .

Farmacológicos - .

Alérgicos - .

Hábitos - .

Traumáticos - .

Vacunación - .

Transfusionales - .

Ginecobstericos - .

Familiares - .

EPISODIO: 6910703

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A NPBS

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 07.01.2020

Hora Registro: 09:54:17

Responsable: MALDONADO GUTIERREZ, CATALINA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA -

Tipo de herida :

Descripcion de la prestación :

MANOMETRIA ESOFAGICA CON IMPEDANCIOMETRI

Hallazgos :

.

Descripción procedimiento :

Procedimiento MANOMETRIA ESOFAGICA DE ALTA RESOLUCIÓN MAS IMPEDANCIOMETRIA Indicaciones DISFAGIA PROGRESIVA CON PERDIDA DE PESO Interpretación / Hallazgos Se realiza manometria esofagica de alta resolución, encontrando union esofagogastrica tipo I. Presion basal del esfinter esofagico inferior normal, con adecuada relajacion dada por IRP de 2.0 mmHg. Motilidad del cuerpo esofagico normal dada por la presencia de 100% de ondas peristalticas con adecuada amplitud y duracion. Presion basal del esfinter esofagico superior normal, con adecuada coordinacion cricofaringe. Aclaramiento incompleto del bolo para el 100% de los tragos. Adecuada reserva esofagica. Impresiones 1. MANOMETRIA NORMAL. CLASIFICACION DE CHICAGO 3.0. 2. ADECUADA RESERVA ESOFAGICA. 3. ACLARAMIENTO ADECUADO DEL BOLO. DRA CATALINA MALDONADO GUTIERREZ

Complicaciones :

.

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 6910703

Fecha	Código Nombre	Responsable
-------	---------------	-------------

			U. Organizativa	
07.01.2020	893202	MANOMETRIA ESOFAGICA CON IMPEDANCIOMETRI A	UT Endo Digestivas	CLAUDIA ALEXANDRA MUÑOZ USUGA

EPISODIO: 7384327**Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 13.08.2020

Hora Registro: 14:37:08

Responsable: VELASCO BAYUELO, CARLOS ALBERTO

Especialidad: MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

CITA DE PRIMERA VEZ. SE UTILIZARON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL LAVADO DE MANOS ANTES Y POSTERIOR A VALORACION.

ENFERMEDAD ACTUAL

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:NIEGA - DISFAGIA EN ESTUDIO. ALERGICOS:METILPREDNISOLONA - METOCLOPRAMIDA. HABITOS: NIEGA FRACTURAS: NIEGA TRANFUSIONES: NIEGA QX: RINOPLASTIA HACE 6 AÑOS TTO ACTUAL:ESOMEPRAZOL 20 MG X2- MEDICAMENTOS NATURALES. GOA0CV0 FUM:8 DIAS EJERCICIO: NIEGA FAMILIARES:PADRE HTA - ABUELO - ABUELA DM. REFIERE 2 HOSPITALIZACION POR CUADRO CLINICO DE DISFAGIA REFIERE QUE MUCHOS ESTUDIOS SIN EVIDENCIA DE DX POR LO CUAL CONSULTA. RxS:REFIERE QUE TIENE UNA GASTRITIS - MUCHOS GASES - PERDIDA DE APETITO - PERDIDA DE PESO 18 KG - COME MUY POCO - SE DEMORA MUCHO CON LA INGESTA DE ALIMENTOS POR LA PRESENCIA DE MUCHOS GASES - REFIERE INSONIO - TAQUICARDIAS CON ALGUNOS MEDICAMENTOS - ALERGIAS RESPIRATORIAS FRECUENTES. VIDEODEGLUCION: DISFAGIA ESOFAGICA CARACTERIZADA POR TRANSITO LENTIFICADO, RETRASO DEL VACIAMIENTO Y MULTIPLES EPISODIOS DE REFLUJO. PHMETRIA IMPEDANCIOMETRIA DE 24 HORAS: NEGATIVA PAAR ERGE - INDICE DE SINTOMAS NEGATIVOS. ESOFAGOGRAMA DEL 16/10/19: NORMAL. ENDOSCOPIA DE SEPTIEMBRE DEL 2019: GASTRITIS ANTRAL NO EROSIVA. LABORATORIOS DEL 7/8/2020: T4 LIBRE 5.6 IgE MENOR DE 25 BUN 7.9 PCR NEGATIVA A FOLICO 15 FOSFORO 3.7 COMPLEMENTO C4 DE 23.3 TSH 0.5 LEUCOS 4960 HG 13.5 HTO 40 PLAQ 179.000 VITB12 DE 866

HIERRO 70 AST 19 ALT 13 FERRITINA 37 EXAMEN FISICO: TALLA:1.65 PESO PROMEDIO:63-64 KG PESO ACTUAL:45 KG TA: ANALISIS Y PLAN: SE ORDENA SE REMITE A VALORAICON POR GASTROENTEROLOGIA PARA DEFINIR MANEJO Y CONDUCTA ES LLAMATIVO ENDOSCOPIA SIN LESION ESTRUCTURAL - IMPEEDANCIOMETRIA NRMAL, SE DECIDE VAL POR NEUROLOGIA PARA DESCARTAR MISATENIA GRAVIS COMO CAUSSANTE Y SE ORDENA RMN D ECEREBRO PARA DESCARTAR ESCLEROSIS MULTIPLE, SE ORDENAN ESTUDIOS PARA EVALUAR COLAGENOPATIAS. FUE VALORADA POR PSIQUIATRIA PERO NO TRAE ULTIMA VALORACION. POR EL MOMENTO SIN MEDICAMENTOS.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

ANALISIS Y PLAN: SE ORDENA SE REMITE A VALORAICON POR GASTROENTEROLOGIA PARA DEFINIR MANEJO Y CONDUCTA ES LLAMATIVO ENDOSCOPIA SIN LESION ESTRUCTURAL - IMPEEDANCIOMETRIA NRMAL, SE DECIDE VAL POR NEUROLOGIA PARA DESCARTAR MISATENIA GRAVIS COMO CAUSSANTE Y SE ORDENA RMN D ECEREBRO PARA DESCARTAR ESCLEROSIS MULTIPLE, SE ORDENAN ESTUDIOS PARA EVALUAR COLAGENOPATIAS. FUE VALORADA POR PSIQUIATRIA PERO NO TRAE ULTIMA VALORACION. POR EL MOMENTO SIN MEDICAMENTOS.

DIAGNÓSTICOS

R13X - DISFAGIA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7384327

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
13.08.2020	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	UT Medicina Interna	EDWIN AROCA BRAVO

EPISODIO: 7465554

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC

Historia Hospitalización

Fecha Registro: 15.09.2020

Hora Registro: 18:46:08

Responsable: ALBAN CASTRO, GUIOVANNA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

por que tengo mucha gastritis

ENFERMEDAD ACTUAL

paciente con cuadro de 1 año de evolucion consistente en disfagia , dolor epigastrico tipo urente y dolor retroesternal asociado a pirosis con dificultad para la expulsion refiere ademas que desde hace 1 año ha tenido perdida de 20 kg aprx , ultima hospitalizacion hace 2 meses donde refiere realizan estudios sin llegar a un dx. su aliemntacion es liquida (todo licuado) no tolera solidos, sin embargo desde hace 3 dias imposibilidad para la alimentacion y exacerbacion de dolor epigastrico . hoy consulta para valoracion y manejo ya fue vaorada por medicina interna quien remitio a neurologia para descartar miastenia gravis como causante, oreno rmn cerebro a descartar esclerosis multiple, ordena estudios para evaluar collagenopatias gastroenterologia valora virtualmente indico ademas colonoscopia la cual no se ha realizado por no tolernacia a la preparacion trae 08.09.20 evda cmi fondo, cuerpo y region subcardial sin lesiones antro con eritema moteado se toma bx piloro permeable se observa con la distension de la camara gastrica para realizar retroflexion sangrado faciol de la mucosa a nivel de cuerpo distal e incisura duodeno normal hasta DII id}: gastritis cronica no especificada pendiente reporte de biopsia 24.08.20 rmn abdomen en lo incluido de las bases pulmonares no hay alteraciones detectables por este metodo el higado, es de forma, tamaño y configuracion normal. no se observan lesiones focales o difusas o alteracion en la intensidad de la señal, porta y venas hepaticas permeables no hay diltacion de la via biliar intra ni extrahepatica, vesicula adecuadamente distendida de paredes delgadas sin liquido libre perivesicular ni calculos en su interior en pancreas conserva la intensidad de señal normal,mno hay dilatacion del conducto bazo y galndulasadrenales sin alteraciones los riñones son de forma, configuracion y posicion normal. quiste parapielico izquierdo simple de 22mm no hay dilatacion del sistema pielocolector la aorta y la cava son de calibre normal, no hay masas colecciones o adenopatias retroperitoneales no hay liquido libre en la cavidad abdominal lo incuido de las asas intestinales sin signos obstructivos planos grasos y musculares respetados las estructuras oseas conservan la intensidad de señal normal conclusion: QUISTE SIMPLE

RENAL IZQUIERO TIPO I DE LA CLASIFICACION DE BOSNIAK patologicos
disfagia en estudio, alergicos metoclopramida, metilprednisolona

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 107.00 / 86.00 - TAM: 93.00 - T°C: 36.70 - FC: 73.00 - FR: 16.00 - S.Con
O2: 0.00 - PESO: 0.00 - TALLA: 0.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 100.00
- PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO**Aspecto General:**

caquectica

Cabeza:

Normocefalo sin estigmas de trauma

Cara:

Sin alteraciones

Ojos:

PNR a la luz escleras anictericas conjutnivas rosadas

Cuello:

Movil sin masas ni adenopatias sin ingurgitacion yugular

ORL:

Mucosas humedas ,orofaringe sin eritema , amigdalas sin placas

Tórax:

RsCsRsRs no soplos campos pulmonares sin ruidos sobreagregados

Abdomen:

blando depresible dolor a la palpacion en epigastrio y hemiabdomen inferior ,
sin signos de irritacion peritoneal

SNC:

Glasgow 15/15

Genitourinario:

Se omite

Extremidades:

Simetricas, moviles, edemas

Pulsos Periférico:

Presentes simetricos de buena intensidad

Piel y Tejidos:

Llenado capilar menor 2 seg

ANALISIS Y CONDUCTA

paciente de 29 años de edad con cuadro de 1 año de evolucion consistente en disfagia sin tener hasta el momento un dx claro. ahora con cuadro de epigastralgia y pirosis , asociado a imposibilidad desde hace 3 dias para ladeglucio incluido alimentos liquidos paciente caquectica, con dolor a la palpacion en epigastrio no luce toxica no tiene signos de focalizacion neurologica considero por el momento toma de paraclincos de ingreso para determimnar estado metabolico ya que lleva 3 dias sin ingesta de alimentos y segun reporte definir valoracio por gastroenterologia

DIAGNÓSTICOS

E46X - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, NO ESPECI FICADA

K590 - CONSTIPACION

K297 - GASTRITIS, NO ESPECIFICADA

R13X - DISFAGIA

M350 - SINDROME SECO [SJOGREN]

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.09.2020

Hora Registro: 22:11:15

Responsable: CERON URBANO, ANDRES FELIPE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Valoración en Sala de observación urgencias

LUZ MERY HOYOS MEJIA 29 años de cali contadora en clinica comfandi vive con su mama y su papa Antecedentes: patologicos - gastritis desde hace 2 meses - hipertrofia de cornetes - rinitis alergias no - intolerancia a metoclopramida por taquicardia farmacos - nedox sobres 20 -10 -20 - magnesio liquido - microorganismos, probioticos - fluticasona spray esguince de tobillo julio 2019 Esta aplicandose desde hace mes y medio sueros biologicos, vitaminas, minerales refiere 1 año de evolucion consistente en disfagia, dolor epigastrico tipo urente y dolor retroesternal asociado a pirosis con dificultad para la expulsión de gases - eructadera refiere ademas que desde hace 1 año ha tenido perdida de 20 kg aprx, ha cambiado su dieta a una dieta mas sana, con mejoría parcial, pero al comer pimienta empeoramiento de sintomas nuevamente, su alimentación es liquida - todo lo licua consumo de abundantes alimentos amarillos última hospitalización hace 2 meses donde refiere realizan estudios sin llegar a un dx. fue valorada por medicina interna quien remitió a neurologia para descartar miastenia gravis como causante, ordeno rmn cerebro a descartar esclerosis múltiple, ordena estudios para evaluar collagenopatias gastroenterologia valora virtualmente indico ademas colonoscopia la cual no se ha realizado por no tolerancia a la preparación trae 08.09.20 evda cmi fondo, cuerpo y region subcardial sin lesiones antro con eritema moteado se toma bx piloro permeable se observa con la distension de la camara gastrica para realizar retroflexion sangrado facial de la mucosa a nivel de cuerpo distal e incisura duodeno normal hasta DII id}: gastritis cronica no especificada pendiente reporte de biopsia 24.08.20 rmn abdomen en lo incluido de las bases pulmonares no hay alteraciones detectables por este metodo el higado, es de forma, tamaño y configuracion normal. no se observan lesiones focales o difusas o alteracion en la intensidad de la señal, porta y venas hepaticas permeables no hay dilatacion de la via biliar intra ni extrahepatica, vesicula adecuadamente distendida de paredes delgadas sin liquido libre perivesicular ni calculos en su interior en pancreas conserva la intensidad de señal normal, no hay dilatacion del conducto bazo y glandulas adrenales sin alteraciones los riñones son de forma, configuracion y posicion normal. quiste parapielico izquierdo simple de 22mm no hay dilatacion del sistema pielocolector la aorta y la cava son de calibre normal, no hay

masas colecciones o adenopatias retroperitoneales no hay liquido libre en la cavidad abdominal lo incluido de las asas intestinales sin signos obstructivos planos grasos y musculares respetados las estructuras oseas conservan la intensidad de señal normal conclusion: QUISTE SIMPLE RENAL IZQUIERO TIPO I DE LA CLASIFICACION DE BOSNIAK 02.25.2020 ph metria (impedancia ph) negativo para enfermedad por reflujo gastroesofagico indice de sintomas negativo 26.12.2019 manometria normal chicago 3.0 adecuada reserva esofagica aclaramiento adecuado del bolo 16.10.2020 radiografia de estomago normal

Regulares condiciones generales conciente y alerta orientado en tiempo, persona y lugar orl: normal. Mucosas humedas, normocromicas cabeza: normocefalo ojos: pinr cuello: central, movil, sin masas, no ingurgitacion yugular. No rigidez de nuca torax: rscrs, sin soplos. Rs rs de adecuada intensidad. Sin sobregagados. No signos de dificultad respiratoria abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpacion, sin masas ni visceromegalias, peristaltismo + puñopercusion lumbar negativa extremidades: simetricas. Bien perfundidas, sin edemas. Neurologico: glasgow 15/15. Pares sin deficit. No deficit motor ni sensitivo. Fuerza muscular 5/5. Rot: ++/++++. Piel: palidez-
 RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS 4.10 HEMATOCRITO 37.40 HEMOGLOBINA 12.20 MCV 91.20 MCH 29.80 MCHC 32.60 RDW CV 14.90 GRANULOCITOS INMADUROS # 0.01 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 5.49 NEUTROFILOS # 2.63 LINFOCITOS # 2.49 MONOCITOS # 0.32 EOSINOFILOS # 0.03 BASOFILOS # 0.01 NEUTROFILOS % 47.90 LINFOCITOS % 45.40 GRANULOCITOS INMADUROS % 0.20 MONOCITOS % 5.80 EOSINOFILOS % 0.50 BASOFILOS % 0.20 RDWSD 50.1 RECUENTO DE PLAQUETAS 226 MPV 10.50 INDICE NEUTROFILOS / LINFOCITOS (INL) 1.06 GLICEMIA 86.60 NITROGENO UREICO EN SUERO 3.80 CREATININA EN SUERO 0.53 SODIO EN SUERO 140.70 POTASIO EN SUERO 3.91 CLORO 103.70 INDICE RENAL 7.1

paciente con perdida de peso por alteración en la deglución, con múltiples estudios sin signostico claro, eructadera y disfagia como sintomas cardinales, no alteracion en laboratorios, aunque me dice que se ha estado aplicando suplementos vitaminas y electrolitos endovenosos dejo en observación, solicito concepto de gastroenterología

concepto de gastroenterologia, nutrición dejo ondansetron 4 mg cada 8 hoas omeprazol 40 mh cada 12 hroas madalgato/dimeticona cada 8 hroas observación

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.09.2020

Hora Registro: 12:13:34

Responsable: VILLAMIL GUERRERO, WILSON STHEEVENG

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA LUZ MERY HOYOS MEJIA 29 años ENFERMEDAD ACTUAL

Refiere 1 año de evolución consistente en disfagia, dolor epigástrico tipo urente y dolor retroesternal asociado a pirosis con dificultad para la expulsión de gases. Además presenta xerostomía, xeroftalmía, xerosis y pérdida de 20 kg de peso aproximadamente en el último año. Actualmente con dieta líquida. Fue valorada por medicina interna quien remitió a neurología para descartar miastenia gravis como causante, ordenó rmn cerebro a descartar esclerosis múltiple, también valorada por gastroenterología. Antecedentes: patológicos - gastritis desde hace 2 meses - hipertrofia de cornetes - rinitis alergias no - intolerancia a metoclopramida por taquicardia farmacos - nedox sobres 20 -10 -20 - magnesio liquido - Probioticos - Fluticasona spray OBJETIVO Signos vitales Fecha Hora T Fc FR PAS PAD PAM SATO2 16.09.2020 08:39:04 36,00 46,00 19,00 98,00 71,00 80,00 98,00 16.09.2020 04:11:33 36,30 44,00 21,00 98,00 60,00 72,67 97,00 16.09.2020 01:09:36 36,20 47,00 21,00 92,00 60,00 70,67 97,00 Regulares condiciones generales, consciente y alerta, orientada en tiempo, persona y lugar. Mucosa oral seca, escleras anictéricas, cuello móvil, sin masas. Ruidos cardiacos rítmicos, in soplos. MV conservado, no agregados, abdomen bando, no doloroso. Extremidades simétricas, sin edemas, pulsos periféricos presentes. Sin déficit neurológico. PARACLINICOS 15.09.2020 Calcio pte, proteínas 6.5, albumina 4.72, magnesio 2.21, glicemia 88.6, BUN 3.8, creatinina 0.53, sodio 140.7, potasio 3.91, cloro 103.7 Hemograma: leucocitos 5490, neutrofilos 2630, linfocitos 2490, Hb 12.2, Hto 37.4, VCM 91.2, MCHC 32.6, plaquetas 226000. TRAE 08.09.20 EVDA CMI Fondo, cuerpo y region subcardial sin lesiones antro con eritema moteado, se toma bx, piloro permeable se observa con la distension de la camara gastrica para realizar retroflexion sangrado faciol de la mucosa a nivel de cuerpo distal e incisura, duodeno normal hasta DII id}: gastritis cronica no especificada pendiente reporte de biopsia 24.08.20 RMN ABDOMEN No se observan lesiones focales o difusas o alteracion en la intensidad de la señal, porta y venas hepáticas permeables no hay diltacion de la via biliar intra ni extrahepática, vesicula adecuadamente distendida de paredes delgadas sin liquido libre perivesicular ni calculos en su interior en pancreas conserva la intensidad de señal normal, no hay dilatacion del conducto bazo y galndulasadrenales sin alteraciones los riñones son de forma, configuracion y posicion normal. quiste parapielico

izquierdo simple de 22mm no hay dilatacion del sistema pielocolector la aorta y la cava son de calibre normal, no hay masas colecciones o adenopatias retroperitoneales no hay liquido libre en la cavidad abdominal lo incluido de las asas intestinales sin signos obstructivos planos grasos y musculares respetados las estructuras oseas conservan la intensidad de señal normal conclusion: QUISTE SIMPLE RENAL IZQUIERO TIPO I DE LA CLASIFICACION DE BOSNIAK 02.25.2020 ph metria (impedancia ph) negativo para enfermedad por reflujo gastroesofagico indice de sintomas negativo 26.12.2019 manometria normal chicago 3.0 adecuada reserva esofagica aclaramiento adecuado del bolo DIAGNOSTICOS: 1. Disfagia en estudio 2. Síndrome seco? ANALISIS Paciente con cuadro clínico de 1 año de evolución de disfagia acompañado arogastría, dolor abdominal, síntomas secos y pérdida de peso de 20kg aproximadamente. Reinterrogándola refiere haber consumido durante dos años Roacután (isotretinoína) hasta el inicio de los síntomas, medicamento que se asocia a síntomas secos dentro de sus efectos secundarios. Ha sido valorada por Gastroenterología y neurología y cuenta con múltiples estudios entre los cuales se encuentran manometría, ph metria, EVDA, prueba de estímulo repetitivo, videodeglución, RMN de abdomen, todos sin alteraciones relevantes. Actualmente en regulares condiciones generales, tendencia a la bradicardia. Paraclínicos muestran hemogram sin anemia, albumina, proteínas, azúcares y electrolitos normales. Se decide solicitar estudios para síndrome seco, perfil carencial, EKG, valoración por nutrición y por psiquiatría dado que no hay aparente alteración orgánica. Dr. Wilson Villamil Internista. Dr. Andrés Bermúdez Residente de Medicina Interna

.

.

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 16.09.2020

Hora Registro: 13:51:08

Responsable: ORTEGA MAYA, ISABELLA

NUTRICION

NUTRICION -DIETA LIQUIDA COMPLETA, NO: LECHE, RES, ESPINACAS, LEGUMINOSAS, NO FRUTAS ASTRIGNENTES, BAJA EN GAS.

REFRIGERIO MAÑANA Y TARDE:COMPOTA . DESAYUNO CON JUGO DE MANGO. -VIGILAR INGESTA Y SINTOMAS TRAS LA INGESTA DE LA MISMA POR FAVOR! -TOMAR PESO SEMANAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.09.2020

Hora Registro: 15:53:52

Responsable: MONTOYA LEHMANN, BEATRIZ EUGENIA

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA LUZ MERY HOYOS MEJIA 29 años Contadora Vive con madre, padre Solicitada interconsulta por cuadro de perdida de peso Paciente sin antecedente de enfermedad metal con cuadro clinico de 1 año de evolución de disfagia, dolor epigastico dolor retroesternal asociado a pirosis con dificultad para la expulsión de gases. Además presenta xerostomía, xeroftalmía, xerosis y perdida de 20 kg de peso aproximadamente en el último año. La paciente niega que haya perdido el apetito pero si reconoce ansiedad a la hora de las comidas asociado al malestar gastrico que aparece despues de la ingesta. Manifiesta que hace 3 meses a causa de sintomas de ansiedad en una hospitalizacion (en otra institucion) le inciaron clonazepam gotas y fluoxetina, le generaban aumento de la sensacion de boca seca, y continuaba con sensacino de tarquicardia e inquietud motora, pero esto desapareció cuando le suspendieron la metoclopramida. Niega que tenga animo ideacion suicida o crisis ansiosas, reconoce que su condicion actual ha afectado su trabajo "estoy incapacitada", la socializacion y la perdida del disfrute por la comida. Ha buscado la explicacion para su condicion y le preocupa no tener diagnostico claro, incluso ha considerado la opcion de tener sintomas asociados a ansiedad. Antecedentes: patologicos- gastritis desde hace 2 meses- hipertrofia de cornetes - rinitis alergias intolerancia a metoclopramida por acatisia. farmacos: nedox sobres 20 -10 -20, magnesio liquido, Probioticos Fluticasona spray

EXAMEN MENTAL ACTUAL: Apariencia: se encuentra con evidencia de perdada marcada de peso, luce palida Psicomotor: euquienetica Afecto: aplanado Pensamiento: tono de voz adecuado, con intervalo pregunta/respuesta disminuido ligeramente, es relevante, coherente, no se evidencian delirios, niega ideación suicida, niega ideacion homicida. Se encuentra preocupada por su condicion de salud y por los efectos secundarios de los medicamentos Forma de pensamiento: lógica Sensopercepcion: sin alucinaciones o ilusiones

Sensorio: está alerta, orientado en tiempo, lugar y persona, sin alteración en la memoria. Introspección: parcial Juicio de realidad sin alteraciones

ANALISIS Paciente con cuadro clínico de 1 año de evolución de disfagia, alteración importante en el patrón alimentario, dolor abdominal, síntomas secos y pérdida de peso de 20 kg aproximadamente. La paciente tiene en mi concepto una disociación ideoafectiva, pero podría ser debido a que tiene la posibilidad de tener un diagnóstico claro en esta hospitalización. Se plantea la opción de iniciar manejo para trastorno de ansiedad, por la relación ansiosa que se evidencia con los alimentos, la paciente manifiesta su deseo de no iniciar medicamentos para este fin porque teme que se aumente la sensación de boca seca. Se propone a la paciente esperar hasta mañana para iniciar tratamiento, se revalorará mañana Riesgo de evasión: bajo. Riesgo de agitación: bajo. Riesgo de suicidio: bajo. 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

La paciente manifiesta su deseo de no iniciar medicamentos para ansiedad por la posibilidad de boca seca. Se revalorará mañana - seguimiento por psiquiatría

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.09.2020

Hora Registro: 17:58:20

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta en Urgencias

Gastroenterología. Paciente de 29 años, contadora, soltera, sin hijos. En compañía de madre. Procedente de Cali. Motivo de consulta: "gases y dolor" Enfermedad actual: Paciente con 12 meses de evolución de disfagia que asocia a producción de gases, con mejoría tras expulsión de estos; sin pirosis, con náuseas sin emesis, sin diarrea ni sangrados. Realizan EDS con evidencia de gastritis crónica y H. pylori positivo sin tratamiento entonces, según la paciente, por poca tolerancia a la vía oral. Desde hace 2 meses, con dolor tipo ardor en epigastrio asociado a distensión abdominal, con constipación (deposición cada 4-5 días), sin sangrados; sin cambios con la deposición; empeora con el estrés, ayuno, condimentos y grasas, mejora con consumo de líquidos. Durante los últimos 12 meses ha perdido aproximadamente 20 kg de peso. Niega ictericia, fiebre o sudoración. Se aplica sueros parenterales

ordenados por medicina biológica desde hace mes y medio. Fue valorada por medicina interna que remitió a neurología para descartar miastenia gravis como causante, se ordenó RNM de cerebro para descartar esclerosis múltiple, estudios para evaluar collagenopatías que están pendientes. Gastroenterología valora virtualmente y ordena colonoscopia pero no se ha realizado por intolerancia a la preparación. Ha sido valorada por psicología y realiza programación neurolingüística, pero no recuerda qué diagnósticos ha recibido. Revisión de síntomas por sistemas: xeroftalmia y xerostomía. Antecedentes patológicos: gastritis crónica y H. pylori (sin erradicación). Hipertrofia de cornetes y rinitis alérgica. Medicación: esomeprazol (Nedox 20-10-20mg), fluticasona nasal, hidroxicina en jarabe en las noche. Toma productos naturistas a base de magnesio y probióticos. Alérgicos: intolerancia a metoclopramida y metilprednisolona. Quirúrgicos: rinoplastia. AGO: G0P0A0. FUM: no recuerda por irregularidad tras pérdida de peso. AF: HTA en padre. Niega neoplasia del TGI. Al EF en aceptable estado general, luce decaída, sin disnea en reposo, ansiosa por momentos. Afebril, FC 62 lpm, FR 16 rpm, PA 98/71, Sat 98% con Fio2 del 21%. CyC: mucosas rosadas, hidratadas, sin ictericia. Tiroides palpable, sin nódulos ni aumento de tamaño aparente. Acantosis nigricans en cuello. Tórax: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. MV conservado, sin ruidos agregados. Abdomen: distensión hacia flanco y fosa ilíaca izquierdos, peristaltismo presente, con dolor en epigastrio y fosa ilíaca izquierda que aumenta con la palpación, sin dolor de rebote; sin megalias ni signos de irritación peritoneal. Extremidades: sin edemas ni cambios de color distal. Sin temblor distal. Neurológico: alerta, consciente y orientada en las 3 esferas. Psiquiátrico: sin alteraciones del contenido ni forma del pensamiento; tangencial, sin fugas de ideas; ideas de minusvalía, sin ideas sobrevaloradas.

15.09.2020. Hb 12,2, HTO 37,4%, VCM 91,2, CMHC 32,6, ADE 14,9%.

Leucocitos 5.490 (PMN-N 47,9%, totales 2.630; linfocitos 45,4%, totales 2490; eosinófilos 0,5%). Plaquetas 226.000. Cr 0,53, BUN 3,8. Na 140, K 3,9, Cl 103, Mg 2,21. Glicemia 86,6. Albúmina 4,72; proteínas totales 6,5gr/dL.

Extrahistológicas: 08.09.20 EVDA (CMI): región subcardial sin lesiones, antro con eritema moteado. Píloro permeable. Se observa con la distensión de la cámara gástrica para realizar retroflexión sangrado fácil de la mucosa a nivel de cuerpo distal e incisura. Duodeno normal en lo visualizado. IDx: gastritis crónica no especificada. Pendiente reporte de biopsia. 24.08.20 RNM abdomen: quiste simple renal izquierdo tipo I de Bosniak. 25.02.2020. pHmetría con impedancia: negativo para enfermedad por reflujo ácido. Índice de síntomas negativo. 26.12.2019. Manometría normal: Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica, aclaramiento adecuado del bolo. 04.10.2019. EVDA y Bx: gastritis

crónica no atrófica, activa. H. pylori positivo. Negativo para metaplasia, displasia o malignidad.

Paciente con cuadro crónico (1 año de evolución) consistente en disfagia esofágica, dolor esternal y pérdida de peso sin etiología filiada después de varios estudios dirigidos por Gastroenterología extrainstitucionalmente. Al revisar los paraclínicos se destacan tres endoscopias con reporte de eritema antral sin toma de biopsias esofágicas sino hasta la del 08.09.2020 (reporte pendiente); dos cine DEGLUCIONES, una normal y otra con retardo en el aclaramiento esofágico; esofagograma normal; pH metría con índice de asociación del 100% para reflujo débilmente ácido; manometría esofágica de alta resolución normal y resonancia magnética abdominal normal. De lo anterior puede concluirse que cursa con esófago hipersensible lo cual puede explicar algunos síntomas pero no el cuadro por completo. Ante la probabilidad latente de un trastorno de motilidad esofágica inadvertida por la realización mediante el protocolo convencional con degluciones de agua, ordenaré una nueva manometría esofágica con degluciones de material espeso (compota de frutas). Este estudio tiene un mayor rendimiento cuando se realiza ambulatoriamente SIN MEDICACIÓN RELACIONADA CON LA MOTILIDAD DEL TRACTO DIGESTIVO. No puede descartarse la asociación de la disfagia con una patología sistémica de índole oncológico (paraneoplásico?), infeccioso (Chagas?), autoinmune (esclerodermia? Sjögren?) o metabólico (hipotiroidismo? hiperparatiroidismo? hipocortisolismo?), en este sentido Medicina Interna está adelantando los estudios pertinentes. Finalmente deberá esperarse el reporte de las biopsias esofágicas obtenidas recientemente para descartar esofagitis eosinofílica o cualquier otra patología asociada a la disfagia. Recomendando valoración por Psiquiatría para descartar concomitancia de trastorno depresivo, ansioso o incluso, trastorno de alimentación.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.09.2020

Hora Registro: 08:16:54

Responsable: CAMACHO GALVEZ, JULIAN DAVID

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

Paciente con cuadro clínico de 1 año de evolución de disfagia acompañado arogastría, dolor abdominal, síntomas secos y pérdida de peso de 20kg aproximadamente. Reinterrogándola refiere haber consumido durante dos años

Roacután (isotretinoína) hasta el inicio de los síntomas, medicamento que se asocia a síntomas secos dentro de sus efectos secundarios. Ha sido valorada por Gastroenterología y neurología y cuenta con múltiples estudios entre los cuales se encuentran tres endoscopias con reporte de eritema antral sin toma de biopsias esofágicas sino hasta la del 08.09.2020 (reporte pendiente); dos cine DEGLUCIONES, una normal y otra con retardo en el aclaramiento esofágico; esofagograma normal; pH metría con índice de asociación del 100% para reflujo débilmente ácido; manometría esofágica de alta resolución normal y resonancia magnética abdominal normal. Valorada por gastroenterología quien concluye que cursa con esófago hipersensible lo cual puede explicar algunos síntomas pero no el cuadro por completo. Ante la probabilidad latente de un trastorno de motilidad esofágica inadvertida por la realización mediante el protocolo convencional con degluciones de agua, ordenará una nueva manometría esofágica con degluciones de material espeso (compota de frutas), estudio que tiene mayor rendimiento cuando se realiza ambulatoriamente sin medicación relacionada con la motilidad del tracto digestivo. Se hospitalizó a cargo de medicina interna para ampliar estudios y poder aclarar un poco la posible etiología de su cuadro clínico. Continúa manejo intrahospitalario interdisciplinario de su patología.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.09.2020

Hora Registro: 09:11:54

Responsable: DE PAZ COBO, DAVID ANDRES

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA LUZ MERY HOYOS MEJIA 29 años DIAGNOSTICOS: 1.

Disfagia en estudio 2. Síndrome seco? 3. Bradicardia sinusal Antecedentes:

patologicos - gastritis desde hace 2 meses - hipertrofia de cornetes - rinitis

alergias no - intolerancia a metoclopramida por taquicardia farmacos - nedox

sobres 20 -10 -20 - magnesio liquido - Probioticos - Fluticasona spray

OBJETIVO Signos vitales Fecha Hora T Fc FR PAS PAD PAM SATO2 17.09.2020

04:00:00 35,30 53,00 18,00 90,00 61,00 70,67 98,00 17.09.2020 00:02:30

35,10 77,00 20,00 134,00 100,00 111,33 98,00 16.09.2020 20:13:56 35,40

51,00 18,00 112,00 72,00 85,33 100,00 Aceptables condiciones generales, consciente y alerta, orientada en tiempo, persona y lugar. Mucosa oral seca, escleras anictéricas, cuello móvil, sin masas. Ruidos cardíacos rítmicos, in soplos. MV conservado, no agregados, abdomen blando, no doloroso. Extremidades simétricas, sin edemas, pulsos periféricos presentes. Sin déficit neurológico. PARACLINICOS 16.09.2020 TSH 0.974, vitamina D 22.8, Vitamina B12 825, ferritina 89.2, ácido fólico 7.26. ANAs y extractables en proceso. 15.09.2020 Calcio pte, proteínas 6.5, albumina 4.72, magnesio 2.21, glicemia 88.6, BUN 3.8, creatinina 0.53, sodio 140.7, potasio 3.91, cloro 103.7 Hemograma: leucocitos 5490, neutrofilos 2630, linfocitos 2490, Hb 12.2, Hto 37.4, VCM 91.2, MCHC 32.6, plaquetas 226000. TRAE 08.09.20 EVDA CMI Fondo, cuerpo y región subcardial sin lesiones antral con eritema moteado, se toma bx, píloro permeable se observa con la distensión de la cámara gástrica para realizar retroflexión sangrado focal de la mucosa a nivel de cuerpo distal e incisura, duodeno normal hasta DII id}: gastritis crónica no especificada pendiente reporte de biopsia 24.08.20 RMN ABDOMEN conclusión: QUISTE SIMPLE RENAL IZQUIERDO TIPO I DE LA CLASIFICACIÓN DE BOSNIAK 02.25.2020 pH metría (impedancia pH) negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico índice de síntomas negativo 26.12.2019 manometría normal chicago 3.0 adecuada reserva esofágica aclaramiento adecuado del bolo ANALISIS Paciente con cuadro clínico de 1 año de evolución de disfagia acompañado de aerofagia, dolor abdominal, síntomas secos y pérdida de peso de 20kg aproximadamente. Reinterrogándola refiere haber consumido durante dos años Roacután (isotretinoína) hasta el inicio de los síntomas, medicamento que se asocia a síntomas secos dentro de sus efectos secundarios. Ha sido valorada por Gastroenterología y neurología y cuenta con múltiples estudios entre los cuales se encuentran tres endoscopias con reporte de eritema antral sin toma de biopsias esofágicas sino hasta la del 08.09.2020 (reporte pendiente); dos cine-degluciones, una normal y otra con retardo en el aclaramiento esofágico; esofagograma normal; pH metría con índice de asociación del 100% para reflujo débilmente ácido; manometría esofágica de alta resolución normal y resonancia magnética abdominal normal. Valorada por gastroenterología quien concluye que cursa con esófago hipersensible lo cual puede explicar algunos síntomas pero no el cuadro por completo. Ante la probabilidad latente de un trastorno de motilidad esofágica inadvertida por la realización mediante el protocolo convencional con degluciones de agua, ordenará una nueva manometría esofágica con degluciones de material espeso (compota de frutas), estudio que tiene mayor rendimiento cuando se realiza ambulatoriamente sin medicación relacionada con la motilidad del tracto digestivo. Actualmente en aceptables condiciones generales,

hemodinamicamente estable, con tendencia a la bradicardia. Paraclínicos de hoy muestran niveles adecuados de vitamina B12, ácido fólico y ferritina, vitamina D baja, TSH normal, EKG con bradicardia sinusal no documentada previamente la cual puede verse en procesos autoinmunes. Pendiente ANAs, ENAs y valoración por nutrición. Se solicita biopsia de glándula salival, prueba de Schirmer y estudios de extensión. Se suspende hioscina porque puede exacerbar dismotilidad y síntomas secos. Se explica a paciente. Se hospitaliza por Medicina Interna.

.

.

Plan Hospitalizar Se solicita biopsia de glándula salival, prueba de Schirmer, RPR, AgSHB, antiCore HB, anticuerpos VHC, VIH, LDH, electroforesis de proteínas, proteinuria, creatinuria, calcio, PTH, VSG, PCR, anti-DNA y factor reumatoideo.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 17.09.2020

Hora Registro: 15:37:19

Responsable: CUERVO GARCIA, DIANA CAROLINA

NUTRICION

NUTRICION -NADA VÍA ORAL. -SUMINISTRAR ENSURE HN PLUS VIA SONDA NASOGÁSTRICA A 20 MILILITROS POR HROA. SIN AVANCE. CON BOMBA DE INFUSIÓN. -SE SOLICITA PORFAVOR TOMA DE FÓSFORO, POTASIO Y MAGNESIO PARA MAÑANA. -SUMINISTRAR TIAMINA 300 MILIGRAMOS DURANTE 5 DÍAS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.09.2020

Hora Registro: 16:13:34

Responsable: DE PAZ COBO, DAVID ANDRES

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA EVOLUCIÓN 1. No toleró dieta líquida. Ayuno prolongado con episodio de hipoglucemia no sintomática. Indico paso de sonda nasogástrica e inicio de nutrición enteral. 2. Se programa biopsia de glándula salival menor, en sala de

procedimientos de servicio de reumatología, para el día de mañana. 3. Esperamos resultado de estudios solicitados. Debe reclamar estudio patológico extrahospitalario. Por ahora sigue hospitalizada. Explico.

.

.

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 17.09.2020

Hora Registro: 16:15:41

Responsable: DE PAZ COBO, DAVID ANDRES

Paso de sonda nasogástrica para inicio de nutrición enteral

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.09.2020

Hora Registro: 08:59:52

Responsable: DE PAZ COBO, DAVID ANDRES

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

Medicina Interna - evolución Paciente con disfagia predominantemente a sólidos, recientemente también a líquidos, sin causa mecánica identificada, con probable trastorno de motilidad esofágica, sin causa específica en múltiples estudios funcionales (no evidencia de ERGE, manometría normal). Una videodeglución reporta tránsito esofágico medio y distal lentificado. El compromiso ha sido progresivo y como complicaciones presenta pérdida de peso mayor, sarcopenia, anemia y trastornos menstruales. En el momento con nutrición enteral por sonda nasogástrica. Me dice que le tomaron unas biopsias de esófago, las cuales están en proceso en Sura, y debe recoger resultados, con el fin de descartar causas como esofagitis eosinofílica. Aunque al interrogatorio su disfagia apunta más a un origen esofágico, me pregunto si su disfagia tiene también un componente faríngeo. Me dice que antes de la pandemia, estuvo en sesiones de terapia por fonoaudiología con las cuales presentó mejoría parcial. Solicito valoración por fonoaudiología. Antes de descartar por completo causa orgánica, y clasificar como trastorno funcional, dada la gravedad del cuadro, se dejó hospitalizada para extender estudios. Es

llamativo que además tiene un síndrome secco y un trastorno en la conducción cardíaca, que hace sospecha en causa sistémica. No hay lesiones en piel ni raynaud que sugieran escleroderma, los ANAs y ENAs son negativos, sin embargo se solicitó una biopsia de glándula salival menor con el fin de descartar un Sjögren. El chagas tiene como complicaciones tardías compromiso esofágico y cardíaco, por lo que solicito unos anticuerpos para T. cruzi. No se acompaña de disfonía ni ptosis, ni otros signos que sugieran origen central, sin embargo no se descarta; según resultados se decidirá imágenes del sistema nervioso. Solicito concepto a reumatología. Explico.

.

.

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 18.09.2020

Hora Registro: 13:25:03

Responsable: CUERVO GARCIA, DIANA CAROLINA

NUTRICION

NUTRICION -NADA VÍA ORAL. -SUMINISTRAR ENSURE HN PLUS VIA SONDA NASOGÁSTRICA A 30 MILILITROS POR HROA. SIN AVANCE. CON BOMBA DE INFUSIÓN. -SUMINISTRAR TIAMINA 300 MILIGRAMOS DURANTE 5 DÍAS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.09.2020

Hora Registro: 17:36:15

Responsable: DE PAZ COBO, DAVID ANDRES

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Evolución

REPORTE DE PATOLOGÍA Sura Fecha 26.09.2020 Esófago: mucosa esofágica con representación del epitelio escamoso, hay vasocongestión superficial y leve infiltrado de mononucleares y ocasionales eosinófilos de 1 a 2 por campo de alto aumento. No hay cambio de metaplasia intestinal, displasia ni malignidad en esta muestra. Estómago: mucosa antral y corporal con similares hallazgos histológicos, leve infiltrado inflamatorio mononuclear. Actividad inflamatoria:

leve. Helicobacter pylori cantidad: escasa. Formación de folículos linfoides: ausente. Atrofia: ausente. Metaplasia intestinal: ausente. No hay malignidad. CONCLUSIÓN 1. Esofagitis crónica por reflujo, leve 2. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo. 3. Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad.

.

.

.

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 18.09.2020

Hora Registro: 17:43:21

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: MEDICINA INTERNA - REUMATOLOGIA -

Tipo de herida :

Limpia

Descripción de la prestación :

BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MENO

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

Previo firma de consentimiento informado Asepsia y antisepsia con yodados Labio inferior, se infiltra con lidocaína 2%, se realiza incisión de +/- 5 mm, se obtienen 2 tejidos compatibles con glándulas salivales. Se cierra con Catgut 2 puntos. Sin complicaciones. Se envía material a patología. Procedimiento realizado con Dra. Vanessa Ocampo Residente de Reumatología

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.09.2020

Hora Registro: 17:44:29

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta en Urgencias

REUMATOLOGÍA LUZ MERY HOYOS MEJIA 29 AÑOS PROCEDENTE DE CALI
 CONTADORA ENFERMEDAD ACTUAL: Refiere 1 año de evolución consistente en disfagia predominantemente para sólidos, dolor epigástrico tipo urente y dolor retroesternal, síntomas que asocia a producción de gases. Además presenta xerostomía, xeroftalmia, xerosis y pérdida de 20 kg de peso aproximadamente en el último año. Actualmente con dieta líquida. Fue valorada por medicina interna quien remitió a neurología para descartar miastenia gravis como causante, ordenó rmn cerebro a descartar esclerosis múltiple, también valorada por gastroenterología. Realizan EDS con evidencia de gastritis crónica y H. pylori positivo sin tratamiento entonces, según la paciente, por poca tolerancia a la vía oral. Desde hace 2 meses, con dolor tipo ardor en epigastrio asociado a distensión abdominal, REVISIÓN POR SISTEMAS: Sin síntomas urinarios, neurológicos ni osteomusculares. Niega Raynaud o dolor articular, no úlceras orales. Algunos cambios del hábito intestinal recientes dados por estreñimiento. ANTECEDENTES Antecedentes patológicos: gastritis crónica y H. pylori (sin erradicación). Hipertrofia de cornetes y rinitis alérgica. Medicación: esomeprazol (Nedox 20-10-20mg), fluticasona nasal, hidroxicina en jarabe en las noche. Toma productos naturistas a base de magnesio y probióticos. Alérgicos: intolerancia a metoclopramida y metilprednisolona. Quirúrgicos: rinoplastia. AGO: G0P0A0. FUM: no recuerda por irregularidad tras pérdida de peso. AF: HTA en padre. Niega neoplasia del TGI. Prima con artritis juvenil. EXAMEN FÍSICO: Regular estado general, sin disnea en reposo, ansiosa por momentos. Afebril T 35.3 FC 57 FR 20 TA 99/63 TAM 75 SAT 97% CyC: mucosas pálidas, hidratadas, sin ictericia. Tiroides palpable, sin nódulos ni aumento de tamaño aparente. Tórax: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. MV conservado, sin ruidos agregados. Abdomen: blando peristaltismo presente, con dolor en epigastrio sin irritación peritoneal; sin megalias. Extremidades: sin edemas ni cambios de color distal. Sin temblor distal. Neurológico: alerta y orientada en las 3 esferas.

PARACLÍNICOS: FECHA 15.9.20 17.9.20 Hb (g/dL) 12.2 Hcto: (%) 37.4 Leucocitos: (/mm³) 5490 Neutrófilos: (%) 2630 Linfocitos: (%) 2490 Monocito: (%) 320 Eosinófilos (%) 30 Plaquetas: (/mm³) 226. VSG: (mmHg) PCR: (mg/dL) 0.06 BUN: (mgr/dL) 3.8 Creatinina: (mgr/dL) 0.53 Sodio: 140 Potasio 3.91 Calcio 10.6 Fósforo Magnesio 2.21 Albúmina 4.72 TP: TTP: INR: INMUNOLÓGICO FECHA 17.9.20 18.9.20 FR <10 ANAs Neg C3: C4: Anti Ro 0.1 Anti La <0.1 Anti Sm 0.4 Anti-RNP 0.9 Anti-DNA antiNDA IFI 1.2 aCL IgG aCL IgM AL tamizaje AL confrmatorio Ig G B2GP1 IgM B2GP1 Anti PR3 Anti MPO

17.09.2020 AgSHB 0.34 HepC Ac 0.03 CoreIgM HB 0.06 Serología RPR no reactiva, PTH 17 LDH 253 IPC 0.125 --Electroforesis de proteínas: Normal en porcentajes, aunque en la región gama se insinúa ligera disminución
 16.09.2020 Ac. fólico 7.26 Vit B12 825 Ferritina 89 Vit D 22 TSH 0.97
 EXTRAINSTITUCIONALES 27.09.2020 Radiografía de senos paranasales: Ausencia del desarrollo, del seno frontal derecho, velamiento universal de las celdillas etmoidales y engrosamiento mucoso periférico de los maxilares. Quiste de retención submucosa en el antro maxilar izquierdo. Sin trastorno de permeabilidad de tabique nasal. Cavum permeable. Signos de proceso inflamatorio sinusal etmoidomaxilar. 08.09.20 EVDA CMI: Fondo, cuerpo y región subcardial sin lesiones antro con eritema moteado, se toma bx, píloro permeable se observa con la distensión de la cámara gástrica para realizar retroflexión sangrado focal de la mucosa a nivel de cuerpo distal e incisura, duodeno normal hasta DII id}: gastritis crónica no especificada pendiente reporte de biopsia 24.08.20 RMN ABDOMEN: No se observan lesiones focales o difusas o alteración en la intensidad de la señal, porta y venas hepáticas permeables no hay dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática, vesícula adecuadamente distendida de paredes delgadas sin líquido libre perivesicular ni cálculos en su interior en páncreas conserva la intensidad de señal normal, no hay dilatación del conducto bazo y glándulas adrenales sin alteraciones los riñones son de forma, configuración y posición normal. quiste parapielico izquierdo simple de 22mm no hay dilatación del sistema pielocolelector la aorta y la cava son de calibre normal, no hay masas colecciones o adenopatías retroperitoneales no hay líquido libre en la cavidad abdominal lo incluido de las asas intestinales sin signos obstructivos planos grasos y musculares respetados las estructuras óseas conservan la intensidad de señal normal conclusión: QUISTE SIMPLE RENAL IZQUIERO TIPO I DE LA CLASIFICACIÓN DE BOSNIAK 02.25.2020: pHmetría (impedanciometría) negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. índice de síntomas negativo 26.12.2019: Manometría normal Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

Paciente de 29 años con cuadro clínico de 1 año de evolución de disfagia predominante para sólidos, dolor abdominal, pérdida de aprox 20 Kg y síntomas secos. En los últimos meses refiere recrudescimiento de estos síntomas. Ha sido valorada por Gastroenterología y neurología y cuenta con múltiples estudios entre los cuales se encuentran tres endoscopias con reporte de eritema antral sin toma de biopsias esofágicas sino hasta la del 08.09.2020 (reporte pendiente); dos cine-degluciones, una normal y otra con retardo en el aclaramiento esofágico; esofagograma normal; pH metría con índice de

asociación del 100% para reflujo débilmente ácido; manometría esofágica de alta resolución normal y resonancia magnética abdominal normal. En el momento con intolerancia a vía oral, y necesiadd de alimentación por sonda nasgástrica. Tiene ANAs, ENAs Y F. reumatoideo negativo, consideramos que en el contexto clínico actua de la paciente s es pertinente dados los síntmas secos asociados, autoinmunidad, entre ellas esclerosis sistémica sin esclerodermia con compromiso esofágico por lo que se amplia estudio con Anti- SCL 70, y pos síndomre seco solciitamos biospai de glándula salivar menor y TAC AR de pulmón para descartar compromiso pulmonar por probable Sx de Sjogren. Es pertinente igualmente solicitar TAC de cuello contrastado dado síntomas obstructivos digestivos actuales. Al examen físico luce icterica solicitmos perfil hepático y VIH. Continuaremos atentos a evolución.

Biopsia de glándula salivar menor TAC AR tórax Tac de cuello contrastado Anti SCL 70, perfil hepático y VIH

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.09.2020

Hora Registro: 18:33:23

Responsable: BERMEO CARDONA, MARIBETH

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA EN ESTUDIO DIAGNOSTICO MEDICO: Motivo de consulta: "Tengo mucha gastritis" Paciente con historia conocida de disfagia inicialmente mecánica, que posteriormente progresó. Ahora con afagia, con multiples estudios extrainstitucionales por parte de neurología y gastroenterología los cuales son reportados en limites de normalidad. En el momento continua siendo estudiada por disfagia la cual aun no tine etiología clara. Ha presentado sintomatología compatible con síndrome seco, en seguimiento por reumatología. Dentro de los estudios de extensión se le realizó una tomografía axial computarizada de torax el cual muestra subclavia derecha aberrante, sin configurar anillo vascular esofágico.

Valoración

Se atiende interconsulta. Encuentro paciente despierta, alerta, orientada, lenguaje comprensivo y expresivo conservado. Cualidades de la voz normales, habla normal. Refiere disfagia severa y perdida de peso 20 kilos en corto tiempo. Paciente que se encuentra en llanto, ansiosa, no permite valoración

clínica ya que refiere dolor 10 sobre 10 a nivel faríngeo asociándolo al paso de la sonda nasogástrica. Se comenta con la jefe de soporte nutricional. Trae valoración de videofluoroscopia de la deglución extrahospitalaria del 01-julio de 2020 la cual evidenció una disfagia esofágica caracterizada por tránsito lento, retraso en el vaciamiento y múltiples episodios de reflujo a relacionar con la clínica de la paciente. Estaremos atentos a la evolución de la paciente y a un nuevo requerimiento de control de videofluoroscopia. Se explica a la paciente y a su familiar manejo a seguir. Refiere comprender y aceptar.

Alimentación por sonda nasogástrica Seguimiento por fonología

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 19.09.2020

Hora Registro: 13:52:03

Responsable: AGUILAR CORRALES, LUIS FERNANDO

NUTRICION

NUTRICION -NADA VÍA ORAL. -SUMINISTRAR ENSURE HN PLUS VIA SONDA NASOGÁSTRICA A 40 MILILITROS POR HROA. SIN AVANCE. CON BOMBA DE INFUSIÓN. -SUMINISTRAR TIAMINA 300 MILIGRAMOS DURANTE 5 DÍAS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.09.2020

Hora Registro: 18:30:37

Responsable: HORMIGA SANCHEZ, PAOLA ANDREA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

Interconsulta cirugía general Dr Salcedo CTE Luz Mery Hoyos Mejia 29 años
Motivo de consulta: "Tengo mucha gastritis" Enfermedad actual: Paciente con historia conocida de disfagia inicialmente mecánica, que posteriormente progresó. Ahora con afagia, con múltiples estudios extrahospitalarios por parte de neurología y gastroenterología los cuales son reportados en límites de normalidad. En el momento continúa siendo estudiada por disfagia la cual aún no tiene etiología clara. Ha presentado sintomatología compatible con síndrome seco, en seguimiento por reumatología. Dentro de los estudios de extensión se le realizó una tac de tórax el cual muestra subclavia derecha aberrante, sin configurar anillo vascular esofágico. Por lo anterior, solicitan valoración por cirugía. Antecedentes: patológicos disfagia en estudio Qx: Corrientes alérgicas

metoclopramida, metilprednisolona

Examen físico: Encuentro paciente en cama de hospitalización, sin acompañante. Aceptables condiciones generales, tributaria de SNG, pasando nutrición enteral. Sin soporte de oxígeno ni signos de dificultad respiratoria. No aspecto séptico, no fascies característica. 0,00 56,00 18,00 126,00 81,00 96,00 99,00 0,00 50,00 20,00 121,00 82,00 95,00 100,00 0,00 57,00 22,00 102,00 74,00 83,33 97,00 0,00 61,00 19,00 90,00 58,00 68,67 98,00 0,00 51,00 20,00 154,00 63,00 93,33 97,00 36,20 61,00 16,00 109,00 73,00 85,00 100,00 35,80 64,00 20,00 105,00 76,00 85,67 99,00 35,30 57,00 20,00 99,00 63,00 75,00 97,00 Cabeza y cuello: Normocefalica, tributaria de SNG pasando nutrición. Cuello móvil sin masas ni adenopatías palpables. ORL: Humedas rosadas, escleras anictéricas. Torax: Normoexpansivo adecuado patrón respiratorio. Murmullo vesicular presente simétrico sin ruidos agregados. Ruidos cardiacos rítmicos regulares sin soplos Abdomen: Plano, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se palpan masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Móviles simétricas sin edema. Llenado capilar menor de 3 segundos. Pls periféricos palpables. SNC: Alerta, orientada sin déficit motor ni sensitivo aparente. PARACLÍNICOS: - 19.09.2020: Scl 70 1.8 negativo - 18.09.2020: BT 1.75 BD 0.58 AST 15.3 ALT 17.7 FA 55.2 GGT 21 K 3.66 Mg 1.83 Fósforo 4.5 - 17.09.2020: VES 2 LDH 253 (135-214) PCR 0.06 Factor reumatoideo <10 PTH 25.9 Calcio 10.6 PATRONES DE ELECTROFORESIS: Patrón de electroforesis Normal en porcentajes, aunque en la región gamma se insinúa ligera disminución. - 16.09.2020: TSH 0.974 Vitamina D 25OH 22.8 Vitamina B12 825 Ferritina 89.2 Ácido fólico 7.26 ENAs negativo ANAs negativo - 15.09.2020: Leu 5490 N 2630 Linf 2490 Hb 12.2 Hcto 37.4 VCM 91.2 PLT 226 Creat 0.53 BUN 3.8 Na 140.7 K 3.91 Cl 103.7 Glicemia 86.6 Proteínas totales 6.5 Albúmina 4.72 Mg 2.21 MICROBIOLÓGICO: - 18.09.2020: AntiChagas 0.02 negativo VIH 0.18 negativo - 17.09.2020: RPR negativo IgM HBcAg 0.06 negativo HBsAg 0.34 negativo Anti HCV 0.03 negativo IMÁGENES: - 18.09.2020: TAC DE CUELLO Y TÓRAX: Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica; en el contexto clínico este hallazgo puede explicar la disfagia a sólidos. Resto del estudio sin hallazgos patológicos relevantes. - 17.09.2020: RX DE TÓRAX: Normal ESTUDIOS EXTRAINSTITUCIONALES: - 16.09.2020: REPORTE DE PATOLOGÍA ESÓFAGO Y ESTÓMAGO (Extrahospitalario): Esofagitis crónica por reflujo, leve. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo. Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - 08.09.2020: EVDA CMI: gastritis crónica no especificada - 24.08.2020 RMN ABDOMEN: quiste simple renal izquierdo tipo I de la clasificación de Bosniak. - 02.25.2020: PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH):

negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo - 26.12.2019: MANOMETRÍA: normal chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

Analisis: Paciente en tercera década de la vida, con historia anotada, en seguimiento por multiples especialidades en busca de etiología de disfagia mixta total. Dentro de los estudios de extensión se tomó tac contrastada de cuello y tórax el cual muestra subclavia derecha aberrante. Se comenta caso con el servicio de radiología Dr Rengifo, quienes consideran no se configura anillo vascular con poca probabilidad de generar síntomas actuales. Actualmente paciente en aceptables condiciones generales, con nutrición enteral por SNG, abdomen negativo. Se considera paciente no es candidata a manejo quirúrgico por parte de la especialidad. Se comenta caso con Dr Salcedo, CTE y considera que en caso de requerir concepto adicional se sugiere valoración por cirugía vascular. Debe continuar hospitalizada en manejo de especialidades tratantes para determinar etiología de disfagia.

PLAN: 1. Se cierra IC

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.09.2020

Hora Registro: 18:32:26

Responsable: BUENAVENTURA COLLAZOS, DAISY CAROLINA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA- HOSPITALIZACIÓN LUZ MERY HOYOS MEJIA CC

1144150035 29 años FI: 15.09.2020 Paciente de 29 años con cuadro clínico de 1 año de evolución de disfagia predominantemente para sólidos, dolor abdominal, pérdida de aprox 20 Kg y síntomas secos. En los últimos meses refiere recrudecimiento de estos síntomas. Ha sido valorada por Gastroenterología y neurología y cuenta con múltiples estudios entre los cuales se encuentran tres endoscopias con reporte de eritema antral; dos cinevideodegluciones, una normal y otra con retardo en el aclaramiento esofágico; esofagograma normal; pH metría con índice de asociación del 100% para reflujo débilmente ácido; manometría esofágica de alta resolución normal y resonancia magnética abdominal normal. En el momento con intolerancia a vía oral, y necesidad de alimentación por sonda nasogástrica. En seguimiento por gastroenterología considera toma de manometría esofágica ambulatoria con degluciones de material espeso y considera buscar causa sistémica. Valorada por reumatología, consideran sospecha de esclerodermia sistémica vs

síndrome de sjögren por lo que se realizó biopsia de glándula salivar el 18.09.2020, pendiente resultado. Al momento refiere sentirse igual, presenta estreñimiento. Niega otros síntomas. ANTECEDENTES: - Patológicos: sinusopatía, tiene pendiente turbinoplastia - Alérgicos: niega. Efectos adversos a metilprednisolona y plasil - Farmacológicos: niega - Tóxicos: niega cig/ licor/ sustancia psicoactivas - Quirúrgicos: rinoplastia - Familiares: HTA padre

EXAMEN FÍSICO: En cama, aceptable estado general, luce crónicamente enferma, emaciada, sarcopénica, sin soporte de oxígeno, sin dificultad respiratoria. Con sonda nasogástrica y nutrición enteral. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 19.09.2020 04:00:25 0,00 61,00 19,00 90,00 58,00 68,67 98,00 19.09.2020 00:00:48 0,00 51,00 20,00 154,00 63,00 93,33 97,00 18.09.2020 20:10:28 36,20 61,00 16,00 109,00 73,00 85,00 100,00 18.09.2020 16:19:59 35,80 64,00 20,00 105,00 76,00 85,67 99,00 18.09.2020 08:07:51 35,30 57,00 20,00 99,00 63,00 75,00 97,00 18.09.2020 04:30:00 36,00 60,00 19,00 97,00 52,00 67,00 100,00 GLUCOMETRÍAS: 18.09.2020 16:07:53 116,00 18.09.2020 15:05:37 53,00 18.09.2020 05:34:43 78,00 17.09.2020 18:09:42 106,00 Mucosas húmedas, rosadas. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Murmullo vesicular conservado, sin agregados Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias palpables Extremidades móviles, sin edemas, llenado capilar < 3 seg Alerta, conciente, orientado. No focalizada NOTA: Se evalúa la paciente con todos los EPP de acuerdo al protocolo institucional para la prevención de contagio por SARS-CoV-2. PARACLÍNICOS: - 19.09.2020: Scl 70 1.8 negativo - 18.09.2020: BT 1.75 BD 0.58 AST 15.3 ALT 17.7 FA 55.2 GGT 21 K 3.66 Mg 1.83 Fósforo 4.5 - 17.09.2020: VES 2 LDH 253 (135-214) PCR 0.06 Factor reumatoideo <10 PTH 25.9 Calcio 10.6 PATRONES DE ELECTROFORESIS: Patrón de electroforesis Normal en porcentajes, aunque en la región gamma se insinúa ligera disminución. - 16.09.2020: TSH 0.974 Vitamina D 25OH 22.8 Vitamina B12 825 Ferritina 89.2 Ácido fólico 7.26 ENAs negativo ANAs negativo - 15.09.2020: Leu 5490 N 2630 Linf 2490 Hb 12.2 Hcto 37.4 VCM 91.2 PLT 226 Creat 0.53 BUN 3.8 Na 140.7 K 3.91 Cl 103.7 Glicemia 86.6 Proteínas totales 6.5 Albúmina 4.72 Mg 2.21 MICROBIOLÓGICO: - 18.09.2020: AntiChagas 0.02 negativo VIH 0.18 negativo - 17.09.2020: RPR negativo IgM HBcAg 0.06 negativo HBsAg 0.34 negativo Anti HCV 0.03 negativo IMÁGENES: - 18.09.2020: TAC DE CUELLO Y TÓRAX: Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica; en el contexto clínico este hallazgo puede explicar la disfagia a sólidos. Resto del estudio sin hallazgos patológicos relevantes. - 17.09.2020: RX DE TÓRAX: Normal ESTUDIOS EXTRAINSTITUCIONALES: - 16.09.2020: REPORTE DE PATOLOGÍA ESÓFAGO Y ESTÓMAGO (Extrahospitalario): Esofagitis crónica por

reflujo, leve. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo. Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - 08.09.2020: EVDA CMI: gastritis cronica no especificada - 24.08.2020 RMN ABDOMEN: quiste simple renal izquierdo tipo i de la clasificación de Bosniak. - 02.25.2020: PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH): negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo - 26.12.2019: MANOMETRÍA: normal chicao 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

DIAGNÓSTICOS: 1. Disfagia a estudio 1.1 Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica? 1.2 Sospecha de esclerodermia vs síndrome de Sjögren 2. Bradicardia sinusal ANÁLISIS: Paciente sin antecedentes relevantes quien consulta por cuadro de +/- un año de disfagia inicial para sólidos con progresión a líquidos hasta intolerancia a la vía oral, con pérdida de peso y en seguimiento ambulatorio extrahospitalario con gastroenterología y neurología, hasta el momento con estudios endoscópicos y de motilidad esofágica negativos, biopsia esofágica sin evidencia de eosinófilos ni otros hallazgos, sin identificar causa de cuadro actual. Se sospecha enfermedad sistémica de origen autoinmune por historia de síntomas secos, con perfil reumatológico al momento negativo y en espera de reporte de biopsia de glándula salivar ya tomada. Otros estudios con perfil infeccioso negativo. No tiene hipoalbuminemia, función renal conservada, sin trastorno electrolítico, función tiroidea y paratiroidea normal, estudios carenciales negativos. Electroforesis de proteínas que sugieren región gamma baja por lo que se complementa con inmunoglobulinas séricas. Al momento único hallazgo es la presencia de Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica encontrada en TAC de tórax y que pudiera explicar sintomatología actual, se solicita concepto de cirugía general a este respecto. Se adiciona PEG por estreñimiento. Debe continuar hospitalizada, se explica a paciente quien refiere entender.

PLAN: - Continuar hospitalizado - Se solicita valoración por cirugía general - Seguimiento por gastroenterología y reumatología - Se inicia trombo profilaxis enoxaparina 40mg día - Se inicia PEG sobre 17g al día - Se solicita inmunoglobulinas séricas - Pendiente reporte de biopsia de glándula salivar ya tomada - Control de signos vitales - Avisar cambios Gracias! Dra Daisy Buenaventura , Internista Dra Ma Carolina Restrepo G, Residente de Medicina Interna

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.09.2020

Hora Registro: 11:44:39

Responsable: BUENAVENTURA COLLAZOS, DAISY CAROLINA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA- HOSPITALIZACIÓN LUZ MERY HOYOS MEJIA CC

1144150035 29 años FI: 15.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Disfagia a estudio 1.1 Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica? 1.2 Sospecha de esclerodermia vs síndrome de Sjögren 2. Bradicardia sinusal. ANTECEDENTES: - Patológicos: sinusopatía, tiene pendiente turbinoplastia - Alérgicos: niega. Efectos adversos a metilprednisolona y plasil - Farmacológicos: niega - Tóxicos: niega cig/ licor/ sustancia psicoactivas - Quirúrgicos: rinoplastia - Familiares: HTA padre SUBJETIVO: Refiere que no ha tenido mejoría. En horas de la noche con ardor retroesternal y pirosis que asocia a toma de PEG: además dolor y odinofagia asociado a sonda nasogástrica. No ha realizado ninguna deposición. Niega otros síntomas.

EXAMEN FÍSICO: En cama, aceptable estado general, luce crónicamente enferma, emaciada, sarcopénica, sin soporte de oxígeno, sin dificultad respiratoria. Con sonda nasogástrica y nutrición enteral. Afecto ansioso.

SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2% 20.09.2020 04:00:00 0,00 60,00 21,00 103,00 68,00 79,67 98,00 20.09.2020 00:01:00 0,00 61,00 21,00 103,00 70,00 81,00 97,00 19.09.2020 20:00:00 0,00 59,00 21,00 104,00 79,00 87,33 98,00 19.09.2020 16:00:00 0,00 56,00 18,00 126,00 81,00 96,00 99,00 19.09.2020 12:00:00 0,00 50,00 20,00 121,00 82,00 95,00 100,00 GLUCOMETRÍAS: 19.09.2020 12:00:00 72,00 18.09.2020 16:07:53 116,00 18.09.2020 15:05:37 53,00 18.09.2020 05:34:43 78,00 Mucosas húmedas, rosadas. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos Murmullo vesicular conservado, sin agregados Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias palpables Extremidades móviles, sin edemas, llenado capilar < 3 seg Alerta, conciente, orientado. No focalizada NOTA: Se evalúa la paciente con todos los EPP de acuerdo al protocolo institucional para la prevención de contagio por SARS-CoV-2. PARACLÍNICOS: - 20.09.2020: IgA 1.61 (0.7-4) IgG 6.58 (7-16) IgM 1.94 (0.4-2.3) - 19.09.2020: Scl 70 1.8 negativo - 18.09.2020: BT 1.75 BD 0.58 AST 15.3 ALT 17.7 FA 55.2 GGT 21 K 3.66 Mg 1.83 Fósforo 4.5 - 17.09.2020: VES 2 LDH 253 (135-214) PCR 0.06 Factor reumatoideo <10 PTH 25.9 Calcio 10.6 PATRONES DE ELECTROFORESIS: Patrón de electroforesis Normal en porcentajes, aunque en la región gamma se insinúa ligera disminución. - 16.09.2020: TSH 0.974 Vitamina D 25OH 22.8 Vitamina B12 825 Ferritina 89.2 Ácido fólico 7.26 ENAs negativo ANAs negativo - 15.09.2020: Leu 5490 N 2630 Linf 2490 Hb 12.2 Hcto 37.4 VCM 91.2 PLT 226

Creat 0.53 BUN 3.8 Na 140.7 K 3.91 Cl 103.7 Glicemia 86.6 Proteínas totales 6.5 Albúmina 4.72 Mg 2.21 MICROBIOLÓGICO: - 18.09.2020: AntiChagas 0.02 negativo VIH 0.18 negativo - 17.09.2020: RPR negativo IgM HBcAg 0.06 negativo HBsAg 0.34 negativo Anti HCV 0.03 negativo PATOLOGÍA: - 19.09.2020: GLÁNDULA SALIVAL MENOR: histológicamente sin alteraciones IMÁGENES: - 18.09.2020: TAC DE CUELLO Y TÓRAX: Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica; en el contexto clínico este hallazgo puede explicar la disfagia a sólidos. Resto del estudio sin hallazgos patológicos relevantes. - 17.09.2020: RX DE TÓRAX: Normal ESTUDIOS EXTRAINSTITUCIONALES: - 16.09.2020: REPORTE DE PATOLOGÍA ESÓFAGO Y ESTÓMAGO (Extrahospitalario): Esofagitis crónica por reflujo, leve. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo. Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - 08.09.2020: EVDA CMI: gastritis crónica no especificada - 24.08.2020 RMN ABDOMEN: quiste simple renal izquierdo tipo I de la clasificación de Bosniak. - 02.25.2020: PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH): negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo - 26.12.2019: MANOMETRÍA: normal Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

ANÁLISIS: Paciente sin antecedentes relevantes quien consulta por cuadro de +/- un año de disfagia inicial para sólidos con progresión a líquidos hasta intolerancia a la vía oral, con pérdida de peso y en seguimiento ambulatorio extrahospitalario con gastroenterología y neurología, hasta el momento con estudios endoscópicos y de motilidad esofágica negativos, biopsia esofágica sin evidencia de eosinófilos ni otros hallazgos, sin identificar causa de cuadro actual. Se ha sospechado enfermedad sistémica de origen autoinmune por historia de síntomas secos, con perfil reumatológico al momento negativo y reporte de biopsia de glándula salivar histológicamente normal lo que hace poco probable esta causa. Otros estudios con perfil infeccioso negativo. No tiene hipoalbuminemia, función renal conservada, sin trastorno electrolítico, función tiroidea y paratiroidea normal, estudios carenciales negativos. Electroforesis de proteínas que sugieren región gamma baja por lo que se complementó con inmunoglobulinas séricas en rango normal (IgG en límite inferior) que tampoco explica cuadro actual. Al momento el único hallazgo es la presencia de Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica encontrada en TAC de tórax y que pudiera explicar sintomatología actual por lo que se solicitó concepto de cirugía general a este respecto y consideran no se configura anillo vascular y poca probabilidad de generar síntomas actuales, no candidata a manejo quirúrgico; se solicita entonces valoración por cirugía vascular. Paciente clínicamente estable, con afecto ansioso, sin mejoría y

refiriendo que múltiples medicamentos le caen mal digestivamente por lo que se considera requiere revaloración por gastroenterología y psiquiatría. Se solicita valoración por fonoaudiología ya que paciente refiere se encontraba previamente en terapias y con eso había presentado leve mejoría. Se suspende PEG por intolerancia referida por paciente. Debe continuar hospitalizada, se explica a paciente quien refiere entender.

PLAN: - Continuar hospitalizado - Se solicita revaloración por gastroenterología y psiquiatría - Seguimiento por reumatología - Se suspende PEG - Fonoaudiología - Control de signos vitales - Avisar cambios Gracias! Dra Daisy Buenaventura , Internista Dra Ma Carolina Restrepo G, Residente de Medicina Interna

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.09.2020

Hora Registro: 20:30:05

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA EN ESTUDIO DIAGNOSTICO MEDICO: Motivo de consulta: "Tengo mucha gastritis" Paciente con historia conocida de disfagia inicialmente mecánica, que posteriormente progresó. Ahora con afagia, con multiples estudios extrainstitucionales por parte de neurología y gastroenterología los cuales son reportados en limites de normalidad. En el momento continua siendo estudiada por disfagia la cual aun no tiene etiología clara. Ha presentado sintomatología compatible con síndrome seco, en seguimiento por reumatología. Dentro de los estudios de extensión se le realizó una tomografía axial computarizada de torax el cual muestra subclavia derecha aberrante, sin configurar anillo vascular esofágico.

Valoración

SE RESPONDE INTERCONSULTA, JEFE DE TURNO INFORMA QUE SE SOLICITA PARA SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE. ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, DESPIERTA, ESTABLE, DESPIERTA, COMUNICACION VERBAL CONSERVADA. TOLERANDO AIRE AMBIENTE. CON SONDA DE ALIMENTACION. SIN COMPAÑIA DE FAMILIAR. SE VALORAN REFLEJOS PROTECTORES DE VIA AEREA, PRESENTA NAUSEA ANTERIORIZADA, TOS PRESENTE. CONTROL OROMOTOR CON FUERZA DISMINUIDA EN PRAXIAS LINGUALES. SE REALIZA

ENJUAGE BUCAL CON EXPULSION DE SALIVA ESPESA. POSTERIORMENTE ACTIVA DEGLUCION EN SECO, SE OBSERVA LATENCIA EN DESENCADENAR REFLEJO DEGLUTORIO, ASCENSO LARINGEO IGUALMENTE LENTIFICADO. REFIERE SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO POR LO CUAL NO RECIBE AGUA PARA ACTIVAR DEGLUCION. REFIERE SENSACION DE GASES QUE SON DIFICILES DE EXPULSAR. SE INFORMA A LA PACIENTE QUE SE CONTINUARA CON TRABAJO CONJUNTO CON GASTROENTEROLOGIA, PARA FAVORECER MECANISMO DE DEGLUCION, DICE ENTENDER Y ACEPTAR SE COMENTA CON JEFE DE TURNO QUEDA ESTABLE -- NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Alimentación por sonda nasogastrica Seguimiento por fonoaudiologia

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.09.2020

Hora Registro: 20:43:39

Responsable: RIVAS NIETO, JUAN CARLOS

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRÍA. SE ATENDIÓ SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DE SALUD PÚBLICA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19. RELATÓ LOS SÍNTOMAS Y DEJÓ EN EVIDENCIA UN COMPONENTE ANSIOSO IMPORTANTE, LLEGANDO INCLUSO A TENER SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE UN TRASTORNO DE PÁNICO. AL CONFRONTARLA CON ESTO Y CON LA POSIBILIDAD DE UN MANEJO FARMACOLÓGICO, LA PACIENTE SE NEGÓ PUES CONSIDERA QUE SU PROBLEMA NO ES EMOCIONAL.

EN CAMA. ANSIOSA. CIRCUNSTANCIAL, PERSEVERANTE. SIN EVIDENCIA DE PSICOSIS. NEGÓ IDEAS SUICIDAS Y HOMICIDAS.

SE LE DEJÓ PLANTEADA DE INICIAR MANEJO DE LA ANSIEDAD CON PAROXETINA, PERO LA PACIENTE PIDIÓ UN TIEMPO PARA PENSARLO.

IGUAL MANEJO.

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.09.2020

Hora Registro: 09:31:44

Responsable: CARDONA ASTAIZA, ADRIANA

Especialidad: VASCULAR PERIFERICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CIRUGIA VASCULAR Paciente con cuadro clínico de un año de evolución consistente en disfagia que asocia a producción de gases, con mejoría tras expulsión de estos. Desde hace 2 meses, con dolor urente en epigastrio asociado a distensión abdominal, con constipación (deposición cada 4-5 días) Fue valorada por medicina interna que remitió a neurología para descartar miastenia gravis como causante, se ordenó RNM de cerebro para descartar esclerosis múltiple, estudios para evaluar collagenopatías. Revisión de síntomas por sistemas: xeroftalmia y xerostomía. Antecedentes patológicos: gastritis crónica y H. pylori (sin erradicación). Hipertrofia de cornetes y rinitis alérgica. Medicación: esomeprazol (Nedox 20-10-20mg), fluticasona nasal, hidroxicina en jarabe en las noche. Toma productos naturistas a base de magnesio y probióticos. Alérgicos: intolerancia a metoclopramida y metilprednisolona. Quirúrgicos: rinoplastia. AGO: G0P0A0. FUM: no recuerda por irregularidad tras pérdida de peso. AF: HTA en padre. Niega neoplasia del TGI. Al examen físico paciente alerta colaboradora orientada muy delgada cardiopulmonar normal abdomen no doloroso, tiene sonda de nutrición enteral nasoyeyunal extremidades móviles no edemas interconsultan por hallazgo incidental de arteria subclavia derecha aberrante, condición anatómica y congénita de la paciente, poco probable como etiología del cuadro actual, se deben descartar otras patologías más frecuentes como causa de su sintomatología, se trata básicamente de un diagnóstico de exclusión, reevaluar por gastroenterología quedamos atentos a su concepto.

-

-

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 21.09.2020

Hora Registro: 11:56:45

Responsable: PINZON ORTIZ, STEFANIA

NUTRICION 1.NADA VÍA ORAL. 2.SUMINISTRAR ENSURE HN PLUS VIA SONDA NASOGÁSTRICA EN BOLOS CON BOMBA DE INFUSIÓN ASI: -PASAR 474

MILILITROS EN 4 HORAS A LAS 6 Y 12 HORAS -PASAR 237 MILILITROS EN 3 HORAS A LAS 18 HORAS. 3.TOMAR FOSFORO, POTASIO Y MAGNESIO DE CONTROL. 4.VIGILAR TOLERANCIA GASTROINTESTINAL, EN CASO DE NO TOLERAR BOLOS VOLVER A INFUSION CONTINUA A 40 MILILITROS POR HORA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.09.2020

Hora Registro: 13:07:28

Responsable: AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad: REUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

REUMATOLOGÍA LUZ MERY HOYOS MEJIA - cc 1144150035- 29 AÑOS
 PROCEDENTE DE CALI- CONTADORA ENFERMEDAD ACTUAL: Refiere 1 año de evolución consistente en disfagia predominantemente para sólidos, dolor epigástrico tipo urente y dolor retroesternal, síntomas que asocia a producción de gases. Además presenta xerostomía, xeroftalmia, xerosis y pérdida de 20 kg de peso aproximadamente en el último año. Actualmente con dieta líquida. Fue valorada por medicina interna quien remitió a neurología para descartar miastenia gravis como causante, ordenó rmn cerebro a descartar esclerosis múltiple, también valorada por gastroenterología. Realizan EDS con evidencia de gastritis crónica y H. pylori positivo sin tratamiento entonces, según la paciente, por poca tolerancia a la vía oral. Desde hace 2 meses, con dolor tipo ardor en epigastrio asociado a distensión abdominal, REVISIÓN POR SISTEMAS: Sin síntomas urinarios, neurológicos ni osteomusculares. Niega Raynaud o dolor articular, no úlceras orales. Algunos cambios del hábito intestinal recientes dados por estreñimiento. ANTECEDENTES Patológicos: gastritis crónica y H. pylori (sin erradicación). Hipertrofia de cornetes y rinitis alérgica. Medicación: esomeprazol (Nedox 20-10-20mg), fluticasona nasal, hidroxicina en jarabe en las noche. Toma productos naturistas a base de magnesio y probióticos. Alérgicos: intolerancia a metoclopramida y metilprednisolona. Quirúrgicos: rinoplastia. AGO: G0P0A0. FUM: no recuerda por irregularidad tras pérdida de peso. AF: HTA en padre. Niega neoplasia del TGI. Prima con artritis juvenil. *Durante el proceso de atención se realizó el adecuado protocolo de higiene de manos y se usaron los elementos de protección personal indicados incluyendo tapabocas N95 para la prevención de COVID-19* S: Refiere persistencia de disfagia, niega otros síntomas en el momento. EXAMEN FÍSICO: Regular estado general, sin disnea en reposo, ansiosa por momentos. T 36.0 FC 54 FR 18 TA 99/70 TAM 79 SAT 98% CyC:

mucosas pálidas, hidratadas, sin ictericia. Tiroides palpable, sin nódulos ni aumento de tamaño aparente. Tórax: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. MV conservado, sin ruidos agregados. Abdomen: blando peristaltismo presente, con dolor en epigastrio sin irritación peritoneal; sin megalias. Extremidades: sin edemas ni cambios de color distal. Sin temblor distal. Neurológico: alerta y orientada en las 3 esferas. ANALISIS: Paciente de 29 años con cuadro clínico de 1 año de evolución de disfagia predominantemente para sólidos, dolor abdominal, pérdida de aprox 20 Kg y síntomas secos empeorados en últimos meses, ahora con alimentación por sonda nasogástrica. Ha sido valorada por Gastroenterología y neurología, cuenta con múltiples estudios entre los cuales se encuentran tres endoscopias con reporte de eritema antral sin toma de biopsias esofágicas sino hasta la del 08.09.2020 (reporte pendiente); dos cinevideodegluciones, una normal y otra con retardo en el aclaramiento esofágico; esofagograma normal; pH metría con índice de asociación del 100% para reflujo débilmente ácido; manometría esofágica de alta resolución normal y resonancia magnética abdominal normal. Se encontró ictericia, con elevación de bilirrubina a 1.75 con predominio de indirecta, resto de perfil hepático normal, sin anemia, hipoalbuminemia u otras alteraciones, el perfil infeccioso fue negativo. Tiene ANAs, ENAs Y F. reumatoideo negativo, síntomas secos con biopsia de glandula salival con histología normal. Se sospechó esclerosis sin esclerodermia, sin embargo los anticuerpos AntiSCL70 son negativos y no reúne otros criterios clínicos ni de laboratorio. En ausencia de otras alteraciones que sugieran enfermedad sistémica se sospecha que el compromiso sea obstructivo, se tomó TAC que muestra arteria subclavia derecha aberrante, según concepto de radiología puede explicar el síntoma de disfagia por su ubicación, de modo que se solicitó concepto de cirugía vascular. Por el momento no se configura una etiología inmuno-reumatológica del cuadro, se cierra interconsulta, atentos en caso de requerir revaloración.

PARACLÍNICOS: FECHA 15.9.20 17.9.20 Hb (g/dL) 12.2 Hcto: (%) 37.4 Leucocitos: (/mm³) 5490 Neutrófilos: (%) 2630 Linfocitos: (%) 2490 Monocito: (%) 320 Eosinófilos (%) 30 Plaquetas: (/mm³) 226. VSG: (mmHg) 2 PCR: (mg/dL) 0.06 BUN: (mgr/dL) 3.8 Creatinina: (mgr/dL) 0.53 Sodio: 140 Potasio 3.91 3.66 Calcio 10.6 Fósforo 4.5 Magnesio 2.21 1.83 Albúmina 4.72 LDH 253 Bil T 1.75** Bil D/I 0.58/1.17 AST 15.3 ALT 17.7 F. alc 55.2 GGT: 21 PTH 25.9 Vit D 22.8 VIH: Neg RPR Neg AntiChagas No react Proteinuria <4 Creatinuria 32.5 IPC 0.12 INMUNOLÓGICO FECHA 17.9.20 18.9.20 FR <10 ANAs Neg C3: C4: Anti Ro 0.1 Anti La <0.1 Anti Sm 0.4 Anti-RNP 0.9 Anti-DNA antiNDA IFI 1.2 AntiSCL70 1.8 aCL IgG aCL IgM IgA 1.61 IgG 6.58 IgM 1.94 18.9.20 TAC DE CUELLO Y TORAX: 1. Arteria subclavia derecha aberrante como variante

anat6mica; en el contexto cl6nico este hallazgo puede explicar la disfagia a s6lidos. (La arteria subclavia derecha se origina en el borde medial del istmo del arco a6rtico y cursa posterior al es6fago y tr6quea para dirigirse a la extremidad superior derecha) 2. Resto del estudio sin hallazgos patol6gicos relevantes. 18.09.20 BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL MENOR: HISTOLOGICAMENTE SIN ALTERACIONES. 17.09.2020 RX TORAX: Normal AgSHB 0.34 HepC Ac 0.03 CoreIgM HB 0.06 --Elctroforesis de prote6nas: Normal en porcentajes, aunque en la regi6n gama se insinúa ligera disminuci6n 16.09.2020 Ac. f6lico 7.26 Vit B12 825 Ferritina 89 Vit D 22 TSH 0.97 EXTRAINSTITUCIONALES 27.09.2020 Radiograf6a de senos paranasales: Ausencia del desarrollo, del seno frontal derecho, velamiento universal de las celdillas etmoidales y engrosamiento mucoso perif6rico de los maxilares. Quiste de retenci6n submucosa en el antro maxilar izquierdo. Sin trastorno de permeabilidad de tabiqu nasal. Cavum permeable. Signos de proceso inflamatorio sinusal etmoidomaxilar. 08.09.20 EVDA CMI: Fondo, cuerpo y regi6n subcardial sin lesiones antro con eritema moteado, se toma bx, piloro permeable se observa con la distensi6n de la c6mara g6strica para realizar retroflexi6n sangrado focal de la mucosa a nivel de cuerpo distal e incisura, duodeno normal hasta DII id}: gastritis cr6nica no especificada pendiente reporte de biopsia 24.08.20 RMN ABDOMEN: No se observan lesiones focales o difusas o alteraci6n en la intensidad de la seál, porta y venas hepáticas permeables no hay dilataci6n de la v6a biliar intra ni extrahepática, vesícula adecuadamente distendida de paredes delgadas sin l6quido libre perivesicular ni c6lculos en su interior en p6ncreas conserva la intensidad de seál normal, no hay dilataci6n del conducto bazo y gl6ndulas adrenales sin alteraciones los riñ6nes son de forma, configuraci6n y posici6n normal. quiste parapielico izquierdo simple de 22mm no hay dilataci6n del sistema pielocolector la aorta y la cava son de calibre normal, no hay masas colecciones o adenopatías retroperitoneales no hay l6quido libre en la cavidad abdominal lo incluido de las asas intestinales sin signos obstructivos planos grasos y musculares respetados las estructuras 6seas conservan la intensidad de seál normal conclusi6n: QUISTE SIMPLE RENAL IZQUIERO TIPO I DE LA CLASIFICACI6N DE BOSNIAK 02.25.2020: pHmetria (impedanciometria) negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. índice de s6ntomas negativo 26.12.2019: Manometria normal chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

.

- Se cierra interconsulta, atentos en caso de requerir nuevo concepto. -

Continúa a cargo de medicina interna.

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.09.2020

Hora Registro: 13:14:53

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

GASTROENTEROLOGÍA LUZ MERY HOYOS MEJIA 29 AÑOS PROCEDENCIA: CALI CONTADORA NO TIENE HIJOS. FI: 15.09.2020 ENFERMEDAD ACTUAL.

Paciente con 12 meses de evolución de disfagia que asocia a producción de gases, con mejoría tras expulsión de estos; sin pirosis, con náuseas sin emesis, sin diarrea ni sangrados. Realizan EDS con evidencia de gastritis crónica y H. pylori positivo sin tratamiento entonces, según la paciente, por poca tolerancia a la vía oral. Desde hace 2 meses, con dolor tipo ardor en epigastrio asociado a distensión abdominal, con constipación (deposición cada 4-5 días), sin sangrados; sin cambios con la deposición; empeora con el estrés, ayuno, condimentos y grasas, mejora con consumo de líquidos. Durante los últimos 12 meses ha perdido aproximadamente 20 kg de peso. Niega ictericia, fiebre o sudoración. Se aplica sueros parenterales ordenados por medicina biológica desde hace mes y medio. Fue valorada por medicina interna que remitió a neurología para descartar miastenia gravis como causante, se ordenó RNM de cerebro para descartar esclerosis múltiple, estudios para evaluar collagenopatías que están pendientes. Gastroenterología valora virtualmente y ordena colonoscopia pero no se ha realizado por intolerancia a la preparación. Ha sido valorada por psicología y realiza programación neurolingüística, pero no recuerda qué diagnósticos ha recibido. Revisión de síntomas por sistemas: xeroftalmia y xerostomía. Antecedentes patológicos: gastritis crónica y H. pylori (sin erradicación). Hipertrofia de cornetes y rinitis alérgica. Medicación: esomeprazol (Nedox 20-10-20mg), fluticasona nasal, hidroxicina en jarabe en las noche. Toma productos naturistas a base de magnesio y probióticos. Alérgicos: intolerancia a metoclopramida y metilprednisolona. Quirúrgicos: rinoplastia. AGO: G0P0A0. FUM: no recuerda por irregularidad tras pérdida de peso. AF: HTA en padre. Niega neoplasia del TGI. PRESCRIPCIONES ACTIVAS. ENOXAPARINA 40 MG JG 40 MG C/24H MEZCLA TRIPLE 10 MLC/8H OMEPRAZOL SODICO 40 MG VIAL 40 MG C/12H TIAMINA CLORHIDRATO 300MG TABLETA 300 MG C/24H SIGNOS VITALES 21.09.2020 FC FR PESO PAS PAD PAM SATO2. 04:00:51 50,00 20,00 42,95 102,00 63,00 76,00 95,00 00:00:46 52,00 20,00 42,95 101,00 67,00 78,33 97,00 Alerta, orientada en las tres esferas. No aparenta modular ansiedad Ruidos cardiacos ritmicos sin

soplos Campos pulmonares bien ventilados Abdomen excavado, no distendido, sin dolor a la palpación Neurológico sin déficit agudo Llenado capilar de 2 segundos, no edemas.

EXÁMENES 20.09.2020. IgA:1.61 (0.7 - 4.0) IgG:6.58 (7 - 16) IgM:1.94 (0.4 - 2.3) Anticuerpos antichagas NO reactivos 18.09.2020. VIH negativo BT:1.75 BD:0.58 BI:1.17 AST:15.3 ALT:17.7 FA:55.2 GGT:21.0 AntiScl-70 NEGATIVOS. 17.09.2020. VSG:2 PTH:25.9 (15-65) Serología RPR NO reactiva Anticore IgM Hepatitis B negativo, AgsHb NEGATIVO. Hepatitis C anticuerpos NEGATIVO. Creatinuria ocasional: 32.57 (29 - 226) Proteinuria ocasional: menos de 4 LDH:253.0 PCR:0.06 Factor reumatoideo NEGATIVO Anti DNAs NEGATIVO 15.09.2020. Hb 12,2, HTO 37,4%, VCM 91,2, CMHC 32,6, ADE 14,9%. Leucocitos 5.490 (PMN-N 47,9%, totales 2.630; linfocitos 45,4%, totales 2490; eosinófilos 0,5%). Plaquetas 226.000. Cr 0,53, BUN 3,8. Na 140, K 3,9, Cl 103, Mg 2,21. Glicemia 86,6. Albúmina 4,72; proteínas totales 6,5gr/dL. BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR: NEGATIVO PARA ANORMALIDADES. EXTRAINSTITUCIONALES: 08.09.20 EVDA (CMI): región subcardial sin lesiones, antro con eritema moteado. Píloro permeable. Se observa con la distension de la cámara gástrica para realizar retroflexion sangrado fácil de la mucosa a nivel de cuerpo distal e incisura. Duodeno normal en lo visualizado. IDx: gastritis crónica no especificada. Pendiente reporte de biopsia. 24.08.20 RNM abdomen: quiste simple renal izquierdo tipo I de Bosniak. 25.02.2020. pHmetría con impedancia: negativo para enfermedad por reflujo ácido. Índice de síntomas negativo. 26.12.2019. Manometría normal: Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica, aclaramiento adecuado del bolo. 04.10.2019. EVDA y Bx: gastritis crónica no atrófica, activa. H. pylori positivo. Negativo para metaplasia, displasia o malignidad.

Paciente con cuadro crónico (1 año de evolución) consistente en disfagia esofágica, dolor esternal y marcada pérdida de peso sin etiología filiada después de varios estudios dirigidos por Gastroenterología extrainstitucionalmente. Tiene 3 EVDA sin toma de biopsias esofágicas sino hasta la del 08.09.2020 no reporta eosinófilos); dos cinedegluciones, una normal y otra con retardo en el aclaramiento esofágico; esofagograma normal; pH metría con índice de asociación del 100% para reflujo débilmente ácido; manometría esofágica de alta resolución normal y resonancia magnética abdominal normal. En conclusión hasta ese punto cursando con ESÓFAGO HIPERSENSIBLE (sin que corresponda a la causa de todo el cuadro), aunque posiblemente haya un trastorno de motilidad esofágica inadvertido. Hasta ahora paciente está estable, en manejo nutricional por SNG, indagado

síntomas secos concomitantes, se han tomado los siguientes estudios: - Perfil nutricional: albúmina y proteínas totales en rango de normalidad - Perfil reumatológico: ANAs, ENAs, factor reumatoideo, antiDNAs NEGATIVOS. Ante sospecha síndrome seco AntiScl-70, también NEGATIVOS, igual que biopsia de glándula salival menor NEGATIVA. - Infecciosas: hepatotropos, VIH, anticuerpos contra Chagas NEGATIVOS - Renales/urinarios: sin proteinuria, función renal conservada, electrolitos normales - Hay hiperbilirrubinemia a expensas de la indirecta, LDH elevada, no veo extendido de sangre periférica - Inmunoglobulinas: la IgG por debajo de límite inferior muy levemente - Imágenes: hay un TAC de cuello y torax sin compresión extrínseca, sin embargo subclavia derecha aberrante, aunque no parece una causa clara. En vista de que la fisiología deglutoria estaría alterada durante estancia hospitalaria, además de que hay una sonda nasogástrica recientemente colocada para nutrición, es prudente evaluar de manera ambulatoria con una manometría esofágica de alta resolución con alimentos consistentes tipo compota, con orden de retiro de sonda nasogástrica para el procedimiento, con posterior recolocación.

IMÁGENES FVL: 18.09.2020. TAC DE TORAX Y CUELLO. Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica; en el contexto clínico este hallazgo puede explicar la disfagia a sólidos. Resto del estudio sin hallazgos patológicos relevantes.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 21.09.2020

Hora Registro: 14:22:03

Responsable: PINZON ORTIZ, STEFANIA

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.09.2020

Hora Registro: 15:04:11

Responsable: BUENAVENTURA COLLAZOS, DAISY CAROLINA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA- HOSPITALIZACIÓN LUZ MERY HOYOS MEJIA CC
1144150035 29 años FI: 15.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Disfagia a estudio 1.1
Descartada esclerodermia 1.2 Descartado Síndrome de Sjögren 2. Arteria

subclavia derecha aberrante como variante anatómica y congénito 3. Bradicardia sinusal ANTECEDENTES: - Patológicos: Sinusopatía, tiene pendiente turbinoplastia - Alérgicos: niega. Efectos adversos a metilprednisolona y plasil - Farmacológicos: Niega - Tóxicos: Niega - Quirúrgicos: Rinoplastia - Familiares: HTA padre SUBJETIVO: Refiere sentirse igual que antes, sin mejoría alguna, además preocupada por el hecho de que no ha realizado deposiciones desde hace 4 días y que le había causado mucho daño el PEG. Nutrición por sonda nasogástrica y diuresis espontánea sin alteraciones.

EXAMEN FÍSICO: Encuentro a paciente en cama, ansiosa, acompañada de su madre, luce crónicamente enferma, sarcopénica, alerta, colaboradora. Presenta sonda nasogástrica y nutrición enteral. Sin presencia de oxígeno suplementario ni signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: FECHA HORA FC FR TAS TAD TAM SaO2% 21.09.2020 08:00:00 54,00 18,00 99,00 70,00 79,67 98,00 21.09.2020 04:00:51 50,00 20,00 102,00 63,00 76,00 95,00 21.09.2020 00:00:46 52,00 20,00 101,00 67,00 78,33 97,00 20.09.2020 20:00:49 69,00 20,00 112,00 77,00 88,67 99,00 20.09.2020 16:00:00 61,00 20,00 103,00 74,00 83,67 99,00 20.09.2020 12:09:41 68,00 20,00 105,00 74,00 84,33 98,00 20.09.2020 08:00:31 53,00 20,00 99,00 66,00 77,00 96,00 GLUCOMETRÍAS: 19.09.2020 12:00:00 72,00 18.09.2020 16:07:53 116,00 18.09.2020 15:05:37 53,00 18.09.2020 05:34:43 78,00 ORL: Mucosas húmedas, rosadas. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, sin presencia de soplos. Pulmonar: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: Blando, depresible, no se palpan masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Eutróficas, sin presencia de edema, pulsos periféricos presentes, llenado capilar < 2 segundos. Neurológico: Alerta, orientada en las 3 esferas, sin signos de focalización. NOTA: Se evalúa la paciente con todos los EPP de acuerdo al protocolo institucional y el INS para la prevención de contagio por SARS-CoV-2. PARACLÍNICOS: - 20.09.2020: IgA 1.61 (0.7-4) IgG 6.58 (7-16) IgM 1.94 (0.4-2.3) - 19.09.2020: Scl 70 1.8 negativo - 18.09.2020: BT 1.75 BD 0.58 AST 15.3 ALT 17.7 FA 55.2 GGT 21 K 3.66 Mg 1.83 Fósforo 4.5 - 17.09.2020: VES 2 LDH 253 (135-214) PCR 0.06 Factor reumatoideo <10 PTH 25.9 Calcio 10.6 PATRONES DE ELECTROFORESIS: Patrón de electroforesis Normal en porcentajes, aunque en la región gamma se insinúa ligera disminución. - 16.09.2020: TSH 0.974 Vitamina D 25OH 22.8 Vitamina B12 825 Ferritina 89.2 Ácido fólico 7.26 ENAs negativo ANAs negativo - 15.09.2020: Leu 5490 N 2630 Linf 2490 Hb 12.2 Hcto 37.4 VCM 91.2 PLT 226 Creat 0.53 BUN 3.8 Na 140.7 K 3.91 Cl 103.7 Glicemia 86.6 Proteínas totales 6.5 Albúmina 4.72

Mg 2.21 MICROBIOLÓGICO: - 18.09.2020: AntiChagas 0.02 negativo VIH 0.18 negativo - 17.09.2020: RPR negativo IgM HBcAg 0.06 negativo HBsAg 0.34 negativo Anti HCV 0.03 negativo PATOLOGÍA: - 19.09.2020: GLÁNDULA SALIVAL MENOR: Histológicamente sin alteraciones IMÁGENES: - 18.09.2020: TAC DE CUELLO Y TÓRAX: Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica; en el contexto clínico este hallazgo puede explicar la disfagia a sólidos. Resto del estudio sin hallazgos patológicos relevantes. - 17.09.2020: RX DE TÓRAX: Normal. ESTUDIOS EXTRAINSTITUCIONALES: - 16.09.2020: REPORTE DE PATOLOGÍA ESÓFAGO Y ESTÓMAGO (Extrahospitalal): Esofagitis crónica por reflujo, leve. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo. Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - 08.09.2020: EVDA CMI: gastritis crónica no especificada - 24.08.2020 RMN ABDOMEN: quiste simple renal izquierdo tipo I de la clasificación de Bosniak. - 02.25.2020: PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH): negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo - 26.12.2019: MANOMETRÍA: normal Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

ANÁLISIS: Paciente sin antecedentes relevantes quien consulta por cuadro de aproximadamente un año de disfagia inicial para sólidos con progresión a líquidos hasta intolerancia a la vía oral, con pérdida de peso y en seguimiento ambulatorio extrahospitalal con gastroenterología y neurología, hasta el momento con estudios endoscópicos y de motilidad esofágica negativos, biopsia esofágica sin evidencia de eosinófilos ni otros hallazgos, sin identificar causa de cuadro actual. Se sospechó enfermedad sistémica de origen autoinmune por historia de síntomas secos, con perfil reumatológico al momento negativo y reporte de biopsia de glándula salivar histológicamente normal, por lo que se descartó esclerodermia y síndrome de Sjögren, ya valorada por reumatología y sin necesidad de otros estudios a este nivel. Otros estudios con perfil infeccioso negativo. No tiene hipoalbuminemia, función renal conservada, sin trastorno electrolítico, función tiroidea y paratiroidea normal, estudios carenciales negativos. Electroforesis de proteínas que sugieren región gamma baja por lo que se complementó con inmunoglobulinas séricas en rango normal (IgG en límite inferior) que tampoco explica cuadro actual. Al momento el único hallazgo es la presencia de Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica encontrada en TAC de tórax por lo que se solicitó concepto de cirugía general a este respecto y consideran no se configura anillo vascular y poca probabilidad de generar síntomas actuales, no candidata a manejo quirúrgico; se solicitó concepto a cirugía vascular considerando este hallazgo no explica la sintomatología actual, y debe continuar estudios y manejo por

gastroenterología. Por presentar síntomas ansiosos, es valorada por psiquiatría, quienes consideran que son síntomas sugestivos de un trastorno de ansiedad, que pueden conllevar a un trastorno de pánico y que mejoraría con manejo farmacológico con paroxetina, sin embargo la paciente y su madre se niegan a recibir manejo farmacológico a pesar de quee xplciaos beneficios y alcances de este. Actualmente paciente hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de rangos de normalidad, con persistencia de afecto ansioso, conitnua con intolerancia a la vía oral por lo que se encuentra con alimentación enteral por sonda nasogástrica, además de presentar constipación sin resolución por intolerancia a los medicamentos. Por lo anterior esperamos concepto de Gastroenterología respecto a otras intervenciones o manejos a ofrecer, ya si determinar momento del alta.

PLAN: - Continuar hospitalizada. - Se solicita revaloración por Gastroenterología. - Continuar con Fonoaudiología - Control de signos vitales - Avisar cambios Gracias!

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.09.2020

Hora Registro: 18:24:37

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA EDAD:29 AÑOS TRABAJA EN CONTADURIA EN COMPAÑIA DE LA MADRE EVOLUCION Paciente con ansiedad, angustia y episodios de panico asociados a sensaciones a nivel gastrointestinal descritos como " siento que la comida no me pasa y pienso que me voy a morir, es a veces no todo el tiempo". Explica como la enfermedad que esta siendo estudiada le ha afectado a nivel laboral, academico y social, lo cual la ha tornado ansiosa y triste Le preocupa su aspecto, indicando " no me gusta verme tan delgada, he bajado demasiado de peso y se me esta cayendo el cabello". Tiene apoyo familiar. Indica que hay dos farmacos que le generaron efectos adversos, que son metoclopramida y metlprednisolona (ansiedad). HISTORIA CLINICA PREVIA DRA. MONTOYA Paciente sin antecedente de enfermedad metal con cuadro clinico de 1 año de evolución de disfagia, dolor epigastico dolor retroesternal asociado a pirosis con dificultad para la expulsión de gases. Además presenta xerostomía, xeroftalmía, xerosis y perdida de 20 kg de peso aproximadamente en el último año. La paciente niega que haya perdido el apetito pero si reconoce ansiedad a la hora de las comidas asociado al malestar gastrico que aparece despues de la ingesta. Manifiesta que hace 3 meses a causa de

sintomas de ansiedad en una hospitalización (en otra institución) le iniciaron clonazepam gotas y fluoxetina, le generaban aumento de la sensación de boca seca, y continuaba con sensación de taquicardia e inquietud motora, pero esto desapareció cuando le suspendieron la metoclopramida. Niega que tenga ánimo ideación suicida o crisis ansiosas, reconoce que su condición actual ha afectado su trabajo "estoy incapacitada", la socialización y la pérdida del disfrute por la comida. Ha buscado la explicación para su condición y le preocupa no tener diagnóstico claro, incluso ha considerado la opción de tener síntomas asociados a ansiedad. Antecedentes: patológicos- gastritis desde hace 2 meses- hipertrofia de cornetes - rinitis alergias intolerancia a metoclopramida por acatisia. fármacos: nedox sobres 20 -10 -20, magnesio líquido, Probióticos Fluticasona spray

En cama, ansiosa, coherente, no delirios, con ideas de preocupación, minusvalía, sin ideas de muerte, sin ideas de autoagresión, sin alucinaciones, alerta, orientada, juicio conservado.

Paciente con trastorno de ansiedad asociado al cuadro clínico en estudio. Considero que se beneficia de medicación ansiolítica e intervención psicológica. Explico en forma clara y amplia sobre la condición clínica a nivel mental, además la medicación con respecto a usos, beneficios y efectos adversos. Indico que el tratamiento se iniciara en dosis pequeñas observando tolerancia.

1. Paroxetina tableta 20mg: cuarto en la mañana 2. Psicología clínica

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 21.09.2020

Hora Registro: 18:44:42

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

FONOAUDIOLOGÍA Alimentación según indicación médica Seguimiento por fonoaudiología

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.09.2020

Hora Registro: 18:44:50

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: FASE PREORAL Y ORAL DE LA DEGLUCIÓN NORMAL DIAGNOSTICO MEDICO: Motivo de consulta: "Tengo mucha gastritis" Paciente con historia conocida de disfagia inicialmente mecánica, que posteriormente progresó. Ahora con afagia, con multiples estudios extrahospitalarios por parte de neurología y gastroenterología los cuales son reportados en límites de normalidad. En el momento continua siendo estudiada por disfagia la cual aun no tiene etiología clara. Ha presentado sintomatología compatible con síndrome seco, en seguimiento por reumatología. Dentro de los estudios de extensión se le realizó una tomografía axial computarizada de tórax el cual muestra subclavia derecha aberrante, sin configurar anillo vascular esofágico.

Seguimiento

Encuentro paciente despierta, alerta, lenguaje fluido, en estable condición. Sin oxígeno suplementario. Alimentación por sonda nasogastrica refiriendo dificultad en progresión sin lograr ingesta de vía oral. En compañía de familiar. Paciente en quien no se observa alteración de la fase preoral ni oral de la deglución, sin embargo, se trabajan movimientos secuenciales de la deglución para favorecer mantenimiento de la mecánica. Se explica a la paciente. Se comenta con Medica hospitalaria y jefe de turno, se espera conducta médica. Queda estable. -----

NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Alimentación según indicación médica Seguimiento por fonoaudiología

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 22.09.2020

Hora Registro: 13:13:33

Responsable: PINZON ORTIZ, STEFANIA

NUTRICION 1.NADA VÍA ORAL. 2.SUMINISTRAR ENSURE HN PLUS VIA SONDA NASOGÁSTRICA EN BOLOS GRAVITACIONAL ASI: -PASAR 474 MILILITROS EN 4 HORAS A LAS 6 Y 12 HORAS -PASAR 237 MILILITROS EN 3 HORAS A LAS 18 HORAS. 3.VIGILAR TOLERANCIA GASTROINTESTINAL, EN CASO DE NO TOLERAR BOLOS VOLVER A INFUSION CONTINUA A 40 MILILITROS POR

HORA.

NUTRICION

NUTRICION ****ACTUALIZADO**** 1.VIA ORAL, JUGO DE MANGO ESPESO A LAS 8-15-19 HORAS, SEGUN FONOAUDIOLOGIA. 2.SUMINISTRAR ENSURE HN PLUS VIA SONDA NASOGÁSTRICA EN BOLOS CON BOMBA DE INFUSIÓN ASI: -PASAR 474 MILILITROS EN 4 HORAS A LAS 6 Y 12 HORAS -PASAR 237 MILILITROS EN 3 HORAS A LAS 18 HORAS. 3.TOMAR FOSFORO, POTASIO Y MAGNESIO DE CONTROL. 4.VIGILAR TOLERANCIA GASTROINTESTINAL, EN CASO DE NO TOLERAR BOLOS VOLVER A INFUSION CONTINUA A 40 MILILITROS POR HORA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.09.2020

Hora Registro: 15:34:13

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA EDAD:29 AÑOS TRABAJA EN CONTADURIA EN COMPAÑIA DE LA MADRE EVOLUCION Paciente que tolero la medicacion psiquiatrica, niega efectos adversos. Es colaboradora. Narra sus temores frente a persistir con la enfermedad y no tener un diagnostico. Esta durmiendo a intervalos cortos. Hoy estuvo irritable ante su situacion clinica y la sensacion de incertidumbre. HISTORIA CLINICA PREVIA DRA. MONTOYA Paciente sin antecedente de enfermedad mental con cuadro clinico de 1 año de evolución de disfagia, dolor epigastico dolor retroesternal asociado a pirosis con dificultad para la expulsión de gases. Además presenta xerostomía, xeroftalmía, xerosis y perdida de 20 kg de peso aproximadamente en el último año. La paciente niega que haya perdido el apetito pero si reconoce ansiedad a la hora de las comidas asociado al malestar gastrico que aparece despues de la ingesta. Manifiesta que hace 3 meses a causa de sintomas de ansiedad en una hospitalizacion (en otra institucion) le iniciaron clonazepam gotas y fluoxetina, le generaban aumento de la sensacion de boca seca, y continuaba con sensacion de taquicardia e inquietud motora, pero esto desapareció cuando le suspendieron la metoclopramida. Niega que tenga animo ideacion suicida o crisis ansiosas, reconoce que su condicion actual ha afectado su trabajo "estoy incapacitada", la socializacion y la perdida del disfrute por la comida. Ha buscado la explicacion para su condicion y le preocupa no tener diagnostico

claro, incluso ha considerado la opción de tener síntomas asociados a ansiedad. Antecedentes: patológicos- gastritis desde hace 2 meses- hipertrofia de cornetes - rinitis alergias intolerancia a metoclopramida por acatisia. farmacos: nedox sobres 20 -10 -20, magnesio liquido, Probioticos Fluticasona spray

En cama, modula ansiedad, coherente, no delirios, con ideas de preocupacion, minusvalia, sin ideas de muerte, sin ideas de autoagresion, sin alucinaciones, alerta, orientada, juicio conservado.

Paciente que esta tolerando la medicacion psiquiatrica, niega efectos adversos. La relacion terapeutica se esta logrando. La paciente tiene temor ante de que "no me hagan un diagnostico y yo seguir mal". Se da apoyo, contencion emocional y psicoeducacion. Se sugiere dar psicoeducacion por parte de gastroenterologia. Le indico a la paciente que de no encontrarse una causa clara de sus sintomas, luego de terminar los estudios pertinentes, existe la posibilidad de un cuadro de indole psicomatico; la paciente dice entender y estar de acuerdo con empezar un manejo psiquiatrico interdisciplinario en caso de que ocurra tal circunstancia. Por el momento no hago cambios en la medicacion.

1. Paroxetina tableta 20mg: cuarto en la mañana 2. Psicologia clinica

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.09.2020

Hora Registro: 16:36:57

Responsable: BUENAVENTURA COLLAZOS, DAISY CAROLINA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA- HOSPITALIZACIÓN LUZ MERY HOYOS MEJIA CC

1144150035 29 años FI: 15.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Disfagia en estudio

1.1 Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrainstitucional 16.09.2020)

1.2 SE DESCARTÓ Esclerodermia y Síndrome de Sjögren 1.3 RMN ABDOMEN

normal (Extraintitucional 24.08.2020) 1.4 TAC DE TORAX Y ABDOMEN

NORMAL (FVL 20.09.20) - Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (NO explica su sintomatologia) 1.4 PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH)

NORMAL - negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de

síntomas negativo (Extraintitucional 02.25.202) 1.5 MANOMETRÍA: NORMAL -

chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

(Extraintitucional 26.12.2019) 2. Gastritis crónica no atrófica con actividad

leve, H. pylori positivo (EVDA extrahospitalario 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 4. Bradicardia sinusal 5. Trastorno de ansiedad ANTECEDENTES: - Patológicos: Sinusopatía, tiene pendiente turbinoplastia - Alérgicos: niega. Efectos adversos a metilprednisolona y plasil - Farmacológicos: Niega - Tóxicos: Niega - Quirúrgicos: Rinoplastia - Familiares: HTA padre SUBJETIVO: Refiere sentirse mal, comenta que no pasó buena noche porque sentía muchos cólicos y que no ha podido hacer deposiciones. Nutrición por sonda nasogástrica en bolos, bien tolerados hasta el momento, diuresis espontánea sin alteraciones.

EXAMEN FÍSICO: Paciente en cama, alerta sin dificultad respiratoria, con marcados síntomas ansiosos, se torna hostil, demandante y con agitación motora al momento de explicar la posibilidad de continuar estudios de manera ambulatoria. Acompañada de su prima, luce crónicamente enferma, sarcopénica. Presenta sonda nasogástrica y nutrición enteral. Sin presencia de oxígeno suplementario ni signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES:

FECHA	HORA	FC	FR	TAS	TAD	TAM	SaO2%
22.09.2020	12:00:00	75,00	20,00	105,00	78,00	87,00	98,00
22.09.2020	08:00:00	81,00	20,00	101,00	79,00	83,00	98,00
22.09.2020	04:00:06	51,00	19,00	103,00	75,00	84,33	97,00
22.09.2020	00:00:05	52,00	19,00	99,00	71,00	80,33	98,00
21.09.2020	20:00:26	79,00	20,00	93,00	74,00	80,33	99,00
21.09.2020	16:00:00	60,00	18,00	112,00	82,00	92,00	99,00
21.09.2020	12:00:00	57,00	17,00	102,00	73,00	82,67	98,00
21.09.2020	08:00:00	54,00	18,00	99,00	70,00	79,67	98,00

ORL: Mucosas húmedas, rosadas. Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, sin presencia de soplos. Pulmonar: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: Blando, depresible, no se palpan masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Eutróficas, sin presencia de edema, pulsos periféricos presentes, llenado capilar < 2 segundos. Neurológico: Alerta, orientada en las 3 esferas, sin signos de focalización, ansiosa, hostil, demandante y con agitación psicomotora al momento de entablar conversación sobre la continuidad de los estudios de manera ambulatoria., NOTA: Se evalúa la paciente con todos los EPP de acuerdo al protocolo institucional y el INS para la prevención de contagio por SARS-CoV-2. PARACLÍNICOS: - 20.09.2020: IgA 1.61 (0.7-4) IgG 6.58 (7-16) IgM 1.94 (0.4-2.3) - 19.09.2020: Scl 70 1.8 negativo - 18.09.2020: BT 1.75 BD 0.58 AST 15.3 ALT 17.7 FA 55.2 GGT 21 K 3.66 Mg 1.83 Fósforo 4.5 - 17.09.2020: VES 2 LDH 253 (135-214) PCR 0.06 Factor reumatoideo <10 PTH 25.9 Calcio 10.6 PATRONES DE ELECTROFORESIS: Patrón de electroforesis Normal en porcentajes, aunque en la región gamma se insinúa ligera disminución. - 16.09.2020: TSH 0.974

Vitamina D 25OH 22.8 Vitamina B12 825 Ferritina 89.2 Ácido fólico 7.26 ENAs negativo ANAs negativo - 15.09.2020: Leu 5490 N 2630 Linf 2490 Hb 12.2 Hcto 37.4 VCM 91.2 PLT 226 Creat 0.53 BUN 3.8 Na 140.7 K 3.91 Cl 103.7 Glicemia 86.6 Proteínas totales 6.5 Albúmina 4.72 Mg 2.21 MICROBIOLÓGICO: - 18.09.2020: AntiChagas 0.02 negativo VIH 0.18 negativo - 17.09.2020: RPR negativo IgM HBcAg 0.06 negativo HBsAg 0.34 negativo Anti HCV 0.03 negativo PATOLOGÍA: - 19.09.2020: GLÁNDULA SALIVAL MENOR: Histológicamente sin alteraciones IMÁGENES: - 18.09.2020: TAC DE CUELLO Y TÓRAX: Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica; en el contexto clínico este hallazgo puede explicar la disfagia a sólidos. Resto del estudio sin hallazgos patológicos relevantes. - 17.09.2020: RX DE TÓRAX: Normal . ESTUDIOS EXTRAINSTITUCIONALES: - 16.09.2020: REPORTE DE PATOLOGÍA ESÓFAGO Y ESTÓMAGO (Extrahospitalario): Esofagitis crónica por reflujo, leve. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo. Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - 08.09.2020: EVDA CMI: gastritis crónica no especificada - 24.08.2020 RMN ABDOMEN: quiste simple renal izquierdo tipo I de la clasificación de Bosniak. - 02.25.2020: PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH): negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo - 26.12.2019: MANOMETRÍA: normal Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

ANÁLISIS: Paciente femenina de 29 años sin antecedentes relevantes, quien presenta cuadro clínico de aproximadamente un año de disfagia inicial para sólidos con progresión a líquidos hasta intolerancia a la vía oral, con pérdida de peso de 20 kg en este tiempo, en seguimiento ambulatorio extrahospitalario con gastroenterología y neurología, hasta el momento con estudios endoscópicos y de motilidad esofágica en rangos de normalidad, sin identificar causa de cuadro actual: - 3 EVDA sin toma de biopsias esofágicas sino hasta la del 08.09.2020 no reporta eosinófilos) * Esofagitis leve * Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - RMN ABDOMEN normal (Extrahospitalario 24.08.2020) - PHMETRÍA Extrahospitalaria 02.25.202 IMPEDANCIA PH NORMAL * negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo - MANOMETRÍA: NORMAL (Extrahospitalario 26.12.2019) * Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo - 2 cine DEGLUCIONES, una normal y otra con retardo en el aclaramiento esofágico - Esofagograma normal Ingresó por intolerancia total a la vía oral, sin descompensación hidroelectrolítica. Por lo que se realizó paso de SNG para asegurar ingesta proteico-calórica adecuada. Se sospechó enfermedad sistémica

de origen autoinmune por historia de síntomas secos, con perfil reumatológico NEGATIVO y reporte de biopsia de glándula salivar histológicamente normal, por lo que SE DESCARTÓ esclerodermia y Síndrome de Sjögren, ya valorada por reumatología y sin necesidad de otros estudios a este nivel. Otros estudios con perfil infeccioso negativo. No tiene hipoalbuminemia, su función renal se ha mantenido conservada, sin trastorno electrolítico, función tiroidea y paratiroidea normal, estudios carenciales negativos. Electroforesis de proteínas que sugieren región gamma baja por lo que se complementó con inmunoglobulinas séricas en rango normal (IgG en límite inferior) que tampoco explica cuadro actual. Se tomó TAC de cuello y tórax contrastado, que resultó NORMAL, con único hallazgo arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica encontrada se solicitó concepto de cirugía general a este respecto y consideran no se configura anillo vascular por lo que no condiciona síntomas actuales, no candidata a manejo quirúrgico; se solicitó concepto a cirugía vascular confirmando que este hallazgo no explica la sintomatología actual, y debe continuar estudios y manejo por gastroenterología. Desde su ingreso se evidencia alta carga emocional tanto en ella como en su familia (madre), con síntomas ansiosos importantes en relación a su condición, por lo que se encuentra en manejo conjunto por psiquiatría y psicología. Inicialmente negándose al manejo farmacológico (se explicó claramente beneficios y riesgos del medicamento), desde ayer fue aceptado, por lo que se inició en la mañana paroxetina. Se encuentra en seguimiento conjunto con Gastroenterología, considerando cursa con ESÓFAGO HIPERSENSIBLE (sin que corresponda a la causa de todo el cuadro), aunque posiblemente haya un trastorno de motilidad esofágica inadvertido, y dado que la fisiología deglutoria estaría alterada durante estancia hospitalaria, además de que hay una sonda nasogástrica recientemente colocada para nutrición, consideran realizar nueva manometría esofágica de alta resolución con alimentos consistentes tipo compota de manera ambulatoria, con orden de retiro de sonda nasogástrica para el procedimiento, con posterior recolocación. Actualmente paciente hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de rangos de normalidad, tolerando adecuadamente bolos de nutrición enteral. Hoy empeoramiento de su ansiedad con descompensación ansiosa imprevista al momento de explicar claramente porque no debe permanecer hospitalizada y debe continuar con estudios ambulatorios, se tornó hostil demandante y con agitación psicomotora, indicó no querer escuchar más al personal médico; por lo que se explicó a su acompañante (prima) como actualmente se encuentra estable, sin deterioro de sus signos vitales ni últimos aparatos, y porque el estudio enviado por gastroenterología se indica de manera ambulatoria para que no sea alterado por las condiciones de la hospitalización.

(esto ya se le ha venido explicando a la paciente y su madre). Solicitamos revaloración por psiquiatría y psicología, y seguimiento por gastroenterología. Vigilaremos tolerancia a los bolos de nutrición enteral.

PLAN: - Continuar hospitalizada. - Se solicita revaloración por Psiquiatría. - Vigilar tolerancia a alimentación por bolos. - Continuar con Fonoaudiología - Control de signos vitales - Avisar cambios Gracias!

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 22.09.2020

Hora Registro: 18:13:04

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

FONOAUDIOLOGÍA Estímulos orales con 3 jugos al día Seguimiento por fonoaudiología Se sugiere acompañamiento por Psicología y Nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.09.2020

Hora Registro: 18:13:14

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: FASE PREORAL Y ORAL DE LA DEGLUCIÓN NORMAL DIAGNOSTICO MEDICO: Motivo de consulta: "Tengo mucha gastritis" Paciente con historia conocida de disfagia inicialmente mecánica, que posteriormente progresó. Ahora con afagia, con múltiples estudios extrahospitalarios por parte de neurología y gastroenterología los cuales son reportados en límites de normalidad. En el momento continua siendo estudiada por disfagia la cual aun no tiene etiología clara. Ha presentado sintomatología compatible con síndrome seco, en seguimiento por reumatología. Dentro de los estudios de extensión se le realizó una tomografía axial computarizada de tórax el cual muestra subclavia derecha aberrante, sin configurar anillo vascular esofágico.

Seguimiento

Paciente despierta, alerta, en estable condición. Con alimentación por sonda nasogastrica. Refiere molestia por posibilidad de continuar manejo ambulatorio, desea un diagnóstico. En compañía de la prima y la madre. Se

realizan ejercicios secuenciales de la deglución, se reitera que según los exámenes realizados el mecanismo de la deglución a nivel oral y faringeo se encuentra normal, refiere entender. Según lo comentado con Medicina Interna y Gastroenterología se propone el inicio de estímulos orales para lograr una alimentación mixta. La paciente muestra resistencia pero finalmente acepta recibir alimento. Ingiere 3 cucharadas de líquido claro sin signos de alarma. Se acuerda iniciar estímulo con 3 jugos al día para ir incrementando según tolerancia. Se sugiere acompañamiento por Psicología y Nutrición. Se comenta con Medica hospitalaria Queda estable. -----

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Estímulos orales con 3 jugos al día Seguimiento por fonoaudiología Se sugiere acompañamiento por Psicología y Nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.09.2020

Hora Registro: 18:42:37

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 acompañada de familiar (prima)

Durante la entrevista la paciente se muestra orientada en las tres esferas,coherente, producción ideoverbal sin alteraciones, colaboradora, no identifico delirios, no refiere ideas de muerte ni de autoagresión, afecto triste y ansioso. Alerta. Desesperanza.

Paciente de 29 años de edad quien refiere molestia dado que su proceso será llevado acabo de manera ambulatoria "es la 3ra vrz que me hospitalizan este año y no me quiero ir hasta que no me den un diagnóstico real" dice.

Manifiesta rabia y tristeza "es frustrante que no pase nada", dice. Durante la sesión se plantean estrategias que le permiten comprender y ver desde otra mirada su situación, previniendo preocupaciones como parte del proceso

psicoeducativo y permitiéndose dar uso de nuevos recursos propios como herramientas. Reconoce malestar y logra expresarlo. En el momento de la intervención alcanza a considerar una percepción psicosomática sin embargo la afecta su situación actual desde lo administrativo que es difícil hacer una introspección. Llama la atención relación con madre, sin embargo no se logra indagar al respecto. Muestra desesperanza por mejoría "he bajado muchos kilos y esta era mi última posibilidad, yo quería que me ayudaran a subir de peso y me dieran un diagnóstico" dice. Se brinda un espacio de escucha, de apoyo y de contención emocional, buscando facilitar la expresión de sentimientos y emociones.

Cierro IC

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.09.2020

Hora Registro: 07:14:34

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

GASTROENTEROLOGÍA. Paciente conocida por nuestro servicio en relación con disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cine-degluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metría. Permanece hospitalizada en piso a cargo de Medicina Interna con nutrición enteral por afagia. En vista de que el examen que hace falta para completar el estudio racional de la disfagia de esta paciente es la manometría esofágica de alta resolución más impedanciometría con degluciones de material espeso. Me comunico con la Dra. Catalina Maldonado (gastroenteróloga experta en fisiología digestiva) y acuerdo que la manometría se realice mañana teniendo en cuenta que la paciente, ambulatoriamente al igual que en esta hospitalización, permanece sedentaria y casi con un síndrome de inmovilidad debido a la astenia relacionada con su cuadro. El hecho que reciba varios medicamentos que pueden alterar la motilidad esofágica como lidocaína tóxica, B/hioscina, paroxetina, ondansetrón y morfina, no constituyen una contraindicación absoluta para su realización y además sería muy difícil pensar en un escenario en donde se retiren por 2 semanas sólo para la manometría. Tenía pendiente una colonoscopia ambulatoriamente la cual no se había realizado por la intolerancia a la preparación, aprovechando la sonda implantada para la nutrición enteral, se preparó para hoy. Hablé ampliamente tanto con la paciente como con su

madre explicàndoles que si la manometria resultara ser normal, habría que abordar su disfagia como un trastorno funcional teniendo en cuenta además que Psiquiatria documentò un trastorno de ansiedad e inició medicacion ansiolitica más intervencion psicológica. Estaré atento a su evolución.

.

.

- Colonoscopia hoy - Manometria esofágica de alta resolución más impedanciometría hoy (MIPRES 20200923161023221957)

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.09.2020

Hora Registro: 09:31:50

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA EDAD:29 AÑOS TRABAJA EN CONTADURIA EN COMPAÑIA DE LA

MADRE EVOLUCION Paciente menos ansiosa, mas colaboradora, aun preocupada por su situacion de salud pero reporta que la interaccion con el gastroenterologo ha sido favorable y le ha ayudado. Sin ideas de autoagresion, conductas agresivas o de riesgo. Sin alteraciones del sensorio. Niega efectos adversos de la medicacion psiquiatrica. La familiar de la paciente reporta estar a la expectativa con los paraclínicos que le realizaran en el dia de hoy.

HISTORIA CLINICA PREVIA DRA. MONTOYA Paciente sin antecedente de enfermedad mental con cuadro clínico de 1 año de evolución de disfagia, dolor epigástrico dolor retroesternal asociado a pirosis con dificultad para la expulsión de gases. Además presenta xerostomía, xeroftalmía, xerosis y perdida de 20 kg de peso aproximadamente en el último año. La paciente niega que haya perdido el apetito pero si reconoce ansiedad a la hora de las comidas asociado al malestar gastrico que aparece despues de la ingesta.

Manifiesta que hace 3 meses a causa de sintomas de ansiedad en una hospitalizacion (en otra institucion) le inciaron clonazepam gotas y fluoxetina, le generaban aumento de la sensacion de boca seca, y continuaba con sensacino de tarquicardia e inquietud motora, pero esto desapareció cuando le suspendieron la metoclopramida. Niega que tenga animo ideacion suicida o crisis ansiosas, reconoce que su condicion actual ha afectado su trabajo "estoy incapacitada", la socializacion y la perdida del disfrute por la comida. Ha buscado la explicacion para su condicion y le preocupa no tener diagnostico

claro, incluso ha considerado la opción de tener síntomas asociados a ansiedad. Antecedentes: patológicos- gastritis desde hace 2 meses- hipertrofia de cornetes - rinitis alergias intolerancia a metoclopramida por acatisia. farmacos: nedox sobres 20 -10 -20, magnesio liquido, Probioticos Fluticasona spray

En cama, menos ansiosa, coherente, no delirios, con ideas de preocupacion, minusvalia, sin ideas de muerte, sin ideas de autoagresion, sin alucinaciones, alerta, orientada, juicio conservado.

Hoy mas tranquila, con malestar asociado a pasar mala noche por la preparacion para una colonoscopia. Ha tolerado la medicacion psiquiatrica. Considero que debe continuar manejo por la especialidad en el ambito de consulta externa, desde manejo farmacologico y psicoterapeutico. Por el momento no hago cambios en la medicacion.

Manejo psiquiatrico por consulta externa con: 1. Paroxetina tableta 20mg: cuarto en la mañana 2. Psicología clínica

Registro de Consulta

Fecha Registro: 23.09.2020

Hora Registro: 11:10:40

Responsable: TORRES VASQUEZ, KAREN

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Sedación: Previa explicación y firma del consentimiento informado de procedimiento endoscópico y sedación, ingresa paciente a sala por sus propios medios, alerta y consciente. Se verifica protocolo institucional de seguridad antes, durante y después del procedimiento. Paciente de 29 años, con antecedentes patológicos: disfagia, caquexia. Antecedentes alergicos: metoclopramida, metilprednisolona. Paciente ASA: I, Mallampati: II, peso: 63 kg. Se procede a realizar monitoria no invasiva, signos vitales antes del procedimiento: Sat O2:100%, fc:64 lpm, fr:21 rpm, ta:114/82 mmhg, pre oxigenación por cánula nasal a 4lts/min. Se realiza asepsia de manos y limpieza de acceso venoso, posteriormente, se inicia sedación de COLONOSCOPIA con anestésico local lidocaína 30 mg y sedación con propofol 120 mg ev. Paciente sin complicaciones durante el procedimiento, con signos vitales al final del mismo: Sat O2:100%, fr:21 rpm, fc:47 lpm, ta: 112/75 mmhg. Se traslada paciente en camilla a sala de recuperación, bajo efectos residuales de sedación. Se verifica estabilidad hemodinámica y se deja a cargo

de personal de recuperación.

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 23.09.2020

Hora Registro: 11:12:36

Responsable: CATALINA MALDONADO GUTIERREZ

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA -

Tipo de herida :

Descripcion de la prestación :

COLONOSCOPIA TOTAL

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

<<<COLONOSCOPIA TOTAL >>> ----- Información Clínica REMITE: Dra BUENAVNTURA SEDACIÓN:Lidocaina 30mg + Propofol 120 mg + Monitoria de oximetria y frec INDICACIÓN: ASA:I MÉDICO DE SEDACIÓN:Dra. Karen Torres Vásquez Previa explicación del procedimiento, riesgos, beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. Hallazgos INSPECCION : Normal. ANOSCOPIA : Se aprecia dilatación leve de paquetes hemorroidales internos sin que sobrepasen la línea dentada. No hay signos de complicación aguda. TACTO RECTAL: El tono del esfínter es normal. No se palpan masas. ENDOSCOPIA : Se avanza retrógradamente hasta el ciego identificando el orificio apendicular y la válvula íleocecal. La mucosa de los segmentos examinados de ciego, colon ascendente, transverso, descendente, sigmoide y recto conserva el patron vascular normal. Ileon distal 15 cm normal. Preparacion boston 8/9. BIOPSIA: No. Diagnóstico 1. ILEOCOLONOSCOPIA NORMAL. 2. HEMORROIDES INTERNAS GRADO I. La evaluación del paciente se realizó utilizando todos los elementos de protección personal, cumpliendo los protocolos y linamientos institucionales.

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.09.2020

Hora Registro: 13:27:58

Responsable: SERPA SERPA, JOSE MAURICIO

Especialidad: FISIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

FISIATRÍA: 29 años, Femenino. - Disfagia en estudio - Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrainstitucional 16.09.2020) - Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extrainstitucional 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - Bradicardia sinusal - Trastorno de ansiedad Actualmente no refiere dolor, no parestesias relata debilidad muscular generalizada en dcubito frecuente hace sedente y marcha

Alerta en sedente, marcha independiente hipotrofia muscular generalizada refiere sensibilidad normal ROT ++ patelar y aquiliano bilateral Fuerza muscular 4/5 en 4 extremidades patrones funcionales completos con miembros superiores

Paciente con deficiencia de sistema gastrointestinal, metabolico, se recomienda inicio de proceso rehabilitador para evitar complicaciones por reposo.

Terapia física para: - Movilidad articular - Mejorar y mantener fuerza - entrenamiento en transiciones - estimular sedente y marcha - propiocepción y equilibrio - promover independencia en AVD

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.09.2020

Hora Registro: 13:58:11

Responsable: BUENAVENTURA COLLAZOS, DAISY CAROLINA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA - HOSPITALIZACIÓN LUZ MERY HOYOS MEJIA CC

1144150035 29 años FI: 15.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Disfagia 1.1 Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrainstitucional 16.09.2020) 1.2 SE DESCARTÓ Esclerodermia y Síndrome de Sjögren 1.3 RMN ABDOMEN normal (Extraintitucional 24.08.2020) 1.4 TAC DE TORAX Y ABDOMEN NORMAL (FVL 20.09.20) - Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (NO explica su sintomatología) 1.4 PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH) NORMAL - negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo (Extraintitucional 02.25.2020) 1.5 MANOMETRÍA: NORMAL - chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extraintitucional 26.12.2019) 1.6 ILEOCOLONOSCOPIA NORMAL (23.09.2020) 1.6.1 Hemorroides internas grado I 2. Gastritis crónica no atrófica

con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extrainstitucional 16.09.2020)
 Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 4. Bradicardia sinusal
 5. Trastorno de ansiedad ANTECEDENTES: - Patológicos: Sinusopatía, tiene
 pendiente turbinoplastia - Alérgicos: niega. Efectos adversos a
 metilprednisolona y plasil - Farmacológicos: Niega - Tóxicos: Niega -
 Quirúrgicos: Rinoplastia - Familiares: HTA padre SUBJETIVO: Refiere haber
 pasado una mala noche debido a la preparación para la colonoscopia. Diuresis
 espontánea y deposiciones sin alteraciones.

OBJETIVO: EXAMEN FÍSICO: Encuentro a paciente en cama, decaída,
 acompañada de su madre, luce crónicamente enferma, sarcopénica. Presenta
 sonda nasogástrica y nutrición enteral. Sin presencia de oxígeno suplementario
 ni signos de dificultad respiratoria. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR
 TAS TAD TAM SaO2% 23.09.2020 04:00:00 35,40 56,00 17,00 93,00 66,00
 75,00 98,00 23.09.2020 00:05:00 35,10 65,00 19,00 115,00 79,00 91,00
 100,00 22.09.2020 20:00:00 36,20 60,00 17,00 110,00 79,00 89,33 98,00
 22.09.2020 16:00:00 36,10 77,00 21,00 104,00 74,00 84,00 97,00 22.09.2020
 12:00:00 36,00 75,00 20,00 105,00 78,00 87,00 98,00 22.09.2020 08:00:00
 36,40 81,00 20,00 101,00 79,00 83,00 98,00 22.09.2020 04:00:06 37,00 51,00
 19,00 103,00 75,00 84,33 97,00 GLUCOMETRÍAS: 19.09.2020 12:00:00 72,00
 18.09.2020 16:07:53 116,00 18.09.2020 15:05:37 53,00 18.09.2020 05:34:43
 78,00 ORL: Mucosas húmedas, rosadas. Cardiovascular: Ruidos cardíacos
 rítmicos, de buena intensidad, sin presencia de soplos. Pulmonar: Murmullo
 vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados.
 Abdomen: Blando, depresible, no se palpan masas ni megalias, sin signos de
 irritación peritoneal. Extremidades: Eutróficas, sin presencia de edema, pulsos
 periféricos presentes, llenado capilar < 2 segundos. Neurológico: Alerta,
 orientada en las 3 esferas, sin signos de focalización. NOTA: Se evalúa la
 paciente con todos los EPP de acuerdo al protocolo institucional y el INS para
 la prevención de contagio por SARS-CoV-2. PARACLÍNICOS: - 20.09.2020: IgA
 1.61 (0.7-4) IgG 6.58 (7-16) IgM 1.94 (0.4-2.3) - 19.09.2020: Scl 70 1.8
 negativo - 18.09.2020: BT 1.75 BD 0.58 AST 15.3 ALT 17.7 FA 55.2 GGT 21 K
 3.66 Mg 1.83 Fósforo 4.5 - 17.09.2020: VES 2 LDH 253 (135-214) PCR 0.06
 Factor reumatoideo <10 PTH 25.9 Calcio 10.6 PATRONES DE
 ELECTROFORESIS: Patrón de electroforesis Normal en porcentajes, aunque en
 la región gamma se insinúa ligera disminución. - 16.09.2020: TSH 0.974
 Vitamina D 25OH 22.8 Vitamina B12 825 Ferritina 89.2 Ácido fólico 7.26 ENAs
 negativo ANAs negativo - 15.09.2020: Leu 5490 N 2630 Linf 2490 Hb 12.2
 Hcto 37.4 VCM 91.2 PLT 226 Creat 0.53 BUN 3.8 Na 140.7 K 3.91 Cl 103.7
 Glicemia 86.6 Proteínas totales 6.5 Albúmina 4.72 Mg 2.21 MICROBIOLÓGICO:

- 18.09.2020: AntiChagas 0.02 negativo VIH 0.18 negativo - 17.09.2020: RPR negativo IgM HBcAg 0.06 negativo HBsAg 0.34 negativo Anti HCV 0.03 negativo PATOLOGÍA: - 19.09.2020: GLÁNDULA SALIVAL MENOR: Histológicamente sin alteraciones IMÁGENES: - 18.09.2020: TAC DE CUELLO Y TÓRAX: Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica; en el contexto clínico este hallazgo puede explicar la disfagia a sólidos. Resto del estudio sin hallazgos patológicos relevantes. - 17.09.2020: RX DE TÓRAX: Normal. PROCEDIMIENTOS: -23.09.2020 COLONOSCOPIA: Inspección: Normal. Anoscopia: Se aprecia dilatación leve de paquetes hemorroidales internos sin que sobrepasen la línea dentada. No hay signos de complicación aguda. Tacto rectal: El tono del esfínter es normal. No se palpan masas. Endoscopia: Se avanza retrógradamente hasta el ciego identificando el orificio apendicular y la válvula ileocecal. La mucosa de los segmentos examinados de ciego, colon ascendente, transverso, descendente, sigmoide y recto conserva el patrón vascular normal. Ileon distal 15 cm normal. Preparacion boston 8/9. Biopsia: no. Diagnóstico: 1. Ileocolonoscopia normal. 2. Hemorroides internas grado I. ESTUDIOS EXTRAINSTITUCIONALES: - 16.09.2020: REPORTE DE PATOLOGÍA ESÓFAGO Y ESTÓMAGO (Extraintitucional): Esofagitis crónica por reflujo, leve. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo. Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - 08.09.2020: EVDA CMI: gastritis cronica no especificada - 24.08.2020 RMN ABDOMEN: quiste simple renal izquierdo tipo i de la clasificación de Bosniak. - 02.25.2020: PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH): negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo - 26.12.2019: MANOMETRÍA: normal chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

ANÁLISIS: Paciente femenina de 29 años sin antecedentes relevantes, quien presenta cuadro clínico de aproximadamente un año de disfagia inicial para sólidos con progresión a líquidos hasta intolerancia a la vía oral, con pérdida de peso de 20 kg en este tiempo, en seguimiento ambulatorio extraintitucional con gastroenterología y neurología, hasta el momento con estudios endoscópicos y de motilidad esofágica en rangos de normalidad, sin identificar causa de cuadro actual: - 3 EVDA sin toma de biopsias esofágicas sino hasta la del 08.09.2020 no reporta eosinófilos) * Esofagitis leve * Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo. * Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - RMN ABDOMEN normal (Extraintitucional 24.08.2020) - PHMETRÍA Extraintitucional 02.25.2020 IMPEDANCIA PH NORMAL * Negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo - MANOMETRÍA: NORMAL (Extraintitucional 26.12.2019) *

Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo - 2 cine degluciones, una normal y otra con retardo en el aclaramiento esofágico - Esofagograma normal Ingresó por intolerancia total a la vía oral, sin descompensación hidroelectrolítica, por lo que se realizó paso de SNG para asegurar ingesta proteico calórica adecuada. Se sospechó enfermedad sistémica de origen autoinmune por historia de síntomas secos, con perfil reumatológico NEGATIVO y reporte de biopsia de glándula salivar histológicamente normal, por lo que SE DESCARTÓ esclerodermia y Síndrome de sjogren, ya valorada por reumatología y sin necesidad de otros estudios a este nivel. Otros estudios con perfil infeccioso negativo. No tiene hipoalbuminemia, su función renal se ha mantenido conservada, sin trastorno electrolítico, función tiroidea y paratiroidea normal, estudios carenciales negativos. Electroforesis de proteínas que sugieren región gamma baja por lo que se complementó con inmunoglobulinas séricas en rango normal (IgG en límite inferior) que tampoco explica cuadro actual. Se tomo TAC de cuello y torax contrastado, que resultó NORMAL, con único hallazgo arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica encontrada, por lo que se solicitó concepto de cirugía general y consideran que no se configura anillo vascular y no condiciona síntomas actuales, no candidata a manejo quirúrgico; se solicitó concepto a cirugía vascular confirmando que este hallazgo no explica la sintomatología actual, y debe continuar estudios y manejo por gastroenterología. Desde su ingreso se evidencia alta carga emocional tanto en ella como en su familia (madre), con síntomas ansiosos importantes en relación a su condición, por lo que se encuentra en manejo conjunto por psiquiatría y psicología. Inicialmente negándose al manejo farmacológico (se explicó claramente beneficios y riesgos del medicamento), desde el 21.09.2020 fue aceptado, por lo que se inició paroxetina. El día de ayer presentó descompensación anímica con empeoramiento de su ansiedad, fue valorada por psiquiatría quienes continúan igual manejo médico y le explicaron que si después de varios estudios negativos no se puede encontrar causa organica, es mas probable que la etiología de su cuadro sea de origen psicosomático. Se encuentra en seguimiento conjunto con Gastroenterología, considerando que cursa con ESÓFAGO HIPERSENSIBLE (sin que corresponda a la causa de todo el cuadro), aunque posiblemente haya un trastorno de motilidad esofágica inadvertido, por lo que el día de ayer en junta médica con la Doctora Catalina Moncada, hoy se hará manometría + impedanciometría, debido a que su fisiología deglutoria ambulatoria es igual a la que presenta en esta hospitalización ya que permanece sedentaria y casi con un síndrome de inmovilidad debido a la astenia relacionada con su cuadro. Adicional a esto, tenía pendiente una colonoscopia ambulatoria por intolerancia a la preparación,

sin embargo, se realizó preparación por SNG para realización de procedimiento el día de hoy. El día de ayer fonoaudiología empezó estímulos orales con el fin de lograr una alimentación mixta, con 3 cucharadas de líquido claro sin presencia de complicaciones; por lo que se empezará con 3 jugos al día y se irá incrementando según tolerancia. Actualmente paciente hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de rangos de normalidad, con progresión y tolerancia a la alimentación mixta. Resultado de colonoscopia dentro de parámetros normales, con único hallazgo de hemorroides internas grado I. Estamos pendientes de los resultados de la manometría + impedanciometría, con el fin de definir conducta.

PLAN: - Continuar hospitalizada. - Pendiente resultados de procedimientos (manometría + impedanciometría). - Continuar con Fonoaudiología. - Control de signos vitales. - Avisar cambios. Gracias!

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.09.2020

Hora Registro: 19:40:40

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: FASE PREORAL Y ORAL DE LA DEGLUCIÓN NORMAL DIAGNOSTICO MEDICO: Motivo de consulta: "Tengo mucha gastritis" Paciente con historia conocida de disfagia inicialmente mecánica, que posteriormente progresó. Ahora con afagia, con multiples estudios extrainstitucionales por parte de neurología y gastroenterología los cuales son reportados en limites de normalidad. En el momento continua siendo estudiada por disfagia la cual aun no tiene etiología clara. Ha presentado sintomatología compatible con síndrome seco, en seguimiento por reumatología. Dentro de los estudios de extensión se le realizó una tomografía axial computarizada de torax el cual muestra subclavia derecha aberrante, sin configurar anillo vascular esofágico.

Seguimiento

Encuentro paciente despierta, alerta, en estable condición. Continua alimentación por sonda nasogastrica, baja ingesta de los jugos vía oral. En compañía de la madre. Hoy en procedimientos médicos y educación de uso de la sonda, se visita en diferentes oportunidades pero no es posible hacer la intervención. Se deja jugo espeso para la ingesta, hasta el momento ha

consumido 1/4 de vaso, refiere sensación de acumulación de secreciones. Continúa con estímulo con 3 jugos al día para ir incrementando según tolerancia y lograr alimentación mixta. Se sugiere acompañamiento por Psicología y Nutrición. Queda estable. -----

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Estímulos orales con 3 jugos al día Seguimiento por fonoaudiología Se sugiere acompañamiento por Psicología y Nutrición

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 23.09.2020

Hora Registro: 21:50:16

Responsable: MALDONADO GUTIERREZ, CATALINA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA -

Tipo de herida :

Descripción de la prestación :

MANOMETRIA ESOFAGICA CON IMPEDANCIOMETRI

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

Procedimiento MANOMETRIA ESOFAGICA DE ALTA RESOLUCIÓN CON IMPEDANCIOMETRIA Indicaciones DISFAGIA PROGRESIVA CON PERDIDA DE PESO Interpretación / Hallazgos Se realiza manometria esofagica de alta resolución, encontrando union esofagogastrica tipo I. Esfinter esofagico inferior de tono normal. con adecuada relajación IRP de 8.6 mmHg. La actividad motora del cuerpo esofagico es normal dada por 100% de ondas peristalticas con adecuada fuerza y duracion. Esfinter esofagico superior de tono y relajacion normal. Adecuada coordinacion faringoesofagica. Aclaramiento completo del bolo para liquidos en el 100% degluciones. Adecuada reserva esofagica con maniobras provocatorias con degluciones rapidas. Se dan trago con material espeso con adecuadas degluciones sin desencadenar alteraciones. Impresiones 1. MANOMETRIA NORMAL. CLASIFICACION DE CHICAGO 3.0 2. ACLARAMIENTO ADECUADO DEL BOLO PARA LIQUIDOS Y ESPESOS 3.

ADECUADA RESERVA ESOFAGICA. NOTA: ESTUDIO MANOMETRICO CONSISTENTEMENTE NORMAL, DADA LA CLINICA REFERIDA Y EL COMPORTAMIENTO EN EL PROCEDIMIENTO SE RECOMIENDA CONSIDERAR OTRAS ETIOLOGIAS PARA SINTOMAS REFERIDOS COMO TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION. DRA CATALINA MALDONADO GUTIERREZ

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.09.2020

Hora Registro: 11:43:39

Responsable: BUENAVENTURA COLLAZOS, DAISY CAROLINA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA - HOSPITALIZACIÓN LUZ MERY HOYOS MEJIA CC
1144150035 29 años FI: 15.09.2020 DIAGNÓSTICOS: 1. Disfagia en estudio.
1.1 Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrahospitalaria 16.09.2020)
1.2 Se descartó Esclerodermia y Síndrome de Sjögren 1.3 RMN Abdominal normal (Extrahospitalaria 24.08.2020) 1.4 TAC Toracoabdominal normal (FVL 20.09.20) - Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) 1.4 PHmetria (Impedancia pH) Normal - Negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo (Extrahospitalaria 02.25.2020) 1.5 Manometria. - Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extrahospitalaria 26.12.2019 e Intrahospitalaria 23.09.2020) 1.6 Ileocolonoscopía normal (23.09.2020) 1.6.1 Hemorroides internas grado I 2. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extrahospitalaria 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 3. Bradicardia sinusal 4. Trastorno de ansiedad ANTECEDENTES: - Patológicos: Sinusopatía, tiene pendiente turbinoplastia. - Alérgicos: niega. Efectos adversos a metilprednisolona y plasil. - Farmacológicos: Niega. - Tóxicos: Niega. - Quirúrgicos: Rinoplastia. - Familiares: HTA padre. SUBJETIVO: Refiere sentirse relativamente bien, con dificultad para la ingesta de líquidos espesos ordenados por Fonoaudiología. Refiere aumento en la producción de moco secundario a uso de sonda nasogástrica lo cual dificulta el paso de dieta.

EXAMEN FÍSICO: Encuentro a paciente en cama, decaída, sola, luce crónicamente enferma, sarcopénica. Presenta sonda nasogástrica y nutrición enteral. Sin presencia de oxígeno suplementario ni signos de dificultad

respiratoria. SIGNOS VITALES: FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM SaO2%

FECHA	HORA	T	FC	FR	TAS	TAD	TAM	SaO2%
24.09.2020	08:00:00	0,00	55,00	19,00	104,00	73,00	83,33	99,00
24.09.2020	04:20:52	0,00	50,00	18,00	89,00	59,00	69,00	98,00
24.09.2020	00:14:26	0,00	51,00	18,00	95,00	65,00	75,00	97,00
23.09.2020	19:00:00	0,00	65,00	19,00	99,00	64,00	75,67	99,00
23.09.2020	16:00:10	36,10	61,00	19,00	96,00	70,00	78,67	97,00
23.09.2020	12:00:09	36,50	55,00	20,00	104,00	76,00	85,33	99,00

ORL: Mucosas húmedas, rosadas. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, sin presencia de soplos. Pulmonar: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: Blando, depresible, no se palpan masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Eutróficas, sin presencia de edema, pulsos periféricos presentes, llenado capilar < 2 segundos. Neurológico: Alerta, orientada en las 3 esferas, sin signos de focalización. NOTA: Se evalúa la paciente con todos los EPP de acuerdo al protocolo institucional y el INS para la prevención de contagio por SARS-CoV-2. PARACLÍNICOS: - 20.09.2020: IgA 1.61 (0.7-4) IgG 6.58 (7-16) IgM 1.94 (0.4-2.3) - 19.09.2020: Scl 70 1.8 negativo - 18.09.2020: BT 1.75 BD 0.58 AST 15.3 ALT 17.7 FA 55.2 GGT 21 K 3.66 Mg 1.83 Fósforo 4.5 - 17.09.2020: VES 2 LDH 253 (135-214) PCR 0.06 Factor reumatoideo <10 PTH 25.9 Calcio 10.6 PATRONES DE ELECTROFORESIS: Patrón de electroforesis Normal en porcentajes, aunque en la región gamma se insinúa ligera disminución. - 16.09.2020: TSH 0.974 Vitamina D 25OH 22.8 Vitamina B12 825 Ferritina 89.2 Ácido fólico 7.26 ENAs negativo ANAs negativo - 15.09.2020: Leu 5490 N 2630 Linf 2490 Hb 12.2 Hcto 37.4 VCM 91.2 PLT 226 Creat 0.53 BUN 3.8 Na 140.7 K 3.91 Cl 103.7 Glicemia 86.6 Proteínas totales 6.5 Albúmina 4.72 Mg 2.21 MICROBIOLÓGICO: - 18.09.2020: AntiChagas 0.02 negativo VIH 0.18 negativo - 17.09.2020: RPR negativo IgM HBcAg 0.06 negativo HBsAg 0.34 negativo Anti HCV 0.03 negativo PATOLOGÍA: - 19.09.2020: GLÁNDULA SALIVAL MENOR: Histológicamente sin alteraciones IMÁGENES: - 18.09.2020: TAC DE CUELLO Y TÓRAX: Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica; en el contexto clínico este hallazgo puede explicar la disfagia a sólidos. Resto del estudio sin hallazgos patológicos relevantes. - 17.09.2020: RX DE TÓRAX: Normal. PROCEDIMIENTOS: - 23.09.2020 MANOMETRÍA: Se realizó manometría esofágica de alta resolución, encontrando union esofagogastrica tipo I. Esfínter esofágico inferior de tono normal. con adecuada relajación IRP de 8.6 mmHg. La actividad motora del cuerpo esofágico es normal dada por 100% de ondas peristálticas con adecuada fuerza y duración. Esfínter esofágico superior de tono y relajación normal. Adecuada coordinación faringoesofágica. Aclaramiento completo del bolo para líquidos en el 100% degluciones. Adecuada reserva esofágica con maniobras provocativas con

degluciones rápidas. Se dan tragos con material espeso con adecuadas degluciones sin desencadenar alteraciones. 1. MANOMETRÍA NORMAL. CLASIFICACIÓN DE CHICAGO 3.0 2. ACLARAMIENTO ADECUADO DEL BOLO PARA LIQUIDOS Y ESPESOS 3. ADECUADA RESERVA ESOFÁGICA. -23.09.2020 COLONOSCOPIA: Inspección: Normal. Anoscopia: Se aprecia dilatación leve de paquetes hemorroidales internos sin que sobrepasen la línea dentada. No hay signos de complicación aguda. Tacto rectal: El tono del esfínter es normal. No se palpan masas. Endoscopia: Se avanza retrógradamente hasta el ciego identificando el orificio apendicular y la válvula ileocecal. La mucosa de los segmentos examinados de ciego, colon ascendente, transverso, descendente, sigmoide y recto conserva el patrón vascular normal. Ileon distal 15 cm normal. Preparacion boston 8/9. Biopsia: no. Diagnóstico: 1. Ileocolonoscopía normal. 2. Hemorroides internas grado I. ESTUDIOS EXTRAINSTITUCIONALES: - 16.09.2020: REPORTE DE PATOLOGÍA ESÓFAGO Y ESTÓMAGO (Extraintitucional): Esofagitis crónica por reflujo, leve. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo. Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - 08.09.2020: EVDA CMI: gastritis cronica no especificada - 24.08.2020 RMN ABDOMEN: quiste simple renal izquierdo tipo i de la clasificación de Bosniak. - 02.25.2020: PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH): negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo - 26.12.2019: MANOMETRÍA: normal chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

ANÁLISIS: Paciente femenina de 29 años sin antecedentes relevantes, quien presenta cuadro clínico de aproximadamente un año de disfagia inicial para sólidos con progresión a líquidos hasta intolerancia a la vía oral, con pérdida de peso de 20 kg en este tiempo, en seguimiento ambulatorio extraintitucional con gastroenterología y neurología, hasta el momento con estudios endoscópicos y de motilidad esofágica en rangos de normalidad, sin identificar causa de cuadro actual: - 3 EVDA sin toma de biopsias esofágicas sino hasta la del 08.09.2020 no reporta eosinófilos) * Esofagitis leve * Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo. * Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - RMN ABDOMEN normal (Extraintitucional 24.08.2020) - PHMETRÍA Extraintitucional 02.25.2020 IMPEDANCIA PH NORMAL * Negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo - MANOMETRÍA: NORMAL (Extraintitucional 26.12.2019 e Institucional 23.09.2020) * Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo - 2 cine degluciones, una normal y otra con retardo en el aclaramiento esofágico - Esofagograma normal - Colonoscopia normal. Ingresó por intolerancia total a la vía oral, sin descompensación

hidroelectrolítica, por lo que se realizó paso de SNG para asegurar ingesta proteico calórica adecuada. Se sospechó enfermedad sistémica de origen autoinmune por historia de síntomas secos, con perfil reumatológico NEGATIVO y reporte de biopsia de glándula salivar histológicamente normal, por lo que SE DESCARTÓ esclerodermia y Síndrome de sjogren, ya valorada por reumatología y sin necesidad de otros estudios a este nivel. Otros estudios con perfil infeccioso negativo. No tiene hipoalbuminemia, su función renal se ha mantenido conservada, sin trastorno electrolítico, función tiroidea y paratiroidea normal, estudios carenciales negativos. Electroforesis de proteínas que sugieren región gamma baja por lo que se complementó con inmunoglobulinas séricas en rango normal (IgG en límite inferior) que tampoco explica cuadro actual. Se tomo TAC de cuello y torax contrastado, que resultó NORMAL, con único hallazgo arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica encontrada, por lo que se solicitó concepto de cirugía general y consideran que no se configura anillo vascular y no condiciona síntomas actuales, no candidata a manejo quirúrgico; se solicitó concepto a cirugía vascular confirmando que este hallazgo no explica la sintomatología actual, y debe continuar estudios y manejo por gastroenterología. Desde su ingreso se evidencia alta carga emocional tanto en ella como en su familia (madre), con síntomas ansiosos importantes en relación a su condición, por lo que se encuentra en manejo conjunto por psiquiatría y psicología. Inicialmente negándose al manejo farmacológico (se explicó claramente beneficios y riesgos del medicamento), desde el 21.09.2020 fue aceptado, por lo que se inició paroxetina. El día de ayer presentó descompensación anímica con empeoramiento de su ansiedad, fue valorada por psiquiatría quienes continúan igual manejo médico y le explicaron que si después de varios estudios negativos no se puede encontrar causa orgánica, es más probable que la etiología de su cuadro sea de origen psicosomático. Se encuentra en seguimiento conjunto con Gastroenterología, considerando que cursa con ESÓFAGO HIPERSENSIBLE (sin que corresponda a la causa de todo el cuadro), se descarto trastorno de motilidad esofágica con manometría + impedanciometría institucional, adicionalmente se realizó colonoscopia que tenía ordenada de forma ambulatoria la cual es normal. Debido a que su fisiología deglutoria ambulatoria es igual a la que presenta en esta hospitalización ya que permanece sedentaria y casi con un síndrome de inmovilidad debido a la astenia relacionada con su cuadro. El día de ayer fonaudiología empezó dieta espesa sin complicaciones, sin embargo la paciente refiere el día de hoy dificultad para la alimentación por presencia de abundante rinorrea, se explica la importancia de continuar con terapia de deglución y continuar seguimiento según lo ordenado por fonaudiología. Se

solicita valoración por ORL de forma ambulatoria. Actualmente paciente hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de rangos de normalidad, con progresión y tolerancia a la alimentación mixta. Todos los paraclínicos dentro de la normalidad. Alta probabilidad de origen funcional de su patología. Dada la mejoría con la alimentación y que descartaron enfermedades graves, se considera que la paciente puede ser dada de alta con seguimiento ambulatorio con múltiples especialidades y programa de rehabilitación integral. Se da fórmula médica. Se dan signos de alarma y motivos de consulta a urgencias. Se solicitan paraclínicos de control para llevar a citas médicas.

PLAN: - Alta. - Se solicitan paraclínicos de control para llevar a citas médicas. - Cita de control ambulatorio: * Fisiatría. * Otorrinolaringología. * Psiquiatría Dr. Lasso - FVL (Prioritaria en 2 semanas). * Gastroenterología Dr. de la Hoz - FVL (Prioritaria en 1 semana). * Psicología. * Terapia física diaria en FVL (#20 sesiones al mes). * Fonoaudiología diaria en FVL (#20 sesiones al mes). - Fórmula ambulatorio: * Dexlansoprazol 30 mg cada 12 horas x 30 días. * Tiamina 300 mg cada 24 horas x 30 días. * Magaldrato (Riopan) 1 sobre después de cada comida x 30 días. - Se dan signos de alarma y motivos de consulta a urgencias.

Alta Médica

Fecha Registro: 24.09.2020

Hora Registro: 12:12:57

Responsable: PRIETO RUSCA, MARIA ISABEL

Especialidad: MEDICINA INTERNA - MEDICINA GENERAL -

Tipo Alta

Mejoría

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

Recomendaciones

Diagnóstico Alta

R13X - DISFAGIA

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 24.09.2020

Hora Registro: 18:58:06

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

FONOAUDIOLOGÍA Dieta líquida completa a tolerancia Seguimiento por fonoaudiología Se sugiere acompañamiento por Psicología y Nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.09.2020

Hora Registro: 18:58:11

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: FASE PREORAL Y ORAL DE LA DEGLUCIÓN NORMAL DIAGNOSTICO MEDICO: Motivo de consulta: "Tengo mucha gastritis" Paciente con historia conocida de disfagia inicialmente mecánica, que posteriormente progresó. Ahora con afagia, con multiples estudios extrainstitucionales por parte de neurología y gastroenterología los cuales son reportados en limites de normalidad. En el momento continua siendo estudiada por disfagia la cual aun no tiene etiología clara. Ha presentado sintomatología compatible con síndrome seco, en seguimiento por reumatología. Dentro de los estudios de extensión se le realizó una tomografía axial computarizada de torax el cual muestra subclavia derecha aberrante, sin configurar anillo vascular esofágico.

Seguimiento

Paciente despierta, alerta, tranquila, en estable condición. Continúa con alimentación por sonda nasogastrica, mínima ingesta de los jugos orales. Sin compañía de familiar durante la intervención. Se trabajan ejercicios respiratorios y movimientos secuenciales de la deglución sin y con alimento. Se refuerza en la paciente la normalidad del mecanismo y los apoyos para favorecer la ingesta. Se sugiere continuar acompañamiento por Psicología y Nutrición y favorecer la alimentación mixta. Se comenta con Medica hospitalaria Queda estable. -----

-----NOTA DURANTE PANDEMIA COVID-19: El manejo y la atención de este paciente y su familia se ha desarrollado siguiendo estrictamente el protocolo establecido por el comité de infecciones de nuestra institución y

utilizando todos los elementos de protección personal definidos para la condición clínica de este paciente.

Dieta líquida completa a tolerancia Seguimiento por fonoaudiología Se sugiere acompañamiento por Psicología y Nutrición

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7465554

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
15.09.2020	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UE Urgencias adulto	GABRIEL GAVIRIA VALDERRAMA
15.09.2020	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	GUIOVANNA ALBAN CASTRO
15.09.2020	903813	CLORO	UT Bioquimica	GUIOVANNA ALBAN CASTRO
15.09.2020	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	GUIOVANNA ALBAN CASTRO
15.09.2020	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE CERON URBANO
15.09.2020	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE CERON URBANO
15.09.2020	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE CERON URBANO
15.09.2020	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GUIOVANNA ALBAN CASTRO
15.09.2020	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GUIOVANNA ALBAN CASTRO

15.09.2020	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GUIOVANNA ALBAN CASTRO
15.09.2020	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	UT Bioquimica	GUIOVANNA ALBAN CASTRO
16.09.2020	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Gastroenterologia	ANDRES FELIPE CERON URBANO
16.09.2020	895100-31	ELECTROCARDIOGRAMA URGENCIAS DE RITMO O DE SUPERFICIE	UE Proced. Urg Adulto	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
16.09.2020	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
16.09.2020	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	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
16.09.2020	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	UT Inmuno y P. Especiales	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
16.09.2020	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
16.09.2020	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	UT Inmuno y P. Especiales	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
16.09.2020	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
16.09.2020	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Medicina Interna	MANOLO ANDRES RIASCOS MOJHANA
16.09.2020	890484		UT Siquiatria	

		INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA		ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
16.09.2020	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
16.09.2020	903016	FERRITINA	UT Inmuno y P. Especiales	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	DAVID ANDRES DE PAZ COBO
17.09.2020	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	DIANA CAROLINA CUERVO GARCIA
17.09.2020	903874-001	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL - OCASIONAL	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	UT Inmunologia e inmunodeficie	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	UT Inmuno y P. Especiales	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	UT Inmuno y P. Especiales	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ

17.09.2020	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG H BS]	UT Inmuno y P. Especiales	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	906220	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M [AN TI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	UT Hematologia	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
17.09.2020	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	ANDRES FELIPE BERMUDEZ CRUZ
18.09.2020	879161	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CUELLO	UT Escanografia	JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA
18.09.2020	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	UT Escanografia	JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA
18.09.2020	MEDIOCONTR	MEDIO DE CONTRASTE	UT Escanografia	JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA

18.09.2020	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIA UTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	DAVID ANDRES DE PAZ COBO
18.09.2020	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	UT Inmuno y P. Especiales	JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA
18.09.2020	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA
18.09.2020	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA
18.09.2020	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA
18.09.2020	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO- PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA
18.09.2020	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA
18.09.2020	261002	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MENOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	UT Reumatologia	DAVID ANDRES DE PAZ COBO
18.09.2020	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	UT Patologia	VANESSA OCAMPO PIRAQUIVE
18.09.2020	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	DIANA CAROLINA CUERVO GARCIA
18.09.2020	890605-81	VALORACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONAL	UT Valoraciones Asistenciales	MARIANA LOAIZA OCAMPO
18.09.2020	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	DAVID ANDRES DE PAZ COBO

18.09.2020	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Reumatologia	DAVID ANDRES DE PAZ COBO
18.09.2020	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	DAVID ANDRES DE PAZ COBO
18.09.2020	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	DAVID ANDRES DE PAZ COBO
18.09.2020	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	DAVID ANDRES DE PAZ COBO
19.09.2020	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Cirugia General	MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO
19.09.2020	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	LUIS FERNANDO AGUILAR CORRALES
19.09.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	MARCELA SEPULVEDA TAQUEZ
19.09.2020	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmunologia e inmunodeficie	JHOAN SEBASTIAN GUTIERREZ PALMA
20.09.2020	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO
20.09.2020	890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO
20.09.2020	906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO
20.09.2020	906832	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO
20.09.2020	906829			

		INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO
21.09.2020	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	STEFANIA PINZON ORTIZ
21.09.2020	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Reumatologia	DAVID ALEJANDRO AGUIRRE VALENCIA
21.09.2020	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Gastroenterologia	MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO
21.09.2020	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Vascular	MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO
21.09.2020	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
22.09.2020	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
22.09.2020	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	UT Sicoologia	ERWIN FABIAN LASSO CHAVEZ
22.09.2020	990207	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJ O SOCIAL	UT Valoraciones Asistenciales	LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ
22.09.2020	890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUI ATRIA	UT Siquiatria	MARIA CAROLINA RESTREPO GIRALDO
22.09.2020	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	STEFANIA PINZON ORTIZ
23.09.2020	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Fisiatria	LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ
23.09.2020	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO	UT Rayos X convencional	LUISA FERNANDA

		LATERAL OBLICUAS O LATERAL)		MARTINEZ RUIZ
23.09.2020	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ
23.09.2020	990204-46	EDUCACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONAL EN CASA	UT Valoraciones Asistenciales	GINA PAOLA BARCO OCAMPO
23.09.2020	890605-81	VALORACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONA L	UT Valoraciones Asistenciales	ROSA MARGARITA PRATO HERNANDEZ
23.09.2020	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE MAURICIO SERPA SERPA
23.09.2020	893202	MANOMETRIA ESOFAGICA CON IMPEDANCIOMETRI A	UT Endo Digestivas	LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ
23.09.2020	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
23.09.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	SONIA ALEJANDRA PACHECO RODRIGUEZ
23.09.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	SONIA ALEJANDRA PACHECO RODRIGUEZ
23.09.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	SONIA ALEJANDRA PACHECO RODRIGUEZ
23.09.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	SONIA ALEJANDRA PACHECO RODRIGUEZ
23.09.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	SONIA ALEJANDRA PACHECO RODRIGUEZ
23.09.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	SONIA ALEJANDRA PACHECO RODRIGUEZ
23.09.2020	903883-001		UT De enfermeria	SONIA ALEJANDRA

		GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U		PACHECO RODRIGUEZ
23.09.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	SONIA ALEJANDRA PACHECO RODRIGUEZ
23.09.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	MARCELA SEPULVEDA TAQUEZ
23.09.2020	452301	COLONOSCOPIA TOTAL	UT Endo Digestivas	LUISA FERNANDA MARTINEZ RUIZ
24.09.2020	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
24.09.2020	990104-84	SEGUIMIENTO ENFERMERIA SOPORTE NUTRICION AL	UT Valoraciones Asistenciales	LINA PIEDAD GARZON MANTILLA
24.09.2020	990204-46	EDUCACION ENFERMERIA SOPORTE NUTRICIONAL EN CASA	UT Valoraciones Asistenciales	LINA PIEDAD GARZON MANTILLA
24.09.2020	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE MAURICIO SERPA SERPA

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7465554

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Respon
15.09.2020	18:53	SOLUCION HARTMAN BOL 1000ML	1000.00	ML	INTRAVENOS	DOUNICA	GUIOVA ALBAN CASTRO
15.09.2020	22:00	OMEPRAZOL SODICO 40 MG VIAL	40.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	ANDRES FELIPE CERON URBANC
15.09.2020	22:00	ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML	4.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	ANDRES FELIPE CERON URBANC
16.09.2020	20:56	ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML	4.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	MAURIC GIRALDO VASQUE
16.09.2020	20:58		40.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	

		OMEPRAZOL SODICO 40 MG VIAL					MAURIC GIRALDO VASQUEZ
16.09.2020	22:00	N-BUTIL BROMURO HIOSCINA 20MG/1ML	20.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	MAURIC GIRALDO VASQUEZ
17.09.2020	17:00	ENSURE PLUS HN FRASCOX237ML	237.00	ML	NASOGASTR	C/6 D1- D8	DIANA CAROLINA CUERVO GARCIA
17.09.2020	18:00	TIAMINA CLORHIDRATO 300MG TABLETA	300.00	MG	VIA ORAL	C/24H	DAVID ANDRES PAZ COE
18.09.2020	08:30	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	1000.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	FRANCIS LUIS UR BURITIC
18.09.2020	09:00	NISTATINA 100.000UI/ML SUSPENSION FCO 60ML	6000000.00	UI	BUCAL	DOUNICA	FRANCIS LUIS UR BURITIC
18.09.2020	09:00	MEZCLA TRIPLE (LIDOCAINA, NISTATINA, HIDROXIDO DE ALUMINO)	10.00	ML	BUCAL	C/8H	FRANCIS LUIS UR BURITIC
18.09.2020	09:00	HIDROXIDO DE ALUMINIO 6,15G/100ML FCO 360ML	360.00	ML	BUCAL	DOUNICA	FRANCIS LUIS UR BURITIC
18.09.2020	09:00	LIDOCAINA 2G/100G TBO 30ML	30.00	ML	BUCAL	DOUNICA	FRANCIS LUIS UR BURITIC
18.09.2020	10:00	MEZCLA TRIPLE (LIDOCAINA, NISTATINA, HIDROXIDO DE ALUMINO)	450.00	ML	BUCAL	C/8H	FRANCIS LUIS UR BURITIC
18.09.2020	12:00	MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML	2.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	FRANCIS LUIS UR BURITIC
19.09.2020	18:00	ENOXAPARINA 40 MG JG	40.00	MG	SUBCUTANEA	C/24H	MARIA CAROLINA RESTREI GIRALDO

19.09.2020	18:00	POLIETILENGLICOL 59 G SOB	17.00	G	VIA ORAL	C/24H	MARIA CAROLIN RESTREI GIRALDO
22.09.2020	08:00	PAROXETINA CLORHIDRATO 20MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	ERWIN FABIAN LASSO CHAVEZ
22.09.2020	18:00	POLIETILENGLICOL 59 G SOB	236.00	G	VIA ORAL	DOUNICA	LUISA FERNAN MARTIN RUIZ
23.09.2020	11:06	LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML	30.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	KAREN TORRES VASQUE
23.09.2020	11:06	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	120.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	KAREN TORRES VASQUE
24.09.2020	17:20	ENSURE PLUS HN FRASCOX237ML	237.00	ML	NASOGASTR	C/6 D1- D8	LUISA FERNAN MARTIN RUIZ

Epicrisis

Fecha Registro: 15.09.2020

Hora Registro: 18:46:08

Responsable: CRUZ PORTILLA, SANTIAGO THADEO

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Epicrisis

Nombre :LUZ MERY HOYOS MEJIA

Historia Clínica :0001263386

Episodio:0007465554

Documento de identificación : .CC .1144150035

Edad :29Años

Sexo:F

Entidad:SURAMERICANA S.A. PAC

Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias adulto

Fecha ingreso:15.09.2020

Hora ingreso:17:37:58

Medico Tratante :AGUIRRE VALENCIA, DAVID ALEJANDRO

Especialidad:REUMATOLOGIA

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso:

R13X .DISFAGIA

Diagnósticos de egreso:

R13X .DISFAGIA

Causa de admisión y enfermedad actual:

MEDICINA INTERNA- HOSPITALIZACIÓN

LUZ MERY HOYOS MEJIA

CC 1144150035

29 años

FI: 15.09.2020

Paciente de 29 años con cuadro clínico de 1 año de evolución de disfagia predominantemente para sólidos, dolor abdominal, pérdida de aprox 20 Kg y síntomas secos. En los últimos meses refiere recrudecimiento de estos síntomas. Ha sido valorada por Gastroenterología y neurología y cuenta con múltiples estudios entre los cuales se encuentran tres endoscopias con reporte de eritema antral; dos cinevideodegluciones, una normal y otra con retardo en el aclaramiento esofágico; esofagograma normal; pH metría con índice de asociación del 100% para reflujo débilmente ácido; manometría esofágica de alta resolución normal y resonancia magnética abdominal normal. En el momento con intolerancia a vía oral, y necesidad de alimentación por sonda nasogástrica. En seguimiento por gastroenterología considera toma de manometría esofágica ambulatoria con degluciones de material espeso y considera buscar causa sistémica. Valorada por reumatología, consideran sospecha de esclerodermia sistémica vs síndrome de sjögren por lo que se realizó biopsia de glándula salivar el 18.09.2020, pendiente resultado.

DIAGNÓSTICOS:

1. Disfagia en estudio

1.1 Esófago hipersensible

- Esofagitis leve (EVDA extrainstitucional 16.09.2020)

1.2 SE DESCARTÓ Esclerodermia y Síndrome de Sjögren

1.3 RMN ABDOMEN normal (Extraintitucional 24.08.2020)

1.4 TAC DE TORAX Y ABDOMEN NORMAL (FVL 20.09.20)

- Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (NO

explica su sintomatología)

1.4 PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH) NORMAL

- negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo (Extraintitucional 02.25.2020)

1.5 MANOMETRÍA: NORMAL

- chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extraintitucional 26.12.2019)

1.6 ILEOCOLONOSCOPIA NORMAL (23.09.2020)

1.6.1 Hemorroides internas grado I

2. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extraintitucional 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad.

4. Bradicardia sinusal

5. Trastorno de ansiedad

ANTECEDENTES:

- Patológicos: Sinusopatía, tiene pendiente turbinoplastia
- Alérgicos: niega. Efectos adversos a metilprednisolona y plasil
- Farmacológicos: Niega
- Tóxicos: Niega
- Quirúrgicos: Rinoplastia
- Familiares: HTA padre

SUBJETIVO:

Refiere haber pasado una mala noche debido a la preparación para la colonoscopia, pero se siente un poco contenta porque le van a realizar los estudios hospitalariamente. Diuresis espontánea y deposiciones sin alteraciones.

OBJETIVO:

EXAMEN FÍSICO:

Encuentro a paciente en cama, decaída, acompañada de su madre, luce crónicamente enferma, sarcopénica. Presenta sonda nasogástrica y nutrición enteral. Sin presencia de oxígeno suplementario ni signos de dificultad respiratoria.

SIGNOS VITALES:

FECHA HORA T FC FR TAS TAD TAM

SaO2%

24.09.2020 04:20:52 0,00 50,00 18,00 89,00 59,00

69,00 98,00
 24.09.2020 00:14:26 0,00 51,00 18,00 95,00 65,00
 75,00 97,00
 23.09.2020 19:00:00 0,00 65,00 19,00 99,00 64,00
 75,67 99,00
 23.09.2020 16:00:10 36,10 61,00 19,00 96,00 70,00
 78,67 97,00
 23.09.2020 12:00:09 36,50 55,00 20,00 104,00 76,00
 85,33 99,00
 23.09.2020 14:29:35 0,00 64,00 0,00 114,00 82,00
 92,67 100,00
 23.09.2020 12:33:17 0,00 45,00 0,00 107,00 72,00
 83,67 100,00

GLUCOMETRÍAS:

19.09.2020 12:00:00 72,00
 18.09.2020 16:07:53 116,00
 18.09.2020 15:05:37 53,00
 18.09.2020 05:34:43 78,00

ORL: Mucosas húmedas, rosadas.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, sin presencia de soplos.

Pulmonar: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados.

Abdomen: Blando, depresible, no se palpan masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal.

Extremidades: Eutróficas, sin presencia de edema, pulsos periféricos presentes, llenado capilar < 2 segundos.

Neurológico: Alerta, orientada en las 3 esferas, sin signos de focalización.

NOTA: Se evalúa la paciente con todos los EPP de acuerdo al protocolo institucional y el INS para la prevención de contagio por SARS-CoV-2.

PARACLÍNICOS:

- 20.09.2020: IgA 1.61 (0.7-4) IgG 6.58 (7-16) IgM 1.94 (0.4-2.3)

- 19.09.2020: Scl 70 1.8 negativo
- 18.09.2020: BT 1.75 BD 0.58 AST 15.3 ALT 17.7 FA 55.2 GGT 21 K 3.66 Mg 1.83 Fósforo 4.5
- 17.09.2020: VES 2 LDH 253 (135-214) PCR 0.06 Factor reumatoideo <10 PTH 25.9 Calcio 10.6 PATRONES DE ELECTROFORESIS: Patrón de electroforesis Normal en porcentajes, aunque en la región gamma se insinúa ligera disminución.
- 16.09.2020: TSH 0.974 Vitamina D 25OH 22.8 Vitamina B12 825 Ferritina 89.2 Ácido fólico 7.26 ENAs negativo ANAs negativo
- 15.09.2020: Leu 5490 N 2630 Linf 2490 Hb 12.2 Hcto 37.4 VCM 91.2 PLT 226 Creat 0.53 BUN 3.8 Na 140.7 K 3.91 Cl 103.7 Glicemia 86.6 Proteínas totales 6.5 Albúmina 4.72 Mg 2.21

MICROBIOLÓGICO:

- 18.09.2020: AntiChagas 0.02 negativo VIH 0.18 negativo
- 17.09.2020: RPR negativo IgM HBcAg 0.06 negativo HBsAg 0.34 negativo Anti HCV 0.03 negativo

PATOLOGÍA:

- 19.09.2020: GLÁNDULA SALIVAL MENOR: Histológicamente sin alteraciones

IMÁGENES:

- 23.09.2020 MANOMETRÍA: Se realizó manometría esofágica de alta resolución, encontrando union esofagogastrica tipo I. Esfínter esofágico inferior de tono normal. con adecuada relajación IRP de 8.6 mmHg. La actividad motora del cuerpo esofágico es normal dada por 100% de ondas peristálticas con adecuada fuerza y duración. Esfínter esofágico superior de tono y relajación normal. Adecuada coordinación faringoesofágica. Aclaramiento completo del bolo para líquidos en el 100% degluciones. Adecuada reserva esofágica con maniobras provocativas con degluciones rápidas. Se dan tragos con material espeso con adecuadas degluciones sin desencadenar alteraciones. 1. MANOMETRÍA NORMAL. CLASIFICACIÓN DE CHICAGO 3.0 2. ACLARAMIENTO ADECUADO DEL BOLO PARA LIQUIDOS Y ESPESOS 3. ADECUADA RESERVA ESOFÁGICA.
- 23.09.2020 COLONOSCOPIA: Inspección: Normal. Anoscopia: Se aprecia dilatación leve de paquetes hemorroidales internos sin que sobrepasen la

línea dentada. No hay signos

de complicación aguda. Tacto rectal: El tono del esfínter es normal.

No se palpan masas.

Endoscopia: Se avanza retrógradamente hasta el ciego identificando el orificio apendicular y la válvula ileocecal. La mucosa de los segmentos examinados de ciego, colon ascendente, transverso, descendente, sigmoide y recto conserva el patrón vascular normal. Ileon distal 15 cm normal. Preparación boston 8/9. Biopsia: no. Diagnóstico:

1. ILEOCOLONOSCOPIA NORMAL. 2. HEMORROIDES INTERNAS GRADO I

- 18.09.2020: TAC DE CUELLO Y TÓRAX: Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica; en el contexto clínico este hallazgo puede explicar la disfagia a sólidos. Resto del estudio sin hallazgos patológicos relevantes.

- 17.09.2020: RX DE TÓRAX: Normal .

ESTUDIOS EXTRAINSTITUCIONALES:

- 16.09.2020: REPORTE DE PATOLOGÍA ESÓFAGO Y ESTÓMAGO (Extrahospitalal): Esofagitis crónica por reflujo, leve. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo. Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad.

- 08.09.2020: EVDA CMI: gastritis crónica no especificada

- 24.08.2020 RMN ABDOMEN: quiste simple renal izquierdo tipo I de la clasificación de Bosniak.

- 02.25.2020: PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH): negativo para enfermedad por reflujo

gastroesofágico. Índice de síntomas negativo

- 26.12.2019: MANOMETRÍA: normal Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

ANÁLISIS:

Paciente femenina de 29 años sin antecedentes relevantes, quien presenta

cuadro clínico de aproximadamente un año de disfagia inicial para sólidos con progresión a líquidos hasta intolerancia a la vía oral, con

pérdida de peso de 20 kg en este tiempo, en seguimiento ambulatorio

extrahospitalal con gastroenterología y neurología, hasta el momento

con estudios endoscópicos y de motilidad esofágica en rangos de normalidad, sin identificar causa de cuadro actual:

- 3 EVDA sin toma de biopsias esofágicas sino hasta la del 08.09.2020 no

reporta eosinófilos)

- * Esofagitis leve

- * Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo.

- * Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad.

- RMN ABDOMEN normal (Extrainstitucional 24.08.2020)

- PHMETRÍA Extrainstitucional 02.25.2020 IMPEDANCIA PH NORMAL

- * Negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo

- MANOMETRÍA: NORMAL (Extrainstitucional 26.12.2019 e Institucional

23.09.2020)

- * Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del

bolo

- 2 cine degluciones, una normal y otra con retardo en el aclaramiento

esofágico

- Esofagograma normal

- Colonoscopia normal.

Ingresó por intolerancia total a la vía oral, sin descompensación hidroelectrolítica, por lo que se realizó paso de SNG para asegurar

ingesta proteico calórica adecuada.

Se sospechó enfermedad sistémica de origen autoinmune por historia de

síntomas secos, con perfil reumatológico NEGATIVO y reporte de biopsia

de glándula salivar histológicamente normal, por lo que SE DESCARTÓ

esclerodermia y Síndrome de sjogren, ya valorada por reumatología y sin

necesidad de otros estudios a este nivel.

Otros estudios con perfil infeccioso negativo. No tiene hipoalbuminemia, su función renal se ha mantenido conservada, sin trastorno electrolítico, función tiroidea y paratiroidea normal, estudios carenciales negativos. Electroforesis de proteínas que sugieren región gamma baja por lo que se complementó con inmunoglobulinas séricas en

rango normal (IgG en límite inferior) que tampoco explica cuadro actual.

Se tomo TAC de cuello y torax contrastado, que resultó NORMAL, con único hallazgo arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica

encontrada, por lo que se solicitó concepto de cirugía general y consideran que no se configura anillo vascular y no condiciona síntomas actuales, no candidata a manejo quirúrgico; se solicitó concepto a

cirugía vascular confirmando que este hallazgo no explica la sintomatología actual, y debe continuar estudios y manejo por gastroenterología.

Desde su ingreso se evidencia alta carga emocional tanto en ella como en su familia (madre), con síntomas ansiosos importantes en relación a su condición, por lo que se encuentra en manejo conjunto por psiquiatría y psicología. Inicialmente negándose al manejo farmacológico (se explicó claramente beneficios y riesgos del medicamento), desde el 21.09.2020 fue aceptado, por lo que se inició paroxetina. El día de ayer presentó descompensación anímica con empeoramiento de su ansiedad, fue valorada por psiquiatría quienes continúan igual manejo médico y le explicaron que si después de varios estudios negativos no se puede encuentra

causa organica, es mas probable que la etiología de su cuadro sea de origen psicosomático.

Se encuentra en seguimiento conjunto con Gastroenterología, considerando que cursa con ESÓFAGO HIPERSENSIBLE (sin que corresponda a la causa de todo el cuadro), se descarto trastorno de motilidad esofágica con manometría + impedanciometría institucional, adicionalmente se realizo colonoscopia que tenia ordenada de forma ambulatoria la cual es normal.

Debido a que su fisiología deglutoria ambulatoria es igual a la que presenta en esta hospitalización ya que permanece sedentaria y casi con un síndrome de inmovilidad debido a la astenia relacionada con su cuadro.

El día de ayer fonoaudiología empezó dieta espesa sin complicaciones, sin embargo la paciente refiere el dia de hoy dificultad para la alimentacion por presencia de abundante rinorrea, se explica la importancia de continuar con terapia de deglucion y continuar seguimiento segun lo ordenado por fonoaudiologia. Se solicita valoracion por ORL de forma ambulatoria.

Actualmente paciente hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de rangos de normalidad, con progresión y tolerancia a la alimentación mixta. Todos los paraclínicos dentro de la normalidad. Alta probabilidad de origen funcional de su patologia. Dada la mejoría con la alimentacion y que descartaron enfermedades graves, se considera que la

paciente puede ser dada de alta con seguimiento ambulatoria con multiples especialidades y programa de rehabilitacion integral. Se da formula medica. Se dan signos de alarma y motivos de consulta a urgencias. Se solicitan paraclinicos de control para llevar a citas medicas.

PLAN:

- Alta.
- Se solicitan paraclinicos de control para lleva a citas medicas.
- Cita de control ambulatoria:
 - * Fisiatria.
 - * Otorrinolaringologia.
 - * Psiquiatria Dr. Lasso - FVL (Prioritaria en 2 semanas).
 - * Gastroenterologia Dr. de la Hoz - FVL (Prioritaria en 1 semana).
 - * Psicologia.
 - * Terapia fisica diaria en FVL (#20 sesiones al mes).
 - * Fonoaudiologia diaria en FVL (#20 sesiones al mes).
- Formula ambulatoria:
 - * Dexlansoprazol 30 mg cada 12 horas x 30 dias.
 - * Tiamina 300 mg cada 24 horas x 30 dias.
 - * Magaldrato (Riopan) 1 sobre despues de cada comida x 30 dias.
- Se dan signos de alarma y motivos de consulta a urgencias.

Fecha de egreso: 24.09.2020

Hora de egreso: 17:57:48

Servicio de Egreso: . . . UE T1 P8 hospitalizacion

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:

| Dosis | Unid. | Via | Ciclo | Fecha Ini. |

Fecha Fin. | Cant. | Unid. | Nombre medicamento |

| 237.000 | ML | NASOGASTR | C/6 D1-D8 | 20200917 | 20200925 |

23.000 | FCO |

| FORM NUT ENSURE PLUS HN FCX237ML

| 237.000 | ML | NASOGASTR | C/6 D1-D8 | 20200924 | 20200929 |
 20.000 | FCO |
 | FORM NUT ENSURE PLUS HN FCX237ML

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:

Cantid.	Unid	Insumos/procedimientos
1.000	ST	MANOMETRIA ESOFAGICA CON IMPEDANCIOMETRI A
1.000	ST	MANOMETRIA ESOFAGICA CON IMPEDANCIOMETRI A

Atentamente,

DR. SANTIAGO THADEO CRUZ PORTILLA
 MEDICINA GENERAL
 ID: 1144065274
 REG: 1144065274

EPISODIO: 7530877

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 09.10.2020

Hora Registro: 12:57:49

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

N/O/P: Cali Ocupación: contadora, analista financiera ANT: Patológicos:
 Farmacológicos: dextansoprazol 30 mg bid, paroxetina 5 mg qd, tiamina qd,
 magaldrato irregularmente Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y
 metilprednisolona (desasosiego) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito
 intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Fliares: HTA (padre) EA: consulta en relación
 con control posterior a hospitalización, estuvo en piso de la FVL a cargo de
 Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de
 múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos
 positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cinedegluciones y
 criterios para esófago hipersensible en la pH metría. Se realizó manometría

esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. RxS: sin datos relevantes EF: 100/60 76x' 14x' 45.8 Kg Reugar estado general, hipodinámica, hipotrófica, alerta, sin desorientación, sonda nasointestinal en fosa nasal derecha, mucosa oral húmeda, no bocio, tórax sin ruidos agregados, abdomen plano, peristaltismo presente, blando, no doloroso, no masas, no megalias, pulsos ++, no edemas, no focalización.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en pH-metría, considero que la paroxetina es una muy buena opción en el tratamiento de esta entidad, sin embargo existe amplia evidencia para la amitriptilina. Pido concepto de Psiquiatría para su uso. En relación con la nutrición enteral, debe continuarla y adicionar ingesta de alimentos vía oral a tolerancia para definir el retiro o cambio de sonda. Cito en 3 semanas para evaluar respuesta.

DIAGNÓSTICOS

R13X - DISFAGIA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7530877

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
09.10.2020	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	UT Gastroenterologia	JESSICA CORDOBA MOLANO

EPISODIO: 7543443

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 15.10.2020

Hora Registro: 09:44:08

Responsable: CHARRIS CASTRO, YASELIS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

por control ambulatorio

ENFERMEDAD ACTUAL

N/O/P: Cali Ocupación: contadora, analista financiera asiste en compañía de madre ANT: Patológicos: Farmacológicos: dextropropazol 30 mg bid, paroxetina 5 mg qd, tiamina qd, magadrate irregularmente Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Flires: HTA (padre) ANTROPOMETRIA: PESO USUAL: 63 kg PESO ACTUAL: 46.6 TALLA: 164.5 cm IMC:17.3 CINTURA: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL desnutricion proteico calorica PESO SALUDABLE: 55 a 60 kg CLINICA: delgada, ANAMNESIS ALIMENTARIA/ FRECUENCIA DE CONSUMO nvo ALIMENTARIO: recibe soporte enteral por sonda de gastrostomia 3 ensure hn am, 2 hn a las 12 y 2 hn a las 16 EN 1 hora INFORMACION Y HABITOS: Alergias alimentarias: Intolerancias alimentarias: Suplencia: ensure Rechazos: niega Apetito: bueno GASTROINTESTINAL: en ocasiones distension estreñimiento, RGE, gastritis ahora deposiciones ACTIVIDAD FISICA: escasa REQUERIMIENTOS: 35 a 40 kcal/kg 1.5 a 1.8 gr prot BIOQUIMICA: ni tiene reciente

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE JOVEN DE 29 AÑOS CON 1 AÑO DE EVOLUCION DE DISFAGIA? AROGASTRIA Y DOLOR ABDOMINAL. LE HAN REALIZADO DIFERENTES ESTUDIOS QUE HAN ESTADO NORMALES, PACIENTE CON TENDENCIA A LA BRADICARDIA. CON COMPROMISO ESOFÁGICO, FISICAMENTE LUCE CAQUETICA CON SOBREPONICION OSEA EN TODO EL CUERPO, LANUGO, INDICE MASA CORPORAL EN RANGOS DE DELGADEZ, CON PERDIDA SEVERA DE PESO DEL 31% EN LOS ULTIMOS 3 MESES, CONSIDERANDO A LA PACIENTE EN DESNUTRICION SEVERA ASOCIADA, PACIENTE CON DISFAGIA ESOFÁGICA POR HIPERSENSIBILIDAD LO CUAL QUEDÓ DOCUMENTADO EN PH-METRÍA, EN MANEJO CON GASTRO, EN OCASIONES NAUSEAS GENERADAS POR LA GASTRITIS, REFIERE TENER DIFICULTAD PARA LA DEGLUCION Y

FLATOS TRAS CONSUMO DE ALIMENTOS, EN ANTERIORES HOSPITALIZACIONES HA RECIBIDO SUPLEMENTACION NUTRICIONAL Y MODULACION PROTEICA. DADO QUE AUN SE ENCUENTRA SIN VIA ORAL Y SOPORTE NUTRICIONAL ACTUAL, EL CUAL TOLERA ESCASAMENTE, SE DECIDE MODIFICAR SOPORTE POR HOMOLOGO, SE EXPLICA DE NO SUBIR DOSIS DADO QUE AL INCREMENTAR APORTES NUTRICIONALES PUEDE GENERAR DIFICULTADES, REQUIERE CONTINUAR CON SOPORTE ENTERAL COMO UNICA FUENTE DE ALIMENTACION HASTA VALORAR VIA ORAL PROGRAMA ENSURE CLINICAL DOSIS 5 BOTELLAS PARA UN TOTAL E 2 GRPROT/KG PESO ACTUAL DOSIS PARA UN MES 150 BOTELLAS CODIGO MIPRES:20201015146023676345 BRINDO CONSEJERIA NUTRICIONAL A CERCA DEL CUIDADO DE LA SONDA E INGRESO PAULATINO DE ALIMENTOS DE ACUERDO A SUGERENCIA DE GASTRO ENTREGO HC Y ORDENES

DIAGNÓSTICOS

E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

R13X - DISFAGIA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7543443

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
15.10.2020	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	OLGA LUCIA MORALES VEGA

EPISODIO: 7543780

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 15.10.2020

Hora Registro: 11:40:16

Responsable: ESPINOSA RESTREPO, FEDERICO

Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA - CIRUGIA PLASTICA FACIAL -

MOTIVO DE CONSULTA

Problemas respiratorios

ENFERMEDAD ACTUAL

Analista financiero de Comfandi. Incapacitada hace 4 meses. Hace aprox 1 año congestión nasal intermitente asociada a los cambios de temperatura, en otra

consulta de ORL extrahospitalaria le diagnosticaron hipertrofia de cornetes y le iniciaron esteroide tópico nasal con poca mejoría. Le recomendaron realizar cirugía de cornetes. Pruebas de alergias negativas. Porta sonda nasogástrica desde hace 1 mes por "disfagia" tiene sensación de cuerpo extraño faríngeo constante. Desde hace 1 año inicio con disfagia para sólidos y hace unos meses empeoró y ahora tiene disfagia para líquidos. Estudiada por gastroenterología, disminución de la movilidad esofágica, descartaron acalasia esofágica. Tiene estudio con cine de deglución normal. Le realizaron terapia de deglución, realizó aproximadamente la mitad. Refiere molestias faríngeas constantes con los alimentos. Refiere que le ha empeorado con la sonda nasogástrica. Asocia congestión nasal constante Actualmente tiene nutrición completa por la sonda nasogástrica. A veces intenta tomar la nutrición vía oral pero presenta molestias esofágicas, sensación de presión retroesternal y muchos eructos. Carraspeo faríngeo constante, empeoró con la sonda. Disfonías intermitentes. Antecedentes: RGE - Esofagitis. Hábitos alimenticios antes de la enfermedad: desayuno siempre con xantinas, lácteos en la tarde, cenaba lo mismo del almuerzo. Hace 1 año todo empezó con la aparición inicialmente de disfonías y congestión nasal en el trabajo.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANÁLISIS Y CONDUCTA

Paciente con cuadro de disfagia poco claro. Los síntomas son muy intermitentes y aparentemente se refiere más a un discomfort durante la alimentación que verdaderamente una incapacidad para comer. Considero que ya se ha descartado una causa orgánica común diferente a síntomas por reflujo gastroesofágico con sus estudios previos de gastroenterología, y que puede existir un componente supratentorial que alimente el cuadro. Sugiero continuar su manejo por gastroenterología, acudir a psiquiatría doy recomendaciones específicas sobre el estilo de vida.

DIAGNÓSTICOS

R13X - DISFAGIA

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 7543780

Fecha	Código Nombre	U. Organizativa	Responsable
-------	---------------	-----------------	-------------

15.10.2020	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	UT Otorrinolaringologia	LINA MARCELA PATIÑO CASTRO
------------	--------	--	-------------------------	----------------------------

EPISODIO: 7568033**Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 22.10.2020

Hora Registro: 16:03:49

Responsable: GUERRERO DUQUE, STELLA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

PRIMERA VEZ 22 Octubre 2020 Paciente de 29 años, natural de Cali, vive en Cali con sus padres, soltera, cristiana, estudió Contaduría, en el momento incapacitada (desde hace cuatro meses) de Comfandi. Asiste por Telemedicina y proporciona la información. Confiabilidad buena. MOTIVO DE CONSULTA: "Tengo un tema de deglución"

ENFERMEDAD ACTUAL

ENFERMEDAD ACTUAL: Dice que desde Septiembre de 2019 empezó a sentir que "no puedo comer, ..., a mi me han hecho muchos exámenes y todo ha salido normal, ..., cuando yo almorzaba en el trabajo sentía como que la comida se me quedaba aquí (señala el pecho) pero cuando eructaba se me quitaba, sentía que descansaba, entonces son gases entonces cuando eructo me siento más tranquila y puedo comer". Desde entonces se han realizado múltiples exámenes extendidos y ha sido valorada por diferentes especialistas. Se ha encontrado un reflujo leve. Dice que en Junio estaba empezando a mejorarse "lo único que no podía comer eran las carnes, las licuaba, ..., me dio gastritis y eso me aumentó los gases". En Junio estuvo hospitalizada en Farallones donde sentía episodios de palpitaciones, y sensación de inquietud y ahogo, lo que interfería con el sueño. Consideraron que se trataba de ansiedad por lo que "me dieron clonazepam, fluoxetina y trazodona, pero no me sentía yo, tomé esos medicamentos 15 días". Posteriormente identificó que se trataba de los efectos secundarios de la metoclopramida pues al suspenderla remitieron los síntomas. Desde hace más o menos un mes está tomando 6.25mg/ día de Paroxetina a partir de la hospitalización en FVL. Se queja de diarrea, distensión abdominal, eructos constantes, mareo cuando toma el suplemento nutricional. En el momento dice que está "intentando bajarle al

ensure" y reemplazarlo con "mis comidas licuadas, mi proteína, la harina y la verdura". Hace quince días fue valorada por Gastroenterología quien considera "disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en pH-metría" para lo que recomienda Amitriptilina. Dice que desde que todo inició ha presentado hiperreactividad emocional que ha disminuido con la paroxetina. Se queja de ansiedad, inquietud, "no me puedo quedar quieta, tengo que estar haciendo algo, desde que estoy tomando la paroxetina siento que tengo que estar haciendo algo". Peso actual 43Kg. REVISIÓN POR SISTEMAS: Afirma que desde Diciembre de 2018 empezó a tener interrupción significativa del sueño asociada a poliaquiria, tenesmo, que no se ha resuelto "me hicieron parcial de orina, urocultivo, urodinamia, ecografía de vías urinarias pero todo ha salido normal". Hace tres días "tengo cistitis". También se queja de insomnio de conciliación ocasional, distensión abdominal. Niega miedo a engordar "siempre he sido delgada, he tenido tendencia a adelgazar, siempre he sido de muy buen comer". ANTECEDENTES: Niega. EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, caquética, con SNG, amable, colaboradora, establece contacto visual con el entrevistador. Alerta, euproséxica, orientada, sin compromiso evidente de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Sin alteraciones motoras evidentes. Afecto ansioso, congruente. Eulálica. Pensamiento hipervigilancia somática, lógico, coherente, niega ideas de muerte ni de suicidio, no se encuentran ideas delirantes. Niega alteraciones de la sensorio-percepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección parcial. Prospección incierta.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

ANALISIS: Paciente en la cuarta década de la vida con cuadro crónico de alteraciones de la deglución, malestar gastrointestinal significativo que ha generado pérdida significativa de peso y en el momento se encuentra en desnutrición. Ha presentado marcada sensibilidad a los efectos extrapiramidales de los medicamentos. Durante la evaluación encuentro hipervigilancia somática y discurso centrado en los síntomas físicos. PLAN: Explico diagnóstico, causas, curso, pronóstico, manejo y complicaciones (en caso de seguir o no el tratamiento). Respondo preguntas y aclaro dudas. Dice entender y aceptar la información. Discutimos las opciones terapéuticas y acordamos suspender Paroxetina, e iniciar manejo con Amitriptilina 12.5mg/

noche. Control por Psiquiatría en veinte días.

DIAGNÓSTICOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7568033

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
22.10.2020	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Tele Cons Siquiatria	DIANA YISSELL FRANCO MOLINA

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7568033

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
22.10.2020	16:06	AMITRIPTILINA 25MG TAB	12.50	MG	VIA ORAL	C/24H	STELLA GUERRERO DUQUE

EPISODIO: 7584554

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC

Historia Hospitalización

Fecha Registro: 28.10.2020

Hora Registro: 14:22:24

Responsable: GIRALDO VASQUEZ, MAURICIO

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

MOTIVO DE CONSULTA

"Desde hace 10 días me inicio dolor abdominal, diarrea distensión abdominal, malestar general".

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con antecedente de disfagia, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cine-degluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría.

Hace 10 días con distensión abdominal, deposiciones líquidas al inicio ahora con estreñimiento, náuseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes. Nuevamente con las náuseas, eructos, distensión abdominal, adicionalmente refiere hipoglicemias. Decide consultar. Paciente niega síntomas como tos, dolor torácico, dificultad para respirar, odinofagia, disfagia, ageusia, anosmia, congestión nasal, fiebre. No contactos con personas con síntomas respiratorios o sospechosos o confirmados con COVID 19 en los últimos 14 días. Ocupación: Analista financiero de Comfandi. Ant. Personales: Patológicos: RGE - Esofagitis. Medicamentos: Dexlansoprazol 30 mg bid, Paroxetina 5 mg qd (suspendida), Tiamina qd. Ensure (suspendido), Amitriptilina 12.5mg/ noche (no lo ha iniciado) Quirúrgicos: Rinoplastia. Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego). Tóxicos: No fuma/Licor niega. Transfusionales: No refiere. Ant. Familiares: HTA (Padre). Hospitalización: Última: 15.09.2020 al 24.09.2020 Diagnósticos: 1. Disfagia en estudio. 1.1 Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrainstitucional 16.09.2020) 1.2 Se descartó Esclerodermia y Síndrome de Sjögren 1.3 RMN Abdominal normal (Extraintitucional 24.08.2020) 1.4 TAC Toracoabdominal normal (FVL 20.09.20) - Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) 1.4 PHmetria (Impedancia pH) Normal - Negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo (Extraintitucional 02.25.2020) 1.5 Manometria. - Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extraintitucional 26.12.2019 e Intrainstitucional 23.09.2020) 1.6 Ileocolonoscopia normal (23.09.2020) 1.6.1 Hemorroides internas grado I 2. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extraintitucional 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 3. Bradicardia sinusal 4. Trastorno de ansiedad PARACLÍNICOS: - 20.09.2020: IgA 1.61 (0.7-4) IgG 6.58 (7-16) IgM 1.94 (0.4-2.3) - 19.09.2020: Scl 70 1.8 negativo - 18.09.2020: BT 1.75 BD 0.58 AST 15.3 ALT 17.7 FA 55.2 GGT 21 K 3.66 Mg 1.83 Fósforo 4.5 - 17.09.2020: VES 2 LDH 253 (135-214) PCR 0.06 Factor reumatoideo <10 PTH 25.9 Calcio 10.6 PATRONES DE ELECTROFORESIS: Patrón de electroforesis Normal en porcentajes, aunque en la región gamma se insinúa ligera disminución. - 16.09.2020: TSH 0.974 Vitamina D 25OH 22.8 Vitamina B12 825 Ferritina 89.2 Ácido fólico 7.26 ENAs negativo ANAs negativo - 15.09.2020: Leu 5490 N 2630 Linf 2490 Hb 12.2 Hcto 37.4 VCM 91.2 PLT 226 Creat 0.53 BUN 3.8 Na 140.7 K 3.91 Cl 103.7 Glicemia 86.6 Proteínas totales 6.5 Albúmina 4.72 Mg 2.21 MICROBIOLÓGICO: - 18.09.2020: AntiChagas 0.02 negativo VIH 0.18 negativo

- 17.09.2020: RPR negativo IgM HBcAg 0.06 negativo HBsAg 0.34 negativo Anti HCV 0.03 negativo PATOLOGÍA: - 19.09.2020: GLÁNDULA SALIVAL MENOR: Histológicamente sin alteraciones IMÁGENES: - 18.09.2020: TAC DE CUELLO Y TÓRAX: Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica; en el contexto clínico este hallazgo puede explicar la disfagia a sólidos. Resto del estudio sin hallazgos patológicos relevantes. - 17.09.2020: RX DE TÓRAX: Normal. PROCEDIMIENTOS: - 23.09.2020 MANOMETRÍA: Se realizó manometría esofágica de alta resolución, encontrando union esofagogastrica tipo I. Esfínter esofágico inferior de tono normal. con adecuada relajación IRP de 8.6 mmHg. La actividad motora del cuerpo esofágico es normal dada por 100% de ondas peristálticas con adecuada fuerza y duración. Esfínter esofágico superior de tono y relajación normal. Adecuada coordinación faringoesofágica. Aclaramiento completo del bolo para líquidos en el 100% degluciones. Adecuada reserva esofágica con maniobras provocativas con degluciones rápidas. Se dan tragos con material espeso con adecuadas degluciones sin desencadenar alteraciones. 1. MANOMETRÍA NORMAL. CLASIFICACIÓN DE CHICAGO 3.0 2. ACLARAMIENTO ADECUADO DEL BOLO PARA LIQUIDOS Y ESPESOS 3. ADECUADA RESERVA ESOFÁGICA. -23.09.2020 COLONOSCOPIA: Inspección: Normal. Anoscopia: Se aprecia dilatación leve de paquetes hemorroidales internos sin que sobrepasen la línea dentada. No hay signos de complicación aguda. Tacto rectal: El tono del esfínter es normal. No se palpan masas. Endoscopia: Se avanza retrógradamente hasta el ciego identificando el orificio apendicular y la válvula ileocecal. La mucosa de los segmentos examinados de ciego, colon ascendente, transverso, descendente, sigmoide y recto conserva el patrón vascular normal. Ileon distal 15 cm normal. Preparacion boston 8/9. Biopsia: no. Diagnóstico: 1. Ileocolonoscopia normal. 2. Hemorroides internas grado I. ESTUDIOS EXTRAINSTITUCIONALES: - 16.09.2020: REPORTE DE PATOLOGÍA ESÓFAGO Y ESTÓMAGO (Extraintitucional): Esofagitis crónica por reflujo, leve. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo. Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - 08.09.2020: EVDA CMI: gastritis cronica no especificada - 24.08.2020 RMN ABDOMEN: quiste simple renal izquierdo tipo i de la clasificación de Bosniak. - 02.25.2020: PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH): negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo - 26.12.2019: MANOMETRÍA: normal chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 111.00 / 69.00 - TAM: 83.00 - T°C: 36.00 - FC: 87.00 - FR: 18.00 - S.Con
O2: 0.00 - PESO: 43.90 - TALLA: 165.00 - IMC: 16.12 - SC: 1.40 - S.Sin O2:
98.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO**Aspecto General:**

Ingresa caminando, alerta, compañía de familiar

Cabeza:

No se observan lesiones.

Cara:

Luce muy delgada

Ojos:

Pupilas isocóricas, reactivas a la luz.

Cuello:

Simétrico. No ingurgitación yugular.

ORL:

Mucosa oral húmeda, sin lesiones. Presencia de sonda por fosa nasal derecha

Tórax:

RsCsRs, No soplos. Tórax simétricos, no estertores, no bronco espasmo.

Abdomen:

Depresible, no visceromegalias. No signos de irritación peritoneal. Peri

SNC:

Consciente, orientado. Fuerza 5/5 simétrica. Glasgow: 15/15.

Genitourinario:

Se omite

Extremidades:

Simétricas, no se aprecia edemas. No zonas inflamatorias. No limitación

Pulsos Periférico:

Pulsos periféricos palpables.

Piel y Tejidos:

Sin lesiones.

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con antecedente de disfagia, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cine-degluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Hace 10 días con distensión abdominal, deposiciones líquidas al inicio ahora con estreñimiento, náuseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes. Nuevamente con las náuseas, eructos, distensión abdominal, decide consultar. Se considera dejar en observación, toma de laboratorios, manejo por nutrición por intolerancia a la nutrición, rx de abdomen para verificar sonda (ubicación), manejo sintomático, revalorar. Se le explica, entiende y acepta. Se valora paciente usando los elementos de protección personal (monogafa, tapabocas N95, bata manga larga y guantes desechables).

DIAGNÓSTICOS

E46X - DESNUTRICION PROTEICO-CALORICA, NO ESPECIFICADA

E639 - DEFICIENCIA NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADA

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

K297 - GASTRITIS, NO ESPECIFICADA

R104 - OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

R13X - DISFAGIA

Z968 - PRESENCIA DE OTROS IMPLANTES FUNCIONALES ESPECIFICADOS

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 02:53:46

Responsable: LOPEZ GIRON, MARIA CAMILA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Valoración en Sala de observación urgencias

VALORACIÓN EN SALA DE OBSERVACIÓN URGENCIAS LUZ MERY HOYOS MEJIA 29 IDX: DISFAGIA CRONICA EXACERBADA, INTOLERANCIA A LA ALIMENTACIÓN S: Paciente refiere persistencia de los síntomas, principalmente gases y eructos, en el momento sin nuevos episodios de sensación de lipotimia (hipoblicemia relacionada)

Paciente macrohemodinamicamente estable sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, dolor a la palpación abdominal, sin signos de irritación peritoneal, pero con distensión moderada. PARACLINICOS: LEUCOS :6680 N%: 58.9, L%: 31.70, HB: 13.1, HTO: 40.2, PTL: 243000 BUN :6.70, SCR:0.57, ALT:17.4, AST: 16.9, ALBUMINA :4.78, NA:138, K: 4.12, CL:101.9, MG:1.76, CLACIO:9.93, FOSFORO 3.73, RXTORAX: Silueta cardio-aórtica: Tamaño, contornos y morfología normales. Tráquea: Central, de calibre normal. Mediastino: Normal. Campos Pulmonares: • Expansión: Normal. • Transparencia: Normal. • Nódulos pulmonares: Ninguno. • Vasos pulmonares: Normales. Espacios pleurales: Normal Estructuras óseas: Normales. Tejidos blandos de pared torácica: Sin alteración. Sonda enteral dirigida hacia cuadrante superior izquierdo del abdomen

AP: Paciente con antecedente de disfagia crónica ahora consulta por cuadro de 10 días con distensión abdominal, deposiciones líquidas al inicio ahora con estreñimiento, náuseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 semana. Nuevamente con las náuseas, eructos,

distensión abdominal, decide consultar. se confirma adecuado posicionamiento de la sonda nasogastrica, con paraclínicos sin evidencia de alteración hidroelectrolítica con adecuada función renal, hepática sin elevación de reactantes de fase aguda se considera valoración por nutrición para ajuste de fórmula, paciente continúa sintomática se ajusta manejo y se considera dependiendo de evolución definir requerimiento de valoración por gastroenterología, se explica a paciente y familiar quienes refieren entender y aceptar.

-valoración por nutrición -Observación de abdomen

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 07:22:13

Responsable: RECIO GÓMEZ, MARÍA ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

DIAGNOSTICOS 1. Sd constitucional en estudio 1.1 Disfagia en estudio. -

Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrahospitalaria 16.09.2020) *

Se descartó Esclerodermia y Síndrome de Sjögren * RMN Abdominal normal (Extrahospitalaria 24.08.2020) * TAC Toracoabdominal normal (FVL 20.09.20)

Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) * PHmetría (Impedancia pH) Normal * Manometría: Chicago

3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

(Extrahospitalaria 26.12.2019 e Intrahospitalaria 23.09.2020) *

Ileocolonoscopia normal (23.09.2020) * Hemorroides internas grado I *

Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extrahospitalaria 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o

malignidad. 2. T ansiedad no adherente a tratamiento Ansiosa poco receptiva afirma dolor abdominal epigástrico, sensación de mareo, niega fiebre o

escalofríos, niega tos odinofagia o disnea. PARACLINICOS 29.10.2020

29.10.2020 Leucocitos 6680 neutrófilos 3930 linfocitos 2120 Hb 13.1 Hcto 40%

Plt 243000 Cr 0.57 BUN 6.7 Na 138 K 4.12 Cl 101 Mg 1.76 Ca 9.93 F 3.73 ALT

17.04 AST 16.09 Albumina 4.78 IMAGENES 29.10.2020 Rx torax normal, sonda bien posicionada

H T FC FR Talla PAS PAD PAM SaO2 28/10 15:20 36 87 18 165 111 69 83 98

28/10 21:32 36,02 60 20 0 104 73 83,33 99 29/10 4:07 36,02 84 19 0 100 63

75,33 99 Alerta orientada 3 esferas no sg de dificultad respiratoria no sg de irritación peritoneal.

Paciente de 29 años, en observacion urgencias por sd constitucional asociado a disfagia con multiples estudios que han diagnostico esofago hipersensible confirmado por pH-metria. Se han propuesto manejo con antidepressivo triciclico sin embargo no es adherente a tratamiento, tambien en seguimiento por nutricion en plan de recuperacion de peso sin embargo tampoco administra nutricion parenteral afirma "me cae mal, me produce distencion y flatos". Consulta por persistencia sintomatica, se realizan paraclinicos todos normales, se solicita valoracion por nutricion y psiquiatria, se comentara caso con gastroenterologo tratante Dr de la Hoz. continua bajo vigilancia medica.

IC nutricion, psiquiatria Concepto de medico tratante Dr de la Hoz

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 09:47:10

Responsable: RECIO GÓMEZ, MARÍA ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA: Me comunico con Dr de la Hoz solicita interconsultar a gastroenterologia de turno para evaluar el caso, continua bajo vigilancia medica

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 11:19:12

Responsable: CASTILLO MARTINEZ, ALEJANDRO

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta en Urgencias

PSIQUIATRIA - URGENCIAS Luz Mery Hoyos 29 años N/P Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana Escolaridad Universitaria (Contaduría) En incapacidad Acompañada de una prima Solicitan IC por Gastro. PAciente evaluada por le servicio de Psiquiatria en la hospitalización previa y recientemente (22 Octubre 2020) por consulta externa (Dra Guerrero), que conceptuó: "Paciente en la

cuarta década de la vida con cuadro crónico de alteraciones de la deglución, malestar gastrointestinal significativo que ha generado pérdida significativa de peso y en el momento se encuentra en desnutrición. Ha presentado marcada sensibilidad a los efectos extrapiramidales de los medicamentos. Durante la evaluación encuentro hipervigilancia somática y discurso centrado en los síntomas físicos." Describe que ha estado colocándose por SNY la alimentación enteral y le ha producido: dolor abdominal y distensión por lo que consulta nuevamente. La Dra Guerrero le indicó Amitriptilina que NO inició y no desea tomar, le teme a los efectos adversos de la medicación. Expresa su deseo de otro tipo de tratamiento que no incluya la medicación. Se molesta en el momento que se señala la dificultad que tiene en la adherencia a las indicaciones médicas. Describe de manera detallada y técnica los síntomas y las dificultades, y se hace evidente en su discurso las conductas de autochequeo e hipervigilancia sobre su cuerpo. Niega conductas purgativas. EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, caquética, con SNY, colaboradora, establece contacto visual con el entrevistador. Alerta, euproséica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto modulado de tono ansioso e irritable en partes de la entrevista, Euláica. Pensamiento Coherente, relevante, con ideas de preocupación somática sobrevaloradas, lógico, coherente, niega ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes. Niega alteraciones de la sensorio-percepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección parcial. Prospección incierta. ANALISIS: Paciente adulta joven con cuadro de síntomas ansiosos y una preocupación mórbida por su salud y por los múltiples síntomas somáticos que describe, así como una ansiedad anticipatoria en relación con los posibles tratamientos. Si bien no hay psicosis productiva y el riesgo suicida es bajo, los síntomas han llevado a una situación de salud que pone en peligro su integridad, y podría beneficiarse de un manejo intrahospitalario, sin embargo ella ha sido poco adherente a las recomendaciones y en este momento tiene capacidad para aceptar o rechazar tratamiento. Sugiero una Junta Médica Se comenta con Médico del servicio de urgencias

*

*

*

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 12:41:48

Responsable: ORTEGA MAYA, ISABELLA

NUTRICION -NO ALIMENTOS POR SONDA -POR SONDA INICIO CON JEVITY A 20MILILTIROS/HORA CON INCREMENTOS DE 10MILILTROS CADA 8 HORAS HASTA META DE 50 MILILITROS/HORA SOLO SI PRESENTA ADECUADA TOLERANCIA GASTROINTESTINAL. USAR BOMBA DE INFUSION -VIGILANCIA A SINTOMAS GASTROINTESITALES -VALORACION POR FONOAUDIOLOGIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 13:48:26

Responsable: FLOREZ SARMIENTO, CRISTIAN FABIAN

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA: Paciente con antecedente de disfagia, conocida por nuestro servicio con hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, Se han realizado estudios endoscópicos y de motilidad que descartan alteraciones estructurales, ademas sin transtorno de motilidad significativo.

PARACLÍNICOS: - 20.09.2020: IgA 1.61 (0.7-4) IgG 6.58 (7-16) IgM 1.94 (0.4-2.3) - 19.09.2020: Scl 70 1.8 negativo - 18.09.2020: BT 1.75 BD 0.58 AST 15.3 ALT 17.7 FA 55.2 GGT 21 K 3.66 Mg 1.83 Fósforo 4.5 - 17.09.2020: VES 2 LDH 253 (135-214) PCR 0.06 Factor reumatoideo <10 PTH 25.9 Calcio 10.6

PATRONES DE ELECTROFORESIS: Patrón de electroforesis Normal en porcentajes, aunque en la región gamma se insinúa ligera disminución. - 16.09.2020: TSH 0.974 Vitamina D 25OH 22.8 Vitamina B12 825 Ferritina 89.2 Ácido fólico 7.26 ENAs negativo ANAs negativo - 15.09.2020: Leu 5490 N 2630 Linf 2490 Hb 12.2 Hcto 37.4 VCM 91.2 PLT 226 Creat 0.53 BUN 3.8 Na 140.7 K 3.91 Cl 103.7 Glicemia 86.6 Proteínas totales 6.5 Albúmina 4.72 Mg 2.21

MICROBIOLÓGICO: - 18.09.2020: AntiChagas 0.02 negativo VIH 0.18 negativo - 17.09.2020: RPR negativo IgM HBcAg 0.06 negativo HBsAg 0.34 negativo Anti HCV 0.03 negativo

PATOLOGÍA: - 19.09.2020: GLÁNDULA SALIVAL MENOR: Histológicamente sin alteraciones IMÁGENES: - 18.09.2020: TAC DE CUELLO Y TÓRAX: Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica; en el contexto clínico este hallazgo puede explicar la disfagia a sólidos. Resto del estudio sin hallazgos patológicos relevantes. - 17.09.2020: RX DE TÓRAX: Normal. PROCEDIMIENTOS: - 23.09.2020 MANOMETRÍA: 1. MANOMETRÍA NORMAL. CLASIFICACIÓN DE CHICAGO 3.0 2. ACLARAMIENTO

ADECUADO DEL BOLO PARA LIQUIDOS Y ESPESOS 3. ADECUADA RESERVA ESOFÁGICA. -23.09.2020 COLONOSCOPIA: Diagnóstico: 1. Ileocolonoscopia normal. 2. Hemorroides internas grado I. ESTUDIOS EXTRAINSTITUCIONALES: - 16.09.2020: REPORTE DE PATOLOGÍA ESÓFAGO Y ESTÓMAGO (Extrahospitalal): Esofagitis crónica por reflujo, leve. Gastritis crónica no atrofica con actividad leve, H. pylori positivo. Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. - 02.25.2020: PHMETRÍA (IMPEDANCIA PH): negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo
CONCEPTO: Paciente con sensacion de disfagia, sin embargo sin alteraciones endoscópicas ni en estudios de motilidad que expliquen condicion actual. Se ha descartado componente metabolico asociado o infiltrativo. Por el momento consideramos no amerita otro estudio endoscópico adicional. Debe continuarse medidas de soporte nutricional y manejo de T ansiedad de base con metas de mejorar estado proteicocalórico.

.

CONCEPTO: Paciente con sensacion de disfagia, sin embargo sin alteraciones endoscópicas ni en estudios de motilidad que expliquen condicion actual. Se ha descartado componente metabolico asociado o infiltrativo. Por el momento consideramos no amerita otro estudio endoscópico adicional. Debe continuarse medidas de soporte nutricional y manejo de T ansiedad de base con metas de mejorar estado proteicocalórico.

.

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 14:23:03

Responsable: ORTEGA MAYA, ISABELLA

NUTRICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 14:35:54

Responsable: ORTEGA MAYA, ISABELLA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

NUTRICION INTERCONSULTA PARA REINICIO DE SOPORTE ENTERAL

-VIGILAR TENDENCIA DEL PESO -CUBRIR NECESIDADES NUTRICIONALES
 -VIGILAR TOLERANCIA A SUPLEMENTO CON FIBRA -VIGILAR HABITO
 INTESTINAL -FECHA PROXIMO CONTROL:30/09/20 APORTES $1130 \times 1.3 = 1450$
 CALORIAS/DIA, MIFFLIN ST JEOR 1.0-1.2 GRAMOS DE PROTEINA/KILO/DIA

Paciente femenina de 29 años, sin antecedentes relevantes, con hospitalización previa hace 1 mes por sensación de disfagia con progresión a líquidos hasta intolerancia de la vía oral con pérdida severa de peso, gastroenterología en su primera valoración menciona que posiblemente se tratara de un esófago hipersensible; nuevamente valoran y no encuentran causalidad de síntomas referidos por la paciente, también es valorada por psiquiatría quien indica que presenta síntomas ansiosos por su salud, "ansiedad anticipatoria en relación con los posibles tratamientos", sin medicación pues que la paciente la rechaza. respondo interconsulta para valoración del estado nutricional, físicamente en desnutrición con sobreexposición ósea en extremidades, pero se observa recuperación de su estado nutricional con ganancia del 2,2% en 1 mes del peso. deprimida y algo irritable al no ceder a sus necesidades y requerimientos, refiere que necesita para su casa una bomba de infusión para ponerse la nutrición en la noche, a lo que no estoy de acuerdo, ya que en anterior hospitalización recibí y toleré durante 15 días -como ella misma reporta- soporte enteral en esquema intermitente con fórmula polimérica hipercalórica, no está de acuerdo en reiniciar suplemento que ya viene recibiendo acusando dolor abdominal, distensión y náuseas, en casa se estaba pasando por sonda alimentos licuados, se explica que no es un procedimiento seguro también se altera con esto, ahora asintomática lleva 12 horas de ayuno, reiniciare por sonda fórmula isocalórica con fibra, paciente demandante que desea recibir fórmula para paciente con diabetes reporta que ella sufre "del azúcar alto" y que quisiera tener cita con endocrinología, se explica razones por las que se elige fórmula actual y después de una larga sesión acepta. Paciente de difícil manejo se interesa al extremo por los ingredientes de los productos nutricionales y busca causalidad de sus síntomas con estos. paraclínicos recientes electrolitos en rangos, albumina normal, marcadores renales en rangos, glucometrías en rangos. paciente menciona no puede consumir alimentos por vía oral porque le "queman", solicito valoración por fonología. atenta a evolución clínica.

NUTRICION -NO ALIMENTOS POR Sonda -POR Sonda INICIO CON JEVITY A 20ML/2HRS CON INCREMENTOS DE 10 ML CADA 8 HORAS

HASTA META DE 50 MILILITROS/HORA SOLO SI PRESENTA ADECUADA TOLERANCIA GASTROINTESTINAL. USAR BOMBA DE INFUSION -VIGILANCIA A SINTOMAS GASTROINTESITALES -VALORACION POR FONOAUDIOLOGIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 16:43:05

Responsable: RECIO GÓMEZ, MARÍA ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

DIAGNOSTICOS 1. Sd constitucional en estudio 1.1 Disfagia en estudio. -

Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrahospitalar 16.09.2020) *

Se descartó Esclerodermia y Síndrome de Sjögren * RMN Abdominal normal

(Extrahospitalar 24.08.2020) * TAC Toracoabdominal normal (FVL 20.09.20)

Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) * PHmetria (Impedancia pH) Normal * Manometria: Chicago

3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo

(Extrahospitalar 26.12.2019 e Intra-hospitalar 23.09.2020) *

Ileocolonoscopia normal (23.09.2020) * Hemorroides internas grado I *

Gastritis crónica no atrofica con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extrahospitalar 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 2. T ansiedad no adherente a tratamiento PARACLINICOS

29.10.2020 Leucocitos 6680 neutrofilos 3930 linfocitos 2120 Hb 13.1 Hcto 40%

Plt 243000 Cr 0.57 BUN 6.7 Na 138 K 4.12 Cl 101 Mg 1.76 Ca 9.93 F 3.73 ALT

17.04 AST 16.09 Albumina 4.78 IMAGENES 29.10.2020 Rx torax normal, sonda

bien posicionada

H T FC FR Talla PAS PAD PAM SaO2 28/10 15:20 36 87 18 165 111 69 83 98

28/10 21:32 36,02 60 20 0 104 73 83,33 99 29/10 4:07 36,02 84 19 0 100 63

75,33 99 13:00 36,4 68 19 0 112 73 86 98 16:23 35,6 52 20 0 102 73 82,67

100 Alerta orientada 3 esferas no sg de dificultad respiratoria no sg de irritacion peritoneal.

Paciente de 29 años, en observacion urgencias por sd constitucional asociado a disfagia con multiples estudios que han diagnosticado esofago hipersensible confirmado por pH-metria. Hoy con valoracion de gastroenterologia que descarta necesidad de mas estudios, ante ausencia de patologia estructural evidencia en hospitalizaciones previas. Por psiquiatria se propone tratamiento ansiolitico sin embargo no es adherente, Dr Castillo propone junta del caso (por definir). Por ahora nutricion inicia nueva alimentacion enteral;

considerando estancia hospitalaria y necesidad de seguimiento metabolico a corto plazo se hospitaliza a cargo de medicina interna. continua bajo vigilancia medica.

Hospitalizacion medicina interna Seguimiento por nutricion

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.10.2020

Hora Registro: 17:04:22

Responsable: BERMEO CARDONA, MARIBETH

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA EN ESTUDIO DIAGNOSTICO MEDICO: 1. Síndrome constitucional en estudio 1.1 Disfagia en estudio. - Esófago hipersensible - Esofagitis leve (16.09.2020) * Se descartó Esclerodermia y Síndrome de Sjögren * Resonancia Magnetica Abdominal normal (Extrahospitalaria 24.08.2020) * Tomografía axial computarizada Toracoabdominal normal (20.09.20) Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) * PHmetria (Impedancia pH) Normal *Manometria: Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extrahospitalaria 26.12.2019 e Intrahospitalaria 23.09.2020) * Ileocolonoscopia normal (23.09.2020) * Hemorroides internas grado I * Gastritis crónica no atrofica con actividad leve Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 2. Trastorno de ansiedad no adherente a tratamiento

Valoración

Se atiende interconsulta. Encuentro paciente despierta, alerta, orientada, lenguaje comprensivo y expresivo conservado. Cualidades de la voz normales, habla normal. Refiere disfagia severa y perdida de peso 20 kilos en corto tiempo. Actualmente con alimentación exclusiva por la sonda nasogastrica, refiere hipersensibilidad esofagica y aumento de gases y reflujo con la alimentación ya sea por via oral o nutricion enteral. Se valora proceso de deglución evidenciando reflejos de nausea, deglución, palatal y tusígeno presentes, rangos de fuerza y movilidad de su musculatura oro faríngea suficiente para el envío anteroposterior, desencadena a tiempo reflejo de deglución con buen ascenso laríngeo. Durante la valoración no se observa alteración en el mecanismo de la deglución. Se explica a la paciente y a su familiar manejo a seguir y refiere comprender y aceptar el inicio de estímulos

orales con jugos. Se comenta con nutrición clínica.

Tres jugos al día mañana tarde y noche Alimentación por sonda nasogastrica
Seguimiento por fonoaudiología

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.10.2020

Hora Registro: 09:21:58

Responsable: GIRALDO ECHAVARRIA, NATALIA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA LUZ MERY HOYOS MEJIA ENFERMEDAD ACTUAL Paciente con antecedente de disfagia, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cine-degluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Hace 10 días con distensión abdominal, deposiciones líquidas al inicio ahora con estreñimiento, náuseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes. Nuevamente con las náuseas, eructos, distensión abdominal, adicionalmente refiere hipoglicemias. Decide consultar. Ant. Personales: Patológicos: RGE - Esofagitis. Medicamentos: Dexlansoprazol 30 mg bid, Paroxetina 5 mg qd (suspendida), Tiamina qd. Ensure (suspendido), Amitriptilina 12.5mg/ noche (no lo ha iniciado) Quirúrgicos: Rinoplastia. Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego). Tóxicos: No fuma/Licor niega. Transfusionales: No refiere. Ant. Familiares: HTA (Padre). Hospitalización: Última: 15.09.2020 al 24.09.2020 OBJETIVO Paciente en aceptable estado general, alerta, orientada, luce sarcopénica. Hora FC T. FC FR PAS PAD PAM SATO2 04:00:30 36,30 62,00 18,00 89,00 64,00 72,33 99,00 01:00:00 36,20 90,00 17,00 100,00 52,00 68,00 96,00 Mucosa oral húmeda, cuello móvil, sin masas. Ruidos cardiacos, ritmicos, sin soplos. MV conservado, no agregados. Abdomen blando, no doloroso. Extremidades simétricas, sin edemas, pulsos periféricos presentes. Sin déficit neurológico. PARACLINICOS 28.10.2020 Hemograma: leucocitos 6680, neutrofilos 3930, linfocitos 2120, Hb 13.1, Hto 40.2, plaquetas 243000. BUN 6.7, creatinina 0.57, ALT 17.4, ast

16.9, albumina 4.78, sodio 138, potasio 4.12, cloro 101.9, magnesio 1.76, calcio 9.93, fosforo 3.73 Diagnósticos: 1. Disfagia en estudio. 1.1 Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrainstitucional 16.09.2020) 1.2 Se descartó Esclerodermia y Síndrome de Sjögren 1.3 RMN Abdominal normal (Extraintitucional 24.08.2020) 1.4 TAC Toracoabdominal normal (FVL 20.09.20) - Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) 1.4 PHmetria (Impedancia pH) Normal - Negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo (Extraintitucional 02.25.2020) 1.5 Manometria. - Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extraintitucional 26.12.2019 e Intrainstitucional 23.09.2020) 1.6 Ileocolonoscopia normal (23.09.2020) 1.6.1 Hemorroides internas grado I 2. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extraintitucional 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 3. Trastorno de ansiedad ANALISIS Paciente conocida en la institución, con antecedentes anotados, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020 por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cine DEGLUCIONES y criterios para esófago hipersensible en la pH metria. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Ingresa por cuadro de 10 días de distensión abdominal, deposiciones líquidas al inicio ahora con estreñimiento, náuseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes. Nuevamente con las náuseas, eructos, distensión abdominal, adicionalmente refiere hipoglucemias. Decide consultar. Valorada nuevamente por gastroenterología quien considera no requiere nuevos estudios por el momento. En seguimiento por nutrición y fonoaudiología, psiquiatría propone realización de junta médica. Actualmente hemodinamicamente estable, recibe alimentación por SNG, paraclínicos de ingreso muestran hemograma, azoados, electrolitos y albumina normales. No requiere intervenciones ni estudio adicionales por nuestra parte. Se espera nueva valoración psiquiatría, nutrición y fonoaudiología para definir plan de manejo nutricional al egreso. Dra. Natalia Giraldo Internista Dr. Andrés Bermúdez Residente Medicina Interna

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 30.10.2020

Hora Registro: 17:52:00

Responsable: MARROQUIN DONATO, JUAN MANUEL

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA 1. DIETA LIQUIDA CLARA. ÚNICAMENTE LLEVAR 1 JUGO DE PAPAYA/MANGO EN CADA TIEMPO DE COMIDA. NINGUN OTRO ALIMENTO 2. SOLICITAMOS VALORACIÓN POR JEFE DE SONDAS PARA EDUCACIÓN DEL PASO DE LA NUTRICIÓN EN CASA 3. POR SONDA NASOYEYUNAL, JEVITY 2, META DE 50 MILILITROS/HORA, UNA VEZ ALCANCE META, INICIAR ESQUEMA INTERMITENTE CON 3 BOLOS DE 500MILILITROS A LAS 6,12,18HORAS PARA 4HORAS CADA UNO, DEJAR GRAVITACIONAL EN TERCER BOLO. 4. VIGILAR TOLERANCIA, GRACIAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.10.2020

Hora Registro: 19:03:45

Responsable: BERMEO CARDONA, MARIBETH

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA EN ESTUDIO DIAGNOSTICO MEDICO: 1. Síndrome constitucional en estudio 1.1 Disfagia en estudio. - Esófago hipersensible - Esofagitis leve (16.09.2020) * Se descartó Esclerodermia y Síndrome de Sjögren * Resonancia Magnética Abdominal normal (Extrahospitalar 24.08.2020) * Tomografía axial computarizada Toracoabdominal normal (20.09.20) Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) * PHmetría (Impedancia pH) Normal * Manometría: Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extrahospitalar 26.12.2019 e Intrahospitalar 23.09.2020) * Ileocolonoscopia normal (23.09.2020) * Hemorroides internas grado I * Gastritis crónica no atrófica con actividad leve Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 2. Trastorno de ansiedad no adherente a tratamiento

Seguimiento

Paciente despierta, alerta, orientada, lenguaje comprensivo y expresivo conservado. Cualidades de la voz normales, habla normal. Refiere disfagia severa y perdida de peso 20 kilos en corto tiempo. Actualmente con alimentación exclusiva por la sonda nasogastrica, refiere hipersensibilidad esofagica y aumento de gases y reflujo con la alimentación ya sea por via oral o nutricion enteral. Paciente que a la valoración clinica no presenta alteración en el mecanismo de la deglución, fase oral y faringea dentro de los parametros de normalidad sin presencia de tos, atoro o signos de alarma durante ni posterior a la deglución. Se dialoga ampliamente y se brindan opciones para iniciar via oral pero la paciente refiere que sólo desea consumir un jugo en cada comida. Se comenta con nutrición clinica y Estaremos atentos a un nuevo llamado por parte de su medico tratante si la paciente lo requiere, por el momento se cierra interconsulta.

Dieta liquida completa a tolerancia. Por peticion de la paciente solo desea un jugo en cada comida de mango o papaya. Alimentación por sonda nasogastrica Se cierra interconsulta

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.10.2020

Hora Registro: 09:22:47

Responsable: GIRALDO ECHAVARRIA, NATALIA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA INTERNA LUZ MERY HOYOS MEJIA DIAGNÓSTICOS: - DISFAGIA ESOFÁGICA SIN ETIOLOGÍA FILIADA --- TRÁNSITO ESOFÁGICO LENTO (CINEVIDEODEGLUCIÓN) --- ESÓFAGO HIPERSENSIBLE (PH METRÍA) -- MANOMETRÍA NORMAL - DESNUTRICIÓN --- ALIMENACIÓN POR SNG: POBRE TOLERANCIA A JEVITY Ant. Personales: Patológicos: RGE - Esofagitis. Medicamentos: Dexlansoprazol 30 mg bid, Paroxetina 5 mg qd (suspendida), Tiamina qd. Ensure (suspendido), Amitriptilina 12.5mg/ noche (no lo ha iniciado) Quirúrgicos: Rinoplastia. Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego). Tóxicos: No fuma/Licor niega. Transfusionales: No refiere. Ant. Familiares: HTA (Padre). Hospitalización: Ultima: 15.09.2020 al 24.09.2020 OBJETIVO Paciente en aceptable estado general, alerta, orientada, luce sarcopénica. Hora FC T. FC FR PAS PAD PAM SATO2 04:00:30 36,30 62,00 18,00 89,00 64,00 72,33 99,00 01:00:00 36,20

90,00 17,00 100,00 52,00 68,00 96,00 Mucosa oral húmeda, cuello móvil, sin masas. Ruidos cardiacos, ritmicos, sin soplos. MV conservado, no agregados. Abdomen blando, no doloroso. Extremidades simetricas, sin edemas, pulsos periféricos presentes. Sin deficit neurológico. PARACLINICOS 28.10.2020 Hemograma: leucocitos 6680, neutrofilos 3930, linfocitos 2120, Hb 13.1, Hto 40.2, plaquetas 243000. BUN 6.7, creatinina 0.57, ALT 17.4, ast 16.9, albumina 4.78, sodio 138, potasio 4.12, cloro 101.9, magnesio 1.76, calcio 9.93, fosforo 3.73 Diagnósticos: 1. Disfagia en estudio. 1.1 Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrainstitucional 16.09.2020) 1.2 Se descartó Esclerodermia y Síndrome de Sjögren 1.3 RMN Abdominal normal (Extraintitucional 24.08.2020) 1.4 TAC Toracoabdominal normal (FVL 20.09.20) - Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) 1.4 PHmetria (Impedancia pH) Normal - Negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo (Extraintitucional 02.25.2020) 1.5 Manometria. - Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extraintitucional 26.12.2019 e Intrainstitucional 23.09.2020) 1.6 Ileocolonoscopia normal (23.09.2020) 1.6.1 Hemorroides internas grado I 2. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extraintitucional 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 3. Trastorno de ansiedad ANALISIS Paciente conocida en la institución, con antecedentes anotados, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020 por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cine-degluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metria. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Ingresó por cuadro de 10 días de distensión abdominal, deposiciones liquidas al inicio ahora con estreñimiento, mucho producción de gases/eructos con la nutrición. Venía siendo manejada previo a la pandemia por fonoaudiología con la impresión dx de "eructo supragástrico" y refiere mejoría con éstas pero con la pandemia se suspendieron, se sugiere apoyo de gastroenterología nuevamente más que para su trastorno esofágico, o necesidad de nuevos estudios, es intentar la dismición de los gases, simeticona? y con la gastritis que está siendo refractaria a IBP, además cumple 2 meses con SNG en 15 días, evaluar entonces necesidad de programar gastrostomía, o definir hasta cuanto tiempo puede continuar con SNG, pues no parece ser un caso que vaya a tener pronta resolución. Además seguimiento por nutrición, pues no toleró nutrición con Jevity en bolos, con diarrea en la noche, y por fonoaudiología para evaluar

posibilidad de terapias. Considero es un caso difícil y requiere compromiso por múltiples especialidades: Nutrición, fonoaudiología, gastroenterología y medicina interna. Seguiremos atentos.

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.10.2020

Hora Registro: 11:59:25

Responsable: LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Luz Mery Hoyos 29 años N/P Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana Escolaridad Universitaria (Contaduría) En incapacidad Acompañada de una prima EVOLUCION Paciente conocida por el grupo de psiquiatria, con temor a seguir las recomendaciones desde gastroenterologia y salud mental, mala adherencia. Reporta acatisia con paroxetina y fluoxetina. Continúa ansioso, angustiada, insomnio en ocasiones, con multiples quejas somaticas, hipervigilancia somatica, ideas sobrevaloradas. Sin sintomas confusionales, psicoticos o maneiformes. HISTORIA CLINICA DR. CASTILLO. Solicitan IC por Gastro. PAciente evaluada por le servicio de Psiquiatria en la hospitalización previa y recientemente (22 Octubre 2020) por consulta externa (Dra Guerrero), que conceptuó: "Paciente en la cuarta década de la vida con cuadro crónico de alteraciones de la deglución, malestar gastrointestinal significativo que ha generado pérdida significativa de peso y en el momento se encuentra en desnutrición. Ha presentado marcada sensibilidad a los efectos extrapiramidales de los medicamentos. Durante la evaluación encuentro hipervigilancia somática y discurso centrado en los síntomas físicos." Describe que ha estado colocandose por SNY la alimentació enetral y le ha producido: dolor abdoninal y distensión por lo que consulta nuevamente. La Dra Guerrero le indicó Amitriptilina que NO inició y no desea tomar, le teme a los efectos adversos de la medicación. Expresa su deseo de otro tipo de tratamiento que no incluya la medicación. Se molesta en el momento que se señala la dificultad que tiene en la adherencia a las indicaciones médicas. Describe de manera detallada y técnica los sintomas y las dificultades, y se hace evidente en su discurso las conductas de autochequeo e hipervigilancia sobre su cuerpo. Niega

conductas purgativas.

En cama, modula ansiedad, coherente, no delirios, sin ideas de autoagresion, con ideas sobrevaloradas, de preocupacion, sin alucinaciones, alerta, orientado, juicio conservado.

Paciente con trastorno de ansiedad, con dificil control de sintomas ante la mala adherencia. Reporta efectos adversos de la medicacion psiquiatrica. Doy psicoeducacion y sugiero empezar amitriptilina, medicamento tambien recomendado por gastroenterologia. Empezar en dosis bajas y evaluar respuesta. Dado la complejidad de su cuadro clinico sugiero hospitalizar en unidad de salud mental cuando medicina interna autorice.

1. Sugiero una hospitalizacion desde salud mental cuando medicina interna o gastroenterologia lo consideren.
2. Amitriptilina tableta 25mg: cuarto a las 6pm
3. Manejo en conjunto con nutricion, terapia ocupacional y psicologia.

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 31.10.2020

Hora Registro: 16:28:58

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

FONOAUDIOLOGÍA Dieta según aceptación de la paciente Se sugiere acompañamiento por Psicología, Psiquiatria y Nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.10.2020

Hora Registro: 16:29:06

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DEGLUCIÓN ORAL Y FARINGEA NORMAL DIAGNOSTICO MEDICO: 1. Síndrome constitucional en estudio 1.1 Disfagia en estudio. - Esófago hipersensible - Esofagitis leve (16.09.2020) * Se descartó Esclerodermia y Síndrome de Sjögren * Resonancia Magnetica Abdominal normal (Extrainstitucional 24.08.2020) * Tomografia axial computarizada Toracoabdominal normal (20.09.20) Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) * PHmetria (Impedancia pH) Normal *Manometria: Chicago 3.0. Adecuada

reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extrainstitucional 26.12.2019 e Intrainstitucional 23.09.2020) * Ileocolonoscopía normal (23.09.2020) * Hemorroides internas grado I * Gastritis crónica no atrófica con actividad leve Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 2. Trastorno de ansiedad no adherente a tratamiento

Revaloración

Se responde interconsulta. Paciente conocida por el servicio de fonoaudiología en anterior y actual hospitalización. La encuentro despierta, alerta, en estable condición. Lenguaje fluido con habla normal. Tolerando aire ambiente. Alimentación mixta: alimentos líquidos por vía oral (jugos, cremas) con baja ingesta y enteral por sonda nasogastrica. Refiere que la vía oral se encuentra limitada por presencia de gases y gastritis. En compañía de la madre. Reflejos orales presentes. Control oromotor conservado. Deglución en seco completa. Se valora con líquido espeso y líquido claro: tránsito oral a tiempo con sensación de molestia al desencadenar la deglución (posiblemente por uso de la sonda) y ascenso laríngeo completo. No presenta signos de alteración en la seguridad ni en la eficacia. Se explica que en el momento no se observa trastorno en la deglución, por lo cual, continuar vía oral con los alimentos que la paciente acepte. Se sugiere acompañamiento por Psiquiatría, Psicología y Nutrición. Se comenta con el jefe de turno Queda estable.

Dieta según aceptación de la paciente Se sugiere acompañamiento por Psicología, Psiquiatría y Nutrición

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 31.10.2020

Hora Registro: 22:59:38

Responsable: VINAZCO, STEVEN

HIDROXICINA 5 ML VO CADA NOCHE DESLANZOPRAZOL UN CAP CADA DIA
TIAMINA 300 MG CADA DIA ENETROGERMINA 1 AMPOLLA BEBIBLE CADA DIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.10.2020

Hora Registro: 23:55:35

Responsable: VINAZCO, STEVEN

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

TRASLADO A BETANIA MEDICINA FAMILIAR Paciente: LUZ MERY HOYOS MEJIA Sexo: F Fecha Nacimiento: 31.01.1991 N° Historia Clínica: 1263386 Identificación: CC 1144150035 Edad: 29 EPISODIO: 7584554 Aseguradora: SURAMERICANA S.A. PAC Antecedentes Patológicos: RGE - Esofagitis. Medicamentos: Dexlansoprazol 30 mg bid, Paroxetina 5 mg qd (suspendida), Tiamina qd. Ensure (suspendido), Amitriptilina 12.5mg/ noche (no lo ha iniciado) Quirúrgicos: Rinoplastia. Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego). Tóxicos: No fuma/Licor niega. Transfusionales: No refiere. Ant. Familiares: HTA (Padre). Hospitalización: Ultima: 15.09.2020 al 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS - DISFAGIA ESOFÁGICA SIN ETIOLOGÍA FILIADA --- TRÁNSITO ESOFÁGICO LENTO (CINEVIDEODEGLUCIÓN) --- ESÓFAGO HIPERSENSIBLE (PH METRÍA) -- MANOMETRÍA NORMAL - DESNUTRICIÓN --- ALIMENTACIÓN POR SNG: POBRE TOLERANCIA A JEVITY Historia Hospitalización Paciente con antecedente de disfagia, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cinevideodegluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Hace 10 días con distensión abdominal, deposiciones líquidas al inicio ahora con estreñimiento, náuseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes. Nuevamente con las náuseas, eructos, distensión abdominal, adicionalmente refiere hipoglicemias. Decide consultar.

Paciente en aceptable estado general, alerta, orientada, luce sarcopénica. Mucosa oral húmeda, cuello móvil, sin masas. Ruidos cardiacos, rítmicos, sin soplos. MV conservado, no agregados. Abdomen blando, no doloroso. Extremidades simétricas, sin edemas, pulsos periféricos presentes. Sin déficit neurológico. PARACLINICOS 28.10.2020 Hemograma: leucocitos 6680, neutrofilos 3930, linfocitos 2120, Hb 13.1, Hto 40.2, plaquetas 243000. BUN 6.7, creatinina 0.57, ALT 17.4, ast 16.9, albumina 4.78, sodio 138, potasio 4.12, cloro 101.9, magnesio 1.76, calcio 9.93, fosforo 3.73 Diagnósticos: 1. Disfagia en estudio. 1.1 Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrainstitucional 16.09.2020) 1.2 Se descartó Esclerodermia y Síndrome de

Sjögren 1.3 RMN Abdominal normal (Extrainstitucional 24.08.2020) 1.4 TAC Toracoabdominal normal (FVL 20.09.20) - Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) 1.4 PHmetria (Impedancia pH) Normal - Negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo (Extrainstitucional 02.25.2020) 1.5 Manometria. - Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extrainstitucional 26.12.2019 e Intrainstitucional 23.09.2020) 1.6 Ileocolonoscopia normal (23.09.2020) 1.6.1 Hemorroides internas grado I 2. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extrainstitucional 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 3. Trastorno de ansiedad

Paciente con antecedente de disfagia, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cine-degluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metria. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Hace 10 días con distensión abdominal, deposiciones líquidas al inicio ahora con estreñimiento, náuseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes. adulta joven con cuadro de síntomas ansiosos y una preocupación mórbida por su salud y por los múltiples síntomas somáticos que describe, así como una ansiedad anticipatoria en relación con los posibles tratamientos. Si bien no hay psicosis productiva y el riesgo suicida es bajo, los síntomas han llevado a una situación de salud que pone en peligro su integridad, y podría beneficiarse de un manejo intrahospitalario, sin embargo ella ha sido poco adherente a las recomendaciones y en este momento tiene capacidad para aceptar o rechazar tratamiento. Sugiero una Junta Médica Se comenta Paciente con sensación de disfagia, sin embargo sin alteraciones endoscópicas ni en estudios de motilidad que expliquen condición actual. Se ha descartado componente metabólico asociado o infiltrativo. Por el momento consideramos no amerita otro estudio endoscópico adicional. Debe continuarse medidas de soporte nutricional y manejo de T ansiedad de base con metas de mejorar estado proteico-calórico. Paciente con trastorno de ansiedad, con difícil control de síntomas ante la mala adherencia. Reporta efectos adversos de la medicación psiquiátrica. y empezar amitriptilina,

medicamento también recomendado por gastroenterología. Empezar en dosis bajas y evaluar respuesta. Dado la complejidad de su cuadro clínico sugiero hospitalizar en unidad de salud mental cuando medicina interna autorice.

AMITRIPTILINA 25MG TAB 6,25 MG C/24H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.11.2020

Hora Registro: 13:08:24

Responsable: CIFUENTES ZUBIETA, OSCAR FABIAN

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR - BETANIA Paciente: LUZ MERY HOYOS MEJIA Sexo: F
 Fecha Nacimiento: 31.01.1991 N° Historia Clínica: 1263386 Identificación: CC 1144150035 Edad: 29 EPISODIO: 7584554 Aseguradora: SURAMERICANA S.A.
 PAC O/P: Cali/Cali Ocupación: contadora religión: cristiana Antecedentes Patológicos: RGE - Esofagitis. Medicamentos: Dexlansoprazol 30 mg bid, Paroxetina 5 mg qd (suspendida), Tiamina qd. Ensure (suspendido), Amitriptilina 12.5mg/ noche (no lo ha iniciado) Quirúrgicos: Rinoplastia. Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego). Tóxicos: No fuma/Licor niega. Transfusionales: No refiere. Ant. Familiares: HTA (Padre). Hospitalización: Ultima: 15.09.2020 al 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS - DISFAGIA ESOFÁGICA SIN ETIOLOGÍA FILIADA --- TRÁNSITO ESOFÁGICO LENTO (CINEVIDEODEGLUCIÓN) --- ESÓFAGO HIPERSENSIBLE (PH METRÍA) -- MANOMETRÍA NORMAL - DESNUTRICIÓN --- ALIMENTACIÓN POR SNG: POBRE TOLERANCIA A JEVITY Historia Hospitalización Paciente con antecedente de disfagia, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cinevideodegluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Hace 10 días con distensión abdominal, deposiciones líquidas al inicio ahora con estreñimiento, náuseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes. Nuevamente con las náuseas, eructos, distensión abdominal, adicionalmente refiere hipoglicemias. Decide consultar. Subjetivo: Paciente

refiere sentirse mejor, refiere que tolera pobremente la dieta líquida, portador de SNG. Diuresis y deposiciones positivas. La paciente presenta muchas dudas con respecto a su patología gastrointestinal.

Paciente en aceptable estado general, alerta, orientada, luce sarcopénica. Portadora de SNG SIGNOS VITALES HORA T° FC FR TAS TAD TAM 04:47:34 0,00 70,00 18,00 102,00 73,00 82,67 00:49:29 0,00 69,00 19,00 91,00 59,00 69,67 20:48:23 0,00 79,00 18,00 111,00 84,00 93,00 GLUCOMETRÍAS Fecha Hora Gluco 31.10.2020 19:07:51 62,00 31.10.2020 12:50:35 126,00 31.10.2020 09:04:44 111,00 Mucosa oral húmeda, cuello móvil, sin masas. Ruidos cardiacos, rítmicos, sin soplos. MV conservado, no agregados. Abdomen blando, no doloroso. Extremidades simétricas, sin edemas, pulsos periféricos presentes. Sin déficit neurológico. PARACLINICOS 28.10.2020 Hemograma: leucocitos 6680, neutrofilos 3930, linfocitos 2120, Hb 13.1, Hto 40.2, plaquetas 243000. BUN 6.7, creatinina 0.57, ALT 17.4, ast 16.9, albumina 4.78, sodio 138, potasio 4.12, cloro 101.9, magnesio 1.76, calcio 9.93, fosforo 3.73 Diagnósticos: 1. Disfagia en estudio. 1.1 Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrahospitalaria 16.09.2020) 1.2 Se descartó Esclerodermia y Síndrome de Sjögren 1.3 RMN Abdominal normal (Extrahospitalaria 24.08.2020) 1.4 TAC Toracoabdominal normal (FVL 20.09.20) - Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) 1.4 PHmetria (Impedancia pH) Normal - Negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo (Extrahospitalaria 02.25.2020) 1.5 Manometria. - Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extrahospitalaria 26.12.2019 e Intra-hospitalaria 23.09.2020) 1.6 Ileocolonoscopia normal (23.09.2020) 1.6.1 Hemorroides internas grado I 2. Gastritis crónica no atrofica con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extrahospitalaria 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 3. Trastorno de ansiedad

Paciente con antecedente de disfagia, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cine-degluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metria. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Hace 10 días con distensión abdominal, deposiciones líquidas al inicio ahora

con estreñimiento, náuseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes. adulta joven con cuadro de síntomas ansiosos y una preocupación mórbida por su salud y por los múltiples síntomas somáticos que describe, así como una ansiedad anticipatoria en relación con los posibles tratamientos. Si bien no hay psicosis productiva y el riesgo suicida es bajo, los síntomas han llevado a una situación de salud que pone en peligro su integridad, y podría beneficiarse de un manejo intrahospitalario, sin embargo ella ha sido poco adherente a las recomendaciones y en este momento tiene capacidad para aceptar o rechazar tratamiento. Sugiero una Junta Médica. Se comenta Paciente con sensación de disfagia, sin embargo sin alteraciones endoscópicas ni en estudios de motilidad que expliquen condición actual. Se ha descartado componente metabólico asociado o infiltrativo. Por el momento consideramos no amerita otro estudio endoscópico adicional. Debe continuarse medidas de soporte nutricional y manejo de T ansiedad de base con metas de mejorar estado proteico-calórico. En el momento clínicamente estable, recibiendo nutrición enteral por SNG, tolerando pobremente la vía oral con dieta líquida, ansiosa respecto a patología gastrointestinal. Se solicita glucosa pre y post prandial por nutrición recibida. Se le dan recomendaciones y se le explica condiciones actual, refiere entender y aceptar.

Plan: - Seguimiento por medicina interna y psiquiatría - Seguimiento por nutrición y fonoaudiología - Se solicita glucosa pre y post Prescripciones activas: AMITRIPTILINA 25MG TAB 6,25 MG C/24H VIA ORAL

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 02.11.2020

Hora Registro: 10:10:17

Responsable: RUIZ DUQUE, MARGARITA MARIA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

#1 evaluación, terapia ocupacional, psiquiatría

objetivos de tratamiento -promover conciencia de enfermedad. .favorecer mediante la actividad manual canalización de emociones y temores propios de su enfermedad, .conservar habilidades y destrezas manipulativas que le permitan participar en la ejecución de sus actividades de la vida diaria. .estimular procesos mentales superiores.

diagnosticos: IAGNÓSTICOS - DISFAGIA ESOFÁGICA SIN ETIOLOGÍA FILIADA
 --- TRÁNSITO ESOFÁGICO LENTO (CINEVIDEODEGLUCIÓN) --- ESÓFAGO
 HIPERSENSIBLE (PH METRÍA) -- MANOMETRÍA NORMAL - DESNUTRICIÓN ---
 ALIMENTACIÓN POR SNG: POBRE TOLERANCIA A JEVITY glasgow:15/15
 braden:19 riesgo de caida.6 que presenta una discapacidad por deficiencia en
 su sistema mental y gastrointestinal, musculoesqueltico que limita la
 participacion en la ejecucion de sus actiivdades de la vida diaria.

Luz Mery Hoyos 29 años N/P Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana
 Escolaridad Universitaria (Contaduría) En incapacidad Acompañada de una
 prima motivo de hospitalizacion. " dificultades para tolerar el alimento"
 paciente que encuentro en habitacion sin acompañante, con sonda
 nasogastrica, con perdida de peso progresivo, paciente con ropa comoda,
 colaboradora en la entrevista realiza fijacion visual, contesta a preguntas, de
 animo estable , ansiosa. durante la sesion habla de los sintomas fisicos y
 somaticos que le han generado el uso de medicamentos para manejo de su
 enfermedad entre ellos los psiquiatricos los cuales considera que le han
 afectado mucho mas. pacinete que refiere que vive con sus padres, trabaja
 como contadora pero desde hace 4 meses esta incapacitada, antes de eso
 manifiesta que trabajaba desde su casa por la pandemia. dentro de sus gustos
 e intereses, refiere que hacia ejercicio a diria en el gimnasio, ir a cine, leer,
 viajar y en algunas ocasiones realiza actividades de pintura.

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.11.2020

Hora Registro: 10:57:28

Responsable: VINAZCO, STEVEN

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

REPORTE GLICEMIA 73.60

-

- NORMAL

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.11.2020

Hora Registro: 12:16:01

Responsable: CIFUENTES ZUBIETA, OSCAR FABIAN

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR - BETANIA Paciente: LUZ MERY HOYOS MEJIA Sexo: F
 Fecha Nacimiento: 31.01.1991 N° Historia Clínica: 1263386 Identificación: CC 1144150035 Edad: 29 EPISODIO: 7584554 Aseguradora: SURAMERICANA S.A.
 PAC O/P: Cali/Cali Ocupación: contadora religión: cristiana Antecedentes Patológicos: RGE - Esofagitis. Medicamentos: Dexlansoprazol 30 mg bid, Paroxetina 5 mg qd (suspendida), Tiamina qd. Ensure (suspendido), Amitriptilina 12.5mg/ noche (no lo ha iniciado) Quirúrgicos: Rinoplastia. Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego). Tóxicos: No fuma/Licor niega. Transfusionales: No refiere. Ant. Familiares: HTA (Padre). Hospitalización: Ultima: 15.09.2020 al 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS - DISFAGIA ESOFÁGICA SIN ETIOLOGÍA FILIADA --- TRÁNSITO ESOFÁGICO LENTO (CINEVIDEODEGLUCIÓN) --- ESÓFAGO HIPERSENSIBLE (PH METRÍA) -- MANOMETRÍA NORMAL - DESNUTRICIÓN --- ALIMENTACIÓN POR SNG: POBRE TOLERANCIA A JEVITY Historia Hospitalización Paciente con antecedente de disfagia, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cinevideodegluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Hace 10 días con distensión abdominal, deposiciones líquidas al inicio ahora con estreñimiento, náuseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes. Nuevamente con las náuseas, eructos, distensión abdominal, adicionalmente refiere hipoglicemias. Decide consultar. Subjetivo: Paciente refiere no tener disnea, ni dolor, con menos reflujo y eructos. Diuresis y deposiciones positiva.

Paciente en aceptable estado general, alerta, orientada, luce sarcopénica.

Portadora de SNG SIGNOS VITALES HORA T° FC FR TAS TAD TAM SAT

04:00:27 36,00 56,00 20,00 0,00 93,00 65,00 74,33 98,00 GLUCOMETRÍAS

Fecha Hora Gluco 02.11.2020 05:49:00 90,00 31.10.2020 19:07:51 62,00

31.10.2020 12:50:35 126,00 31.10.2020 09:04:44 111,00 Mucosa oral húmeda, cuello móvil, sin masas. Ruidos cardiacos, rítmicos, sin soplos. MV conservado, no agregados. Abdomen blando, no doloroso. Extremidades simétricas, sin edemas, pulsos periféricos presentes. Sin déficit neurológico. PARACLINICOS 28.10.2020 Hemograma: leucocitos 6680, neutrofilos 3930, linfocitos 2120, Hb 13.1, Hto 40.2, plaquetas 243000. BUN 6.7, creatinina 0.57, ALT 17.4, ast 16.9, albumina 4.78, sodio 138, potasio 4.12, cloro 101.9, magnesio 1.76, calcio 9.93, fosforo 3.73 Diagnósticos: 1. Disfagia en estudio. 1.1 Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrainstitucional 16.09.2020) 1.2 Se descartó Esclerodermia y Síndrome de Sjögren 1.3 RMN Abdominal normal (Extraintitucional 24.08.2020) 1.4 TAC Toracoabdominal normal (FVL 20.09.20) - Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) 1.4 PHmetria (Impedancia pH) Normal - Negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo (Extraintitucional 02.25.2020) 1.5 Manometria. - Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extraintitucional 26.12.2019 e Intrainstitucional 23.09.2020) 1.6 Ileocolonoscopia normal (23.09.2020) 1.6.1 Hemorroides internas grado I 2. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extraintitucional 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 3. Trastorno de ansiedad

Paciente con antecedente de disfagia, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cinedegluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metria. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Hace 10 días con distención abdominal, deposiciones liquidas al inicio ahora con estreñimiento, nauseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes. adulta joven con cuadro de sintomas ansiosos y una preocupación mórbida por su salud y por los múltiples sintomas somáticos que describe, asi como una ansiedad anticipatoria en relación con los posibles tratamientos. Si bien no hay psicosis productiva y el riesgo suicida es bajo, los sintomas han llevado a una situación de salud que pone en peligro su integridad, y podría beneficiarse de un manejo intrahospitalario, sin

embargo ella ha sido poco adherente a las recomendaciones y en este momento tiene capacidad para aceptar o rechazar tratamiento. Sugiero una Junta Médica Se comenta Paciente con sensación de disfagia, sin embargo sin alteraciones endoscópicas ni en estudios de motilidad que expliquen condición actual. Se ha descartado componente metabólico asociado o infiltrativo. Por el momento consideramos no amerita otro estudio endoscópico adicional. Debe continuarse medidas de soporte nutricional y manejo de T ansiedad de base con metas de mejorar estado proteicocalórico. En el momento clínicamente estable, recibiendo nutrición enteral por SNG, tolerando pobremente la vía oral con dieta líquida, ansiosa respecto a patología gastrointestinal. Se resuelven dudas del paciente en el día de hoy, se enfoca su tratamiento a nutrición ir avanzadola, pendiente de exámenes con glicemia de 73.60. Se le dan recomendaciones y se le explica condiciones actual, refiere entender y aceptar.

Plan: - Seguimiento por medicina interna y psiquiatría - Seguimiento por nutrición y fonoaudiología Prescripciones activas: AMITRIPTILINA 25MG TAB 6,25 MG C/24H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.11.2020

Hora Registro: 12:51:20

Responsable: GUERRA LOZANO, ANA MARIA

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Luz Mery Hoyos 29 años N/P Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana Escolaridad Universitaria (Contaduría) En incapacidad Acompañada de una prima HISTORIA CLINICA DR. CASTILLO. Solicitan IC por Gastro. PACiente evaluada por el servicio de Psiquiatría en la hospitalización previa y recientemente (22 Octubre 2020) por consulta externa (Dra Guerrero), que conceptuó: "Paciente en la cuarta década de la vida con cuadro crónico de alteraciones de la deglución, malestar gastrointestinal significativo que ha generado pérdida significativa de peso y en el momento se encuentra en desnutrición. Ha presentado marcada sensibilidad a los efectos extrapiramidales de los medicamentos. Durante la evaluación encuentro hipervigilancia somática y discurso centrado en los síntomas físicos." OTRAS ANOTACIONES POR PSIQUIATRIA Paciente conocida por el grupo de psiquiatría, con temor a seguir las recomendaciones desde gastroenterología y salud mental, mala adherencia. Reporta acatisia con paroxetina y fluoxetina. Continua ansioso, angustiada, insomnio en ocasiones, con múltiples quejas somáticas, hipervigilancia somática, ideas sobrevaloradas. Sin síntomas

confusionales, psicóticos o maníacos. Tto actual: amitriptilina 6.25 mg noche

en cama, delgada, con adecuada presentación personal, usa máscara, con sonda. acepta la entrevista y es colaboradora. usa todo el tiempo de la entrevista, que es muy extensa, en describir los síntomas somáticos y los diferentes efectos negativos con los medicamentos psiquiátricos utilizados hasta ahora, lo que determina entonces tanto su negativa propia como la de su familia a que use medicamentos de esta especialidad. si ha continuado acudiendo a lo que denomina una clínica funcional, donde "me aplican sueros y terapia neural" menciona que ha aceptado el inicio de amitriptilina 6.25 mg, pero que ya comienza a tener dolor de garganta, lo que interpreta como un indicador de que pronto no podrá tragar nada, tal como sucedió en otra oportunidad. hacia el final de la entrevista comienza a explorar la historia de marcada inconformidad con su sitio de trabajo, en donde está hace 4 años pero los últimos 13 meses en teletrabajo por sus síntomas "desde que yo pise el área, no quería estar ahí" esta será aún área a explorar en futuras entrevistas, pues podría dar un alivio a la paciente acerca de la relación entre eventos estresantes externos, reacciones emocionales y manifestaciones somáticas explico que el plan es hacer ajuste progresivo en la dosis de amitriptilina, y también tener atención por psicología. así mismo, que el manejo integral de patologías crónicas, funcionales o dolorosas incluye participación activa del paciente en técnicas de relajación, respiración y mindfulness, todo lo cual le conviene explorar

aumentar amitriptilina a 12.5 mg noche valorar por psicología

ver

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.11.2020

Hora Registro: 15:49:43

Responsable: VINAZCO, STEVEN

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

REPORTE DE PARACLINICOS GLICEMIA 2 HORAS POST 59.90

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.11.2020

Hora Registro: 12:53:56

Responsable: GUERRA LOZANO, ANA MARIA

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRIA Luz Mery Hoyos 29 años N/P Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana Escolaridad Universitaria (Contaduría) En incapacidad Acompañada de una prima HISTORIA CLINICA DR. CASTILLO. Solicitan IC por Gastro. PAciente evaluada por le servicio de Psiquiatria en la hospitalización previa y recientemente (22 Octubre 2020) por consulta externa (Dra Guerrero), que conceptuó: "Paciente en la cuarta década de la vida con cuadro crónico de alteraciones de la deglución, malestar gastrointestinal significativo que ha generado pérdida significativa de peso y en el momento se encuentra en desnutrición. Ha presentado marcada sensibilidad a los efectos extrapiramidales de los medicamentos. Durante la evaluación encuentro hipervigilancia somática y discurso centrado en los síntomas físicos." OTRAS ANOTACIONES POR PSIQUIATRIA Paciente conocida por el grupo de psiquiatria, con temor a seguir las recomendaciones desde gastroenterologia y salud mental, mala adherencia. Reporta acatisia con paroxetina y fluoxetina. Continua ansioso, angustiada, insomnio en ocasiones, con multiples quejas somaticas, hipervigilancia somatica, ideas sobrevaloradas. Sin sintomas confusionales, psicoticos o maneiformes. Dx trabajo: t ansiedad t por sintomas somaticos Tto actual: amitriptilina 12.5 mg noche (aumento el 2.11.20)

personal medico reporta evolucion sin cambios, no puso resistencia a tomar l amedicacion en la dosis aumentada anoche. la encuentro en compañía de un familiar pero la entrevisto a solas retoma espontaneamente el relato de los estresores que hacen parte del contexto en que aparecio este cuadro: frustracoin en el trabajo anterior por no ser elegida para un cambio d epuesto, notable furstracion desde el primer dia de trabajo en su puesto actual, con insistencia de la mama de que renunciara, ante las quejas constantes de la pacinete y slos sintomas dperesivos (que ella no reconoce como tales, aunque habla de aubrrimiento, llanto constante, tristeza) tuvo sintomas iniciales de nicturia que afectaron su patron de sueño y su rendimiento en el trabajo. posteriormente los sintomas consistentes en gases y sensacon de atrancarse durante el almuerzo que consumia en la oficina, lo que inicoi el patron de

restricción en el tipo de alimentos y el volumen hoy acepta la explicación acerca de la relación bidireccional entre síntomas emocionales y síntomas médicos, así como la recomendación de tener tratamiento integral por salud mental (psicología, medicación, técnicas de regulación emocional), sin manifestar resistencia tampoco manifiesta quejas relacionadas con haber aumentado ayer la dosis de amitriptilina sin delirios. introspección superficial. sin ideación auto o heteroagresiva. sin alucinaciones sin compromiso de sensorio Jr presente

en proceso de construcción de introspección de la paciente acerca de la relación entre síntomas físicos y emocionales, así como su aceptación de los intervenciones por salud mental por ahora mantengo igual dosis de amitriptilina, 12.5 mg noche

ver

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 03.11.2020

Hora Registro: 12:56:31

Responsable: MARROQUIN DONATO, JUAN MANUEL

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Alta Médica

Fecha Registro: 03.11.2020

Hora Registro: 12:57:23

Responsable: ZULUAGA ZULUAGA, NOHRA LILIANA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Tipo Alta

Mejoría

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

Recomendaciones

Diagnóstico Alta

K297 - GASTRITIS, NO ESPECIFICADA

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.11.2020

Hora Registro: 14:45:22

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR - BETANIA Paciente: LUZ MERY HOYOS MEJIA Sexo: F
 Fecha Nacimiento: 31.01.1991 N° Historia Clínica: 1263386 Identificación: CC 1144150035 Edad: 29 EPISODIO: 7584554 Aseguradora: SURAMERICANA S.A.
 PAC O/P: Cali/Cali Ocupación: contadora religión: cristiana Antecedentes Patológicos: RGE - Esofagitis. Medicamentos: Dexlansoprazol 30 mg bid, Paroxetina 5 mg qd (suspendida), Tiamina qd. Ensure (suspendido), Amitriptilina 12.5mg/ noche (no lo ha iniciado) Quirúrgicos: Rinoplastia. Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego). Tóxicos: No fuma/Licor niega. Transfusionales: No refiere. Ant. Familiares: HTA (Padre). Hospitalización: Ultima: 15.09.2020 al 24.09.2020 DIAGNÓSTICOS - DISFAGIA ESOFÁGICA SIN ETIOLOGÍA FILIADA --- TRÁNSITO ESOFÁGICO LENTO (CINEVIDEODEGLUCIÓN) --- ESÓFAGO HIPERSENSIBLE (PH METRÍA) -- MANOMETRÍA NORMAL - DESNUTRICIÓN --- ALIMENTACIÓN POR SNG: POBRE TOLERANCIA A JEVITY Historia Hospitalización Paciente con antecedente de disfagia, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cinevideodegluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Hace 10 días con distensión abdominal, deposiciones líquidas al inicio ahora con estreñimiento, náuseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes. Nuevamente con las náuseas, eructos, distensión abdominal, adicionalmente refiere hipoglicemias. Decide consultar. Subjetivo: Paciente refiere no tener disnea, ni dolor, con menos reflujo y eructos. Diuresis y deposiciones positiva.

Paciente en aceptable estado general, alerta, orientada, luce sarcopénica.

Portadora de SNG SIGNOS VITALES HORA T° FC FR TAS TAD TAM SAT
 23:00:00 0,00 57,00 19,00 0,00 114,00 65,00 81,33 94,00 05:00:00 0,00
 51,00 18,00 0,00 89,00 63,00 71,67 98,00 11:00:00 36,00 65,00 20,00 0,00
 90,00 61,00 70,67 100,00 GLUCOMETRÍAS Fecha Hora Gluco 02.11.2020
 05:49:00 90,00 Mucosa oral húmeda, cuello móvil, sin masas. Ruidos
 cardiacos, rítmicos, sin soplos. MV conservado, no agregados. Abdomen
 blando, no doloroso. Extremidades simétricas, sin edemas, pulsos periféricos
 presentes. Sin déficit neurológico. PARACLINICOS 28.10.2020 Hemograma:
 leucocitos 6680, neutrofilos 3930, linfocitos 2120, Hb 13.1, Hto 40.2, plaquetas
 243000. BUN 6.7, creatinina 0.57, ALT 17.4, ast 16.9, albumina 4.78, sodio
 138, potasio 4.12, cloro 101.9, magnesio 1.76, calcio 9.93, fosforo 3.73
 Diagnósticos: 1. Disfagia en estudio. 1.1 Esófago hipersensible - Esofagitis leve
 (EVDA extrainstitucional 16.09.2020) 1.2 Se descartó Esclerodermia y
 Síndrome de Sjögren 1.3 RMN Abdominal normal (Extraintitucional
 24.08.2020) 1.4 TAC Toracoabdominal normal (FVL 20.09.20) - Arteria
 subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su
 sintomatología) 1.4 PHmetria (Impedancia pH) Normal - Negativo para
 enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo
 (Extraintitucional 02.25.2020) 1.5 Manometria. - Chicago 3.0. Adecuada
 reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extraintitucional
 26.12.2019 e Intrainstitucional 23.09.2020) 1.6 Ileocolonoscopia normal
 (23.09.2020) 1.6.1 Hemorroides internas grado I 2. Gastritis crónica no atrófica
 con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extraintitucional 16.09.2020)
 Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 3. Trastorno de
 ansiedad

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DISFAGIA, REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN
 PROLONGADA DEL 15.09.2020 AL 24.09.2020, ESTUVO EN PISO DE LA FVL A
 CARGO DE MEDICINA INTERNA POR DISFAGIA ESOFÁGICA SIN ETIOLOGÍA
 FILIADA DESPUÉS DE MÚLTIPLES ESTUDIOS Y VALORACIONES
 ESPECIALIZADAS, HASTA AHORA LOS ÚNICOS DATOS POSITIVOS HAN SIDO
 UN TRÁNSITO ESOFÁGICO LENTO UNA DE LAS DOS CINEDEGLUCIONES Y
 CRITERIOS PARA ESÓFAGO HIPERSENSIBLE EN LA PH METRÍA. SE REALIZÓ
 MANOMETRÍA ESOFÁGICA LA CUAL FUE NORMAL. SE COMPLETÓ EL ESTUDIO
 CON COLONOSCOPIA LA CUAL NO MOSTRÓ LESIONES. EGRESÓ CON SONDA
 DE NUTRICIÓN Y PAROXETINA PRESCRITA POR PSIQUIATRÍA. HACE 10 DÍAS
 CON DISTENCIÓN ABDOMINAL, DEPOSICIONES LIQUIDAS AL INICIO AHORA
 CON ESTREÑIMIENTO, NAUSEAS, MAREO, DECIDE DISMINUIR CONSUMO DE
 ENSURE E INICIAR ALIMENTOS CON VERDURAS Y PROTEÍNAS. PRESENCIA
 DE ERUCTOS. CAMBIO POR ENSURE CLÍNICA POR PARTE DE NUTRICIÓN CON

IGUAL SINTOMATOLOGÍA. NUEVAMENTE CON PÉRDIDA DE PESO 3 KG EN 1 MES. ADULTA JOVEN CON CUADRO DE SINTOMAS ANSIOSOS Y UNA PREOCUPACIÓN MÓRBIDA POR SU SALUD Y POR LOS MÚLTIPLES SINTOMAS SOMÁTICOS QUE DESCRIBE, ASI COMO UNA ANSIEDAD ANTICIPATORIA EN RELACIÓN CON LOS POSIBLES TRATAMIENTOS. SI BIEN NO HAY PSICOSIS PRODUCTIVA Y EL RIESGO SUICIDA ES BAJO, LOS SINTOMAS HAN LLEVADO A UNA SITUACIÓN DE SALUD QUE PONE EN PELIGRO SU INTEGRIDAD, Y PODRÍA BENEFICIARSE DE UN MANEJO INTRAHOSPITALARIO, SIN EMBARGO ELLA HA SIDO POCO ADHERENTE A LAS RECOMENDACIONES Y EN ESTE MOMENTO TIENE CAPACIDAD PARA ACEPTAR O RECHAZAR TRATAMIENTO. SUGIERO UNA JUNTA MÉDICA SE COMENTA PACIENTE CON SENSACIÓN DE DISFAGIA, SIN EMBARGO SIN ALTERACIONES ENDOSCÓPICAS NI EN ESTUDIOS DE MOTILIDAD QUE EXPLIQUEN CONDICIÓN ACTUAL. SE HA DESCARTADO COMPONENTE METABÓLICO ASOCIADO O INFILTRATIVO. POR EL MOMENTO CONSIDERAMOS NO AMERITA OTRO ESTUDIO ENDOSCÓPICO ADICIONAL. DEBE CONTINUARSE MEDIDAS DE SOPORTE NUTRICIONAL Y MANEJO DE T ANSIEDAD DE BASE CON METAS DE MEJORAR ESTADO PROTEICOCALÓRICO. EN EL MOMENTO CLINICAMENTE ESTABLE, RECIBIENDO NUTRICIÓN ENTERAL POR SNG, TOLERANDO POBREMENTE LA VÍA ORAL CON DIETA LÍQUIDA, ANSIOSA RESPECTO A PATOLOGÍA GASTROINTESTINAL. SE RESUELVEN DUDAAS, SE ENFOCA SU TRATAMIENTO A IR AVANZANDO EN LA NUTRICION ORAL, SE LE DAN RECOMENDACIONES. PSIQUIATRIA DEFINE MANTENER MISMA DOSIS DE AMITRIPTILINA. DADA LA ESTABILIDAD CLINICA SE DECIDE DAR EGRESO CON NUTRICION POR SNG + DIETA ORAL Y CIRA CONTROL CON GASTROENTEROLOGIA.

- EGRESO CON NET X SNG - CITAS CONTROL CON GHASTRO Y PSIQUIATRIA
Prescripciones activas: AMITRIPTILINA 25MG TAB 6,25 MG C/24H VIA ORAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.11.2020

Hora Registro: 15:21:46

Responsable: PAZ MUÑOZ, JUAN ESTEBAN

Especialidad: PSICOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta Sicología

PSICOLOGÍA CLÍNICA Atiendo a paciente por interconsulta de médico tratante. Paciente de 29 años. Encuentro a paciente acompañada por su madre. Refiere que está hospitalizada porque ha presentado, desde hace aproximadamente año y medio, dificultades para la alimentación, particularmente porque siente que se llena de gases que se alojan en el esófago, y eso genera dificultades

para tragar, por lo que ha debido estar en dietas blandas que generan malestar, y que han impulsado al ingesta de alimentos sólidos que nuevamente generan dificultades. Señala que han hecho muchos exámenes, que aún no es claro el diagnóstico ni el tratamiento. Señalaron sus médicos, posteriormente, que era necesario enviar medicamento psiquiátrico para manejar sus síntomas, situación de la que discrepa porque considera que sus síntomas son "reales". Antecedentes: los anotados en la HC.

EXAMEN MENTAL Adecuado cuidado personal. Actitud colaboradora. Eulálica. Sin trastornos en la esfera psicomotora. Aparenta eutimia, de fondo ansioso. Sin presencia de delirios o ideas de suicidio/muerte, ni ideas de auto/heteroagresión. Pensamiento lógico, dirigido a un objetivo. Sin alteraciones en la percepción al momento de la entrevista. Alerta, orientado, euproséxico. Memoria e inteligencia conservadas. Introspección conservada. JR adecuado.

Se evidencian en la paciente preocupaciones que giran exclusivamente en la esfera de lo somático/biológico, y que la inquietud sobre temas afectivos en lo relacional, personal o familiar cobran importancia solo en tanto sus médicos consideran que puede ser relevante. Se evidencia además que no se siente aún preparada para regresar a su trabajo, lugar donde existen tensiones de larga data y que no han sido adecuadamente asumidas ni afrontadas, ya que ha apelado a estrategias evitativas y represivas, lo que ha podido incidir en su situación actual. Así mismo se evidencia una actitud negativa frente a la posibilidad de mantener tratamiento psiquiátrico o psicofarmacológico, por lo que se brinda psicoeducación respecto del uso de psicofármacos y de los trastornos afectivos y psiquiátricos. Se propone mantener espacio de seguimiento en búsqueda de posibles situaciones que puedan incidir en el desarrollo y/o mantenimiento de sus síntomas actuales, procurando trascender lo puramente orgánico. 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 proceso psicológico durante su estancia en hospitalización.

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7584554

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
28.10.2020	890701			

		CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UE Urgencias adulto	LEIDY CAROLINA VERDUGO RUIZ
28.10.2020	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
28.10.2020	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
28.10.2020	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
28.10.2020	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
28.10.2020	903813	CLORO	UT Bioquimica	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
28.10.2020	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
28.10.2020	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
28.10.2020	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
28.10.2020	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
28.10.2020	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
28.10.2020	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
28.10.2020	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
28.10.2020	871121		UT Rayos X convencional	

		RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)		MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
29.10.2020	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	MARIA ALEJANDRA RECIO GOMEZ
29.10.2020	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	MAURICIO GIRALDO VASQUEZ
29.10.2020	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Siquiatria	MARIA ALEJANDRA RECIO GOMEZ
29.10.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	MARIA CAMILA LOPEZ GIRON
30.10.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	VANESSA MOLINA DINAS
30.10.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	VANESSA MOLINA DINAS
30.10.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	VANESSA MOLINA DINAS
30.10.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	VANESSA MOLINA DINAS
30.10.2020	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	JUAN MANUEL MARROQUIN DONATO
31.10.2020	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA GIRALDO ECHAVARRIA
31.10.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	JONATHAN ALEJANDRO OBANDO SOLARTE
31.10.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	JONATHAN ALEJANDRO OBANDO SOLARTE
31.10.2020	890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	NATALIA GIRALDO ECHAVARRIA
31.10.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	JONATHAN ALEJANDRO OBANDO SOLARTE

02.11.2020	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	VANESSA MOLINA DINAS
02.11.2020	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	UT Bioquimica	NOHRA LILIANA ZULUAGA ZULUAGA
02.11.2020	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	UT Ter Ocupa Betania	MARGARITA MARIA RUIZ DUQUE
03.11.2020	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	JUAN MANUEL MARROQUIN DONATO
03.11.2020	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	UT Sicologia	ANA MARIA GUERRA LOZANO

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7584554

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
29.10.2020	01:00	OMEPRAZOL SODICO 40 MG VIAL	40.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	MARIA CAMILA LOPEZ GIRON
29.10.2020	12:00	OMEPRAZOL SODICO 40 MG VIAL	40.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	MARIA ALEJANDRA RECIO GOMEZ
29.10.2020	15:00	FORMULA POLIMERICA BOL 1500ML (JEVITY 2)	1500.00	ML	NASOGASTR	D1-D7	ISABELLA ORTEGA MAYA
30.10.2020	09:00	BICARBONATO SODIO 5 G SOB	5.00	G	NASOGASTR	DOUNICA	ILICH ANDREI ZUÑIGA GAITAN
30.10.2020	12:00	BICARBONATO SODIO 5 G SOB	5.00	G	VIA ORAL	DOUNICA	ILICH ANDREI ZUÑIGA GAITAN
31.10.2020	19:00	AMITRIPTILINA 25MG TAB	6.25	MG	VIA ORAL	C/24H	JOHN EDINSON BALANTA SILVA
02.11.2020	20:00	AMITRIPTILINA 25MG TAB	12.50	MG	VIA ORAL	C/24H	ANA MARIA GUERRA LOZANO
03.11.2020	12:59	AMITRIPTILINA 25MG TAB	12.50	MG	VIA ORAL	C/24H	NOHRA LILIANA

							ZULUAGA ZULUAGA
03.11.2020	13:00	FORMULA POLIMERICA BOL 1500ML (JEVITY 2)	1500.00	ML	NASOGASTR	D1-D3	JUAN MANUEL MARROQUIN DONATO

Epicrisis

Fecha Registro: 28.10.2020

Hora Registro: 14:22:24

Responsable: BENITEZ OCAMPO, WILLIAM ANDRES

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Epicrisis

Nombre :LUZ MERY HOYOS MEJIA

Historia Clínica :0001263386

Episodio:0007584554

Documento de identificación : .CC .1144150035

Edad :29Años

Sexo:F

Entidad:SURAMERICANA S.A. PAC

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

Fecha ingreso:28.10.2020

Hora ingreso:13:20:01

Medico Tratante :LASSO CHAVEZ, ERWIN FABIAN

Especialidad:PSIQUIATRIA

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso:

F419 .TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

E46X .DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, NO ESPECIFICADA

Diagnósticos de egreso:

K297 .GASTRITIS, NO ESPECIFICADA

Causa de admisión y enfermedad actual:

MEDICINA FAMILIAR - BETANIA

Paciente: LUZ MERY HOYOS MEJIA .

Sexo: F

Fecha Nacimiento: 31.01.1991 .

Nº Historia Clínica: 1263386 .

Identificación: CC 1144150035 .
 Edad: 29
 EPISODIO: 7584554
 Aseguradora: SURAMERICANA S.A. PAC
 O/P: Cali/Cali
 Ocupación: contadora
 religión: cristiana

Antecedentes

Patológicos: RGE - Esofagitis. Medicamentos: Dexlansoprazol 30 mg bid, Paroxetina 5 mg qd (suspendida), Tiamina qd. Ensure (suspendido), Amitriptilina 12.5mg/ noche (no lo ha iniciado) Quirúrgicos: Rinoplastia. Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego). Tóxicos: No fuma/Licor niega. Transfusionales: No refiere. Ant. Familiares: HTA (Padre). Hospitalización: Ultima: 15.09.2020 al 24.09.2020

DIAGNÓSTICOS

- DISFAGIA ESOFÁGICA SIN ETIOLOGÍA FILIADA --- TRÁNSITO ESOFÁGICO LENTO
 (CINEVIDEODEGLUCIÓN)
 --- ESÓFAGO HIPERSENSIBLE (PH METRÍA)
 -- MANOMETRÍA NORMAL
 - DESNUTRICIÓN
 --- ALIMENTACIÓN POR SNG: POBRE TOLERANCIA A JEVITY

Historia Hospitalización

Paciente con antecedente de disfagia, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cinevideodegluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Hace 10 días con distensión abdominal, deposiciones líquidas al inicio ahora con estreñimiento, náuseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología.

Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes. Nuevamente con las náuseas, eructos, distensión abdominal, adicionalmente refiere hipoglicemias. Decide consultar.

Subjetivo: Paciente refiere no tener disnea, ni dolor, con menos reflujo y eructos. Diuresis y deposiciones positiva.

Paciente en aceptable estado general, alerta, orientada, luce sarcopénica. Portadora de SNG

SIGNOS VITALES

HORA T° FC FR TAS TAD TAM SAT

04:00:27 .36,00 .56,00 .20,00 .0,00 .93,00 .65,00 .74,33 .98,00

GLUCOMETRÍAS

Fecha Hora Gluco

02.11.2020 .05:49:00 .90,00

31.10.2020 .19:07:51 .62,00

31.10.2020 .12:50:35 .126,00

31.10.2020 .09:04:44 .111,00

Mucosa oral húmeda, cuello móvil, sin masas. Ruidos cardiacos, rítmicos, sin soplos. MV conservado, no agregados. Abdomen blando, no doloroso. Extremidades simétricas, sin edemas, pulsos periféricos presentes. Sin déficit neurológico.

PARACLINICOS 28.10.2020 Hemograma: leucocitos 6680, neutrofilos 3930, linfocitos 2120, Hb 13.1, Hto 40.2, plaquetas 243000. BUN 6.7, creatinina 0.57, ALT 17.4, ast 16.9, albumina 4.78, sodio 138, potasio 4.12, cloro 101.9, magnesio 1.76, calcio 9.93, fosforo 3.73

Diagnósticos: 1. Disfagia en estudio. 1.1 Esófago hipersensible - Esofagitis leve (EVDA extrainstitucional 16.09.2020) 1.2 Se descartó Esclerodermia y Síndrome de Sjögren 1.3 RMN Abdominal normal (Extraintitucional 24.08.2020) 1.4 TAC Toracoabdominal normal (FVL 20.09.20) - Arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica (No explica su sintomatología) 1.4 PHmetria (Impedancia pH) Normal - Negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas

negativo (Extraintitucional 02.25.2020) 1.5 Manometria. - Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo (Extraintitucional 26.12.2019 e Intraintitucional 23.09.2020) 1.6 Ileocolonoscopia normal (23.09.2020) 1.6.1 Hemorroides internas grado I 2. Gastritis crónica no atrófica con actividad leve, H. pylori positivo (EVDA extraintitucional 16.09.2020) Estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. 3. Trastorno de ansiedad

Paciente con antecedente de disfagia, requirió hospitalización prolongada del 15.09.2020 al 24.09.2020, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ahora los únicos datos positivos han sido un tránsito esofágico lento una de las dos cinedegluciones y criterios para esófago hipersensible en la pH metria. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Hace 10 días con distensión abdominal, deposiciones liquidas al inicio ahora con estreñimiento, nauseas, mareo, decide disminuir consumo de Ensure e iniciar alimentos con verduras y proteínas. Presencia de eructos. Cambio por Ensure clínica por parte de nutrición con igual sintomatología. Nuevamente con pérdida de peso 3 Kg en 1 mes.

adulto joven con cuadro de sintomas ansiosos y una preocupaci6n mórbida por su salud y por los múltiples sintomas somáticos que describe, asi como una ansiedad anticipatoria en relación con los posibles tratamientos. Si bien no hay psicosis productiva y el riesgo suicida es bajo, los sintomas han llevado a una situaci6n de salud que pone en peligro su integridad, y podria beneficiarse de un manejo intrahospitalario, sin embargo ella ha sido poco adherente a las recomendaciones y en este momento tiene capacidad para aceptar o rechazar tratamiento. Sugiero una Junta Médica Se comenta

Paciente con sensaci6n de disfagia, sin embargo sin alteraciones endoscópicas ni en estudios de motilidad que expliquen condici6n actual. Se ha descartado componente metabólico asociado o infiltrativo. Por el momento consideramos no amerita otro estudio endoscópico adicional. Debe continuarse medidas de soporte nutricional y manejo de T ansiedad de base con metas de mejorar estado proteicocalórico. En el momento clinicamente estable, recibiendo nutrici6n enteral por

SNG, tolerando pobremente la vía oral con dieta líquida, ansiosa respecto a patología gastrointestinal. Se resuelven dudas del paciente en el día de hoy, se enfoca su tratamiento a nutrición avanzada, pendiente de exámenes con glicemia de 73.60. Se le dan recomendaciones y se le explica condiciones actual, refiere entender y aceptar.

3/11/2020

EL DÍA DE HOY SE DECIDE DAR EGRESO CONTROL CON NUTRICION,
GASTROENTEROLOGIA, SIQUIATRA
RECOMENDACIONES
MEDICACION
INCAPACIDAD

Atentamente,

DR. WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
MEDICINA GENERAL
ID: 1130667713
REG: 7623792011

Fecha de egreso: 03.11.2020
Hora de egreso: 16:03:25
Servicio de Egreso: . . . UE Sicosomatica

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:

Dosis	Unid.	Vía	Ciclo	Fecha Ini.	Fecha Fin.	Cant.	Unid.	Nombre medicamento
1500.000	ML	NASOGASTR	D1-D7	20201029	20201105	4.000	BAG	
		FORMULA POLIMERICA BOL 1500ML (JEVITY 2)						
1500.000	ML	NASOGASTR	D1-D3	20201103	20201106	3.000	BAG	
		FORMULA POLIMERICA BOL 1500ML (JEVITY 2)						

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:
 | Cantid. | Unid | Insumos/procedimientos |

Atentamente,

DR. WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
 MEDICINA GENERAL
 ID: 1130667713
 REG: 7623792011

EPISODIO: 7618497

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 10.11.2020

Hora Registro: 11:30:12

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 29 años N/P Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana
 Escolaridad Universitaria (Contaduría) En incapacidad, trabaja en comfandi
 Acompañada de su madre Hora de atención: 9:40 am motivo de consulta:
 "continuar controles"

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de
 hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas
 somaticos Tratamiento actual: amitriptilina 12.5 mg noche manejos
 farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia.
 Anotación de valoración por psiquiatría del 29/10/20 durante ultima
 hospitalización: "Paciente evaluada por le servicio de Psiquiatria en la
 hospitalización previa y recientemente (22 Octubre 2020) por consulta externa
 (Dra Guerrero), que conceptuó: "Paciente en la cuarta década de la vida con
 cuadro crónico de alteraciones de la deglución, malestar gastrointestinal
 significativo que ha generado pérdida significativa de peso y en el momento se
 encuentra en desnutrición. Ha presentado marcada sensibilidad a los efectos
 extrapiramidales de los medicamentos. Durante la evaluación encuentro

hipervigilancia somática y discurso centrado en los síntomas físicos." Describe que ha estado colocándose por SNY la alimentació enetral y le ha producido: dolor abdominal y distensión por lo que consulta nuevamente. La Dra Guerrero le indicó Amitriptilina que NO inició y no desea tomar, le teme a los efectos adversos de la medicación. Expresa su deseo de otro tipo de tratamiento que no incluya la medicación. Se molesta en el momento que se señala la dificultad que tiene en la adherencia a las indicaciones médicas. Describe de manera detallada y técnica los síntomas y las dificultades, y se hace evidente en su discurso las conductas de autochequeo e hipervigilancia sobre su cuerpo. Niega conductas purgativas." VALORACIÓN REALIZADA DURANTE CONSULTA DE HOY 10/11/2020: La paciente acude en compañía de su madre, refiere ser adherente al uso de amitriptilina, niega efectos secundarios a la medicación, refiere que al recordar el contexto en el cual se encontraba cuando iniciaron las dificultades para la deglución, identifica como factor estresor el tema laboral, "llevaba 5 años trabajando en Comfandi, mucho estrés, jornadas largas de trabajo, muchas responsabilidades, a veces llegaba a mi casa a llorar, además me tronche un tobillo y no pude seguir haciendo ejercicio entonces eso me afectaba porque era mi forma de relajarme, muy muy estresada, me sentía agotada, entonces empecé a no dormir, eso me hacía doler la cabeza y al otro día me sentía peor". Niega otras situaciones de estrés a nivel familiar o social. Actualmente refiere que cada vez es más consciente de la posibilidad que sus síntomas físicos actuales estén relacionados con sus emociones y desea un tratamiento multidisciplinario. Refiere que en el momento aunque duerme alrededor de 5 horas en la noche, su sueño no es reparador, durante el día realiza varias rutinas relacionadas con sus terapias pero también con otras actividades que le gratifican. Refiere incertidumbre sobre la evolución de su enfermedad, refiere preocupación por sus cambios corporales. EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, caquética, con SNY, colaboradora, establece contacto visual con entrevistadora, usa tapabocas. Alerta, euproséica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto modulado de tono ansioso, Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, con ideas de preocupación somática sobrevaloradas, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensorio-percepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección parcial. Prospección incierta.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Explico a la paciente la importancia de un tratamiento multidisciplinario en el que se incluya manejo por terapia ocupacional y psicología, la paciente refiere dificultad para asistir con regularidad a las terapias, le explico que hacen parte del manejo multidisciplinario que solicita y la función de terapia ocupacional en la recuperación de funcionalidad y manejo de tiempo (doy orden inicialmente para 12 sesiones) y de psicología fundamental para manejo psicoterapeutico a largo plazo. Ajusto dosis de amitriptilina a 25mg/noche, explico que en varios casos se puede llegar a requerir dosis de 100 a 125mg/noche, con ella se inicia un manejo a dosis bajas, la paciente refiere entender y aceptar, se busca con el ajuste de la dosis que mejore la calidad del sueño y disminuyan síntomas ansiosos. Control en 20 días por psiquiatría Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica. El paciente es valorado con los elementos de protección personal y de acuerdo con los protocolos institucionales y las normas del ministerio de salud para la pandemia por covid19.

DIAGNÓSTICOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7618497

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
10.11.2020	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	DIANA YISSELL FRANCO MOLINA

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7618497

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
-------	------	-------------	-------	--------	-----	-------	-------------

10.11.2020	11:37	AMITRIPTILINA 25MG	25.00	MG	VIA	C/24H	CLAUDIA XIMENA
		TABLETA			ORAL		MUÑOZ ANDUQUIA

EPISODIO: 7626621**Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 12.11.2020

Hora Registro: 17:36:23

Responsable: SANZ GARCIA, CLAUDIA MERCEDES

Especialidad: SALUD OCUPACIONAL - FONOAUDIOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Tengo esófago hipersensible.

ENFERMEDAD ACTUAL

Nombre: Luz Mery Hoyos Mejia. Edad: 29 años. Ocupación: Analista Financiera. Paciente remitida para terapia de deglución por medicina interna con diagnóstico de esófago hipersensible, ampliamente estudiada en hospitalización (16 a 24 de septiembre de 2020) con historia de cuadro clínico de aproximadamente un año de disfagia inicial para sólidos con progresión a líquidos hasta intolerancia a la vía oral, con pérdida de peso de 20 kg en este tiempo, en seguimiento ambulatorio extrainstitucional con gastroenterología y neurología, hasta el momento con estudios endoscópicos y de motilidad esofágica en rangos de normalidad, sin identificar causa de cuadro actual. Tiene múltiples estudios: endoscopia de vías digestivas altas que reporta esofagitis leve, gas-tritis crónica no atrófica con actividad leve, h. pylori positivo. No reporta eosinofilos, estudio negativo para metaplasia, displasia o malignidad. Resonancia de abdomen normal (Ex-trainstitucional 24.08.2020), PHMetria Extrainstitucional 02.25.2020 e impedanciometria normal. Negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Índice de síntomas negativo, manometría normal (Extrainstitucional 26.12.2019 e Institucional 23.09.2020) Chicago 3.0. Adecuada reserva esofágica. Aclaramiento adecuado del bolo. Tiene dos videofluoroscopias de deglución extrainstitucionales : una normal y otra con retardo en el aclaramiento esofágico (No trae imágenes) esofagograma normal, colonoscopia normal. Se sospechó enfermedad sistémica de origen autoinmune por historia de síntomas secos, con perfil reumatológico negativo y reporte de biopsia de glándula salivar histológicamente normal, le descartaron esclerodermia y Síndrome de sjogren, ya valorada por reumatología y sin necesidad de otros estudios a este nivel.

Otros estudios con perfil infeccioso negativo. No tiene hipoalbuminemia, su función renal se ha mantenido conservada, sin trastorno electrolítico, función tiroidea y paratiroidea normal, estudios carenciales negativos. Electroforesis de proteínas que sugieren región gamma baja por lo que se complementó con inmuno-globulinas séricas en rango normal (IgG en límite inferior) que tampoco explica cuadro actual. Le tomaron tomografía de cuello y torax contrastado, que resultó normal, con único hallazgo arteria subclavia derecha aberrante como variante anatómica encontrada, por lo que le solicitaron concepto de cirugía general y consideraron que no se configura anillo vascular y no condiciona síntomas actuales, no candidata a manejo quirúrgico; se solicitó concepto a cirugía vascular confirmando que este hallazgo no explica la sintomatología actual, y debe continuar estudios y manejo por gastroenterología. En la hospitalización evidenciaron alta carga emocional en tratamiento por psiquiatría. Requirió alimentación por sonda nasogastrica para compensación nutricional con la cual fue enviada a la casa, pero refiere que la se la retiró porque le producía gases. Actualmente con alimentación por boca en consistencias líquidas (todo licuado) tiempo de ingesta de hasta 3 horas. A la evaluación clínica se encuentra paciente alerta, deambulando, comunicándose a través de lenguaje inteligible, cualidades vocálicas conservadas. Se observa mucosa oral hidratada, paladar alto, rango de movimiento lingual conservado; reflejos de náusea, deglución y tusígeno presentes. Realiza apoyo lingual anterior durante la deglución. Cito para evaluación con alimentos.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con diagnóstico de "esófago hipersensible", con múltiples estudios que descartan otro tipo de patologías. Cito para evaluación clínica con alimentos.

DIAGNÓSTICOS

F509 - TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS, N O ESPECIFICADO

Registro de Consulta

Fecha Registro: 24.11.2020

Hora Registro: 10:08:37

Responsable: SANZ GARCIA, CLAUDIA MERCEDES

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Paciente con diagnóstico de "esófago hipersensible", con múltiples estudios que descartan otro tipo de patologías, disfagia. Realizo evaluación con alimentos (sólido blando, crocante, líquidos claros) encontrándose masticación de predominio anterior, presenta movimientos asociados de cuello durante la deglución, los cuales generan tensión; durante la evaluación no presenta signos clínicos de aspiración. La paciente tiene un componente emocional importante, manifiesta que se le "tapa la nariz y siente que se va a ahogar mientras come", con espejo de glatzer se observa permeabilidad nasal funcional. Paciente con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Se trabaja educación para técnica de alimentación, coordinación respiración-deglución, formación- acomodación y deglución de bolo con sólidos crocantes y blandos (banano). Se dan instrucciones para reforzamiento en casa. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Se trabaja coordinación respiración-deglución, disociación de movimientos de cuello durante la deglución. Continúa dieta líquida, aún logrando pasar sólidos, refiere que continúa con la nariz tapada y que no la deja comer, se observa adecuada permeabilidad. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Se trabaja formación- acomodación y deglución de bolo con sólido (manzana verde), presentando adecuada respuesta, sin signos de disfagia, tiempo de ingesta normal. Se dan indicaciones para reforzamiento en casa. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Se trabaja movimientos secuenciales para deglución. Continúa con dieta líquida, se insiste en necesidad de estimular procesos de masticación. Se dan indicaciones para reforzamiento en casa. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Se trabaja movimientos secuenciales para deglución, formación. acomodación y deglución de bolo con sólido tipo

carne . Respuesta favorable. Se dan indicaciones para reforzamiento en casa. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Se trabaja movimientos secuenciales para deglución, formación- acomodación y deglución de bolo con sólido tipo carne, durante la terapia lo realiza de manera adecuada, sin embargo en la casa al parecer no, dice que no logra hacerlo si hay gente pero tampoco sola, manifiesta que no está durmiendo bien. Tiene pendiente terapia por psicología y no la ha empezado, es evasiva en el inicio de estas, manifiesta que se las dieron en otra parte que le queda muy retirado. Considero que este manejo desde psiquiatría y psicología es prioritario, explico a la paciente y solicito consulta. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Se trabaja movimientos secuenciales para deglución, formación- acomodación y deglución de bolo (tolera una hamburguesa) . Asiste en compañía de la mamá quien informa que en casa ha incrementado cantidades de ingesta en consistencias sólidos. Se dan indicaciones para reforzamiento en casa. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. En el día de hoy informa que en la casa está comiendo muy poco, que va a comer y siente que se va a "ahogar", durante la terapia trae alimentos sólidos (carne - arroz- ensalada) lo tolera sin dificultad, insisto en necesidad de manejo por psicología y control por psiquiatría. Se dan indicaciones para reforzamiento en casa. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Se trabaja control conductual de hábito de aclaramiento, procesos de masticación y deglución. Respuesta favorable. Se dan indicaciones para reforzamiento en casa. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Se trabaja control movimientos secuenciales de deglución, procesos de masticación y deglución, manifiesta que se siente ansiosa, se dan indicaciones para autoregulación. Insisto en terapia psicológica, expresa que solo se la agendan después del 12 de enero. Se dan indicaciones para reforzamiento en casa. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Manifiesta que ha tenido días en que no le pasaban los alimentos sólidos y los licuaba, en los 2 últimos nuevamente esta ingiriendo sólidos. Hay respuestas inconsistentes muy inconsistentes en la conducta alimentaria. Se trabaja propulsión lingual y movimientos secuenciales para deglución. Me indica que en el día de mañana tiene valoración por psicología. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Se trabaja propulsión lingual y movimientos secuenciales para deglución, formación- acomodación y deglución de sólidos. Se dan instrucciones para reforzamiento en casa. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Continúa igual trabajo para favorecer movimiento secuenciales de deglución, durante la terapia logra hacerlo, tiene hábito de aclaramiento porque manifiesta que siente secreciones en faringea, nuevamente explico implicaciones de hábito, medidas antireflujo. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Continúa igual trabajo reforzamiento de procesos de masticación y deglución. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Se trabaja coordinación respiración - deglución, propulsión lingual, respuestas inconsistentes en cantidades de ingesta en casa, refiere que en el día anterior licuo los alimentos pero que hoy ya ha comido sólidos . Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Se trabaja formación- acomodación y deglución de bolo, durante la terapia logra hacerlo, pero manifiesta que en la casa algunas veces no puede hacerlo porque no ha dormido bien o siente "mucosidad en faringe", aun no ha empezado tratamiento con psicología, manifiesta que tiene cita el jueves. Continúa tratamiento.

Paciente asiste a tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de

Disfagia de características psicógena. Se trabaja ejercitación de órganos fonarticuladores, praxias orales, propulsión lingual; movimientos secuenciales para deglución, respuesta favorable, no presenta alteración en mecanismo de deglución. Continúa tratamiento.

Paciente en tratamiento por terapia de deglución, con diagnóstico de Disfagia de características psicógena. Asistió a 20 sesiones de terapia de deglución, se trabajó movimientos secuenciales de deglución, formación- acomodación y deglución de bolo en cavidad oral, propulsión lingual, con respuesta favorable durante la terapia, logra ingerir de todo tipo de consistencias, a la fecha no encuentro alteración en mecanismo de deglución. En casa refiere que hay momentos en que no "le pasan los alimentos", se pidió de manera reiterativa control escrito de ingesta en casa pero no fue posible que lo trajera, ella refería que se le olvidaba, apenas hace 2 semanas inició manejo extrainstitucional por psicóloga de EPS y psicólogo particular. Considero que en este momento el énfasis del tratamiento debe estar en manejo por psicología, cito para control en 20 días.

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7626621

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
12.11.2020	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	KELLY JOHANNA CHARRY TOVAR
24.11.2020	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	OLGA LUCIA MORALES VEGA
26.11.2020	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	OLGA LUCIA MORALES VEGA
01.12.2020	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	ANGELA MARIA NEIRA OTERO
03.12.2020	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	ANGELA MARIA NEIRA OTERO
07.12.2020	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	WINDY YAHEIDYS ESCOBAR LISCANO
10.12.2020	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	EVELIN DOMINGUEZ VERA
15.12.2020	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	

				EVELIN DOMINGUEZ VERA
17.12.2020	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	EVELIN DOMINGUEZ VERA
22.12.2020	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	EVELIN DOMINGUEZ VERA
28.12.2020	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	EVELIN DOMINGUEZ VERA
29.12.2020	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	EVELIN DOMINGUEZ VERA
04.01.2021	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	EVELIN DOMINGUEZ VERA
05.01.2021	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	EVELIN DOMINGUEZ VERA
07.01.2021	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	EVELIN DOMINGUEZ VERA
12.01.2021	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	EVELIN DOMINGUEZ VERA
14.01.2021	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	EVELIN DOMINGUEZ VERA
19.01.2021	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	EVELIN DOMINGUEZ VERA
25.01.2021	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	ANGELA MARIA NEIRA OTERO
01.02.2021	937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMB ULATORIO	UT Fonoaudiologia	EVELIN DOMINGUEZ VERA

EPISODIO: 7649738

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 20.11.2020

Hora Registro: 11:22:21

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

N/O/P: Cali Ocupación: contadora, analista financiera ANT: Patológicos: Farmacológicos: dextansoprazol 30 mg bid, paroxetina 5 mg qd, tiamina qd, magaldrato irregularmente Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Fliares: HTA (padre) EA: consultó en octubre de 2020 en relación con control posterior a hospitalización, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ese momento los únicos datos positivos habían sido un tránsito esofágico lento en una de las dos cinedegluciones realizadas y criterios para esófago hipersensible en la pHmetría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Consideré que la paroxetina era una muy buena opción en el tratamiento de esta entidad, sin embargo existe amplia evidencia para la amitriptilina. Pedí concepto de Psiquiatría para su uso. Asiste a control en nov/2020, refiere que estuvo recientemente hospitalizada por intolerancia a la nutrición enteral, hubo cambio de preparado observando mejoría. Fue valorada por Psiquiatría acogiendo la recomendación de iniciar amitriptilina en dosis titulables, actualmente con 25 mg qd (noche). RxS: sin datos relevantes Paraclínicos octubre de 2020: Hb 13.7 LEUCOS 6.680 BUN 6.70 mg/dL CREATININA 0.57 mg/dL ALT 17.40 U/L AST 16.90 U/L ALBUMINA 4.78 g/dL SODIO 138.10 mmol/L POTASIO 4.12 mmol/L CLORO 101.90 mmol/L MAGNESIO 1.76 mg/dL CALCIO 9.93 mg/dL FOSFORO 3.73 mg/dL EF: 100/60 76x' 14x' 44 Kg Reugar estado general, hipodinámica, hipotrófica, alerta, sin desorientación, sonda nasointestinal en fosa nasal derecha, mucosa oral húmeda, no bocio, tórax sin ruidos agregados, abdomen plano, peristaltismo presente, blando, no doloroso, no masas, no megalias, pulsos ++, no edemas, no focalización.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en pH-metría, en conjunto con Psiquiatría se acordó iniciar amitriptilina en dosis titulables, actualmente recibe 25 mg noche con adecuada tolerancia. En relación con la nutrición enteral, debe continuarla y adicionar ingesta de alimentos vía oral a tolerancia para definir el retiro o cambio de sonda. Prorrogo incapacidad por 30 días a partir del 19 de noviembre de 2020. En caso de requerir contacto conmigo debe escribir al correo maria.ortiz.fl@fvl.org.co.

DIAGNÓSTICOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

K30X - DISPEPSIA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7649738

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
20.11.2020	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	UT Gastroenterologia	MARIA CAMILA ORTIZ FLOREZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7649738

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
24.11.2020	16:26	ESOMEPRAZOL SOBRE GN X 10 MG	10.00	MG	VIA ORAL	C/12H	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN

EPISODIO: 7714785**Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 10.12.2020

Hora Registro: 13:52:00

Responsable: CHARRIS CASTRO, YASELIS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

controi

ENFERMEDAD ACTUAL

N/O/P: Cali Ocupación: contadora, analista financiera asiste en compañía de madre ANT: Patológicos: Farmacológicos: dextansoprazol 30 mg bid, paroxetina 5 mg qd, tiamina qd, magaldrato irregularmente Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Fliares: HTA (padre) ANTROPOMETRIA: PESO USUAL: 63 kg PESO ACTUAL: 46.6 TALLA: 164.5 cm IMC:17.3 DIAGNOSTICO NUTRICIONAL desuntricion proteico calorica PESO SALUDABLE: 55 a 60 kg CONTROL ANTROPOMETRICO: 15/10/20: 46.6 KG 10/12/20: 46.7 kg (=) CLINICA: delgada, ANAMNESIS ALIMENTARIA/ FRECUENCIA DE CONSUMO nvo ALIMENTARIO: PRVIAMENTE: recibe soporte enteral por sonda de gastrostomia 3 ensure hn am, 2 hn a las 12 y 2 hn a las 16 EN 1 hora AHORA: INICIO LIQUDIOS COMPLETOS AVANZO SOLIDOS MUY BLANDOS EN MANEJO POR FONO RECIBE ALIMENTACION SMBL, AL DESAYUNO COLATDA CON HUEVO TIBIO, FRUTA MACERADA, ENSURE CLINICAL INFORMACION Y HABITOS: Alergias alimentarias: Intolerancias alimentarias: Suplencia: ensure Rechazos: niega Apetito: bueno GASTROINTESTINAL: en ocasiones distencion estreñimineto, RGE, gastritis ahora deposicones ACTIVIDAD FISICA: escasa REQUERIMIENTOS: 35 a 40 kcal/kg 1.5 a 1.8 gr prot BIOQUIMICA: ni tiene reciente

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE JOVEN DE 29 AÑOS CON 1 AÑO DE EVOLUCION DE DISFAGIA? AROGASTRIA Y DOLOR ABDOMINAL. LE HAN REALIZO DIFERENTES ESTUDIOS QUE HAN ESTADO NORMALES, PACIENTE CON TENDENCIA A LA BRADICARDIA. CON COMPROMISO ESOFÁGICO FISICAMENTE LUCE CAQEUCTICA CON SOBREXPOSICION OSEA EN TODO EL CUERPO, LANUGO, INDICE MASA CORPORAL EN RANGOS DE DELGADEZ, CON PERDIDA SEVERA DE PESO DEL 31% EN LOS ULTIMOS 3 MESES, CONSIDERANDO A LA PACINETE EN DESNUTRICION SEVERA ASOCIADA, PACIENTE CON DISFAGIA

ESOFÁGICA POR HIPERSENSIBILIDAD LO CUAL QUEDÓ DOCUMENTADO EN PH-METRÍA, EN MANEJO CON GASTRO, EN OCASIONES NAUSEAS GENERADAS POR LA GASTRITIS, REFIERE TENER DIFICULTAD PARA LA DEGLUCION Y FLATOS TRAS CONSUMO DE ALIMENTOS, EN ANTERIORES HOSPITALIZACIONES HA RECIBIDO SUPLEMETNACION NUTRICIONAL Y MODULACION PROTEICA. INICIO MANEJO AMBULATORIO EL 15/10/20: 46.6 KG ESTUVO NUEVAMENTE HOSPITALIZADA POR INTOLERANCIA, NUEVAMENTE CON Sonda Y USO DE JEVITY, AHORA SIN SOPORTE ENTERAL, PREVIAMENTE RECIBIO SOPORTE ENTERAL POR Sonda DE GASTROSTOMIA 5 ENSURE CLINICAL/DIA, AHORA: INICIO LIQUIDOS COMPLETOS AVANZO SOLIDOS MUY BLANDOS EN MANEJO POR FONO RECIBE ALIMENTACION SMBL PESO ACTUAL (10/12/20) DE 46.7 KG CONTINUA CON IGUAL PESO, DADO QUE AUN SE ENCUENTRA CON VIA ORAL DEFICITARIA, POCA TOLERANCIA A ENSURE CLINICAL SE MODIFICA SOPORTE ORAL COMPLEMENTARIO NUEVAMENTE A ENSURE ADVANCE 2 AL DIA PACIENTE CON DISFAGIA SEVERA PRESENTA DESNUTRICION SEVERA ASOCIADA A PERDIDA DE PESO Y DISFAGIA CON TRASTORNO DEGLUTORIO ESOFÁGICA POR HIPERSENSIBILIDAD LO CUAL QUEDÓ DOCUMENTADO EN PH-METRÍA AHORA CON VIA ORAL QUE NO ALCANZA A CUBRIR APORTES NUTRICIONALES AVACEES CON BAJA DENSIDAD NUTRICIONAL SIN RECUPERACION NUTRICIONAL REQUIERE CONTINUAR CON SOPORTE COMPLEMENTARIO PARA FRENAR PERDIDA DE PESO Y CONTRIBUIR A SU RECUPERACION NUTRICIONAL DOSIS PARA UN MES 90 BOTELLAS CODIGO MIPRES:20201210190024879718 BRINDO CONSEJERIA NUTRICIONAL A CERCA DEL CUIDADO DE LA Sonda E INGRESO PAULATINO DE ALIMENTOS DE ACUERDO A SUGERENCIA DE GASTRO ENTREGO HC Y ORDENES

DIAGNÓSTICOS

E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

R13X - DISFAGIA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7714785

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
10.12.2020	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	ALBA LUCY GRANDA MUÑOZ

EPISODIO: 7748540

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 21.12.2020

Hora Registro: 11:53:15

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

N/O/P: Cali Ocupación: contadora, analista financiera ANT: Patológicos: Farmacológicos: hidroxicina 10 cc qd noche, amitriptilina 25 mg qd (noche) Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Fliares: HTA (padre) EA: consultó en octubre de 2020 en relación con control posterior a hospitalización, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ese momento los únicos datos positivos habían sido un tránsito esofágico lento en una de las dos cinedegluciones realizadas y criterios para esófago hipersensible en la pHmetría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Consideré que la paroxetina era una muy buena opción en el tratamiento de esta entidad, sin embargo existe amplia evidencia para la amitriptilina. Pedí concepto de Psiquiatría para su uso. Asiste a control en nov/2020, refiere que estuvo recientemente hospitalizada por intolerancia a la nutrición enteral, hubo cambio de preparado observando mejoría. Fue valorada por Psiquiatría acogiendo la recomendación de iniciar amitriptilina en dosis titulables, desde entonces con 25 mg qd (noche). En relación con la nutrición enteral, debía continuarla y adicionar ingesta de alimentos vía oral a tolerancia para definir el retiro o cambio de sonda. Prorrogué incapacidad por 30 días a partir del 19 de noviembre de 2020. Se hace teleconsulta en diciembre de 2020, la paciente refiere que actualmente no requiere nutrición enteral ya que está progresando en la ingesta de sólidos. Nutrición recomendó suplemento protéico pero su entidad de salud no lo aprobó. Se queja de distensión abdominal posprandial. RxS: sin datos relevantes Paraclínicos octubre de 2020: Hb 13.7 LEUCOS 6.680 BUN 6.70 mg/dL CREATININA 0.57 mg/dL ALT 17.40 U/L AST 16.90 U/L ALBUMINA 4.78

g/dL SODIO 138.10 mmol/L POTASIO 4.12 mmol/L CLORO 101.90 mmol/L
MAGNESIO 1.76 mg/dL CALCIO 9.93 mg/dL FOSFORO 3.73 mg/dL EF: no se
hace ya que este control es a través de teleconsulta.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en pH-metría, en conjunto con Psiquiatría se acordó iniciar amitriptilina en dosis titulables, actualmente recibe 25 mg noche con adecuada tolerancia. Debe continuar la progresión en la ingesta de sólidos, sin embargo recomendando acogerse a la prescripción de suplemento protéico indicada por Nutrición. En relación con la distensión abdominal, prescribo simeticona tabletas masticables 125 mg antes de cada comida por 3 meses. Prorrogo incapacidad por 30 días a partir del 19 de diciembre de 2020.

DIAGNÓSTICOS

K30X - DISPEPSIA

R634 - PERDIDA ANORMAL DE PESO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7748540

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
21.12.2020	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	Tele Cons Gastroenterologia	MARIA CAMILA ORTIZ FLOREZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7748540

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
22.12.2020	13:02	SIMETICONA 125MG TABLETA MASTICABLE	125.00	MG	VIA ORAL	C/8H	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN

EPISODIO: 7777856

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 06.01.2021

Hora Registro: 10:29:25

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 29 años N/P Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana Escolaridad Universitaria (Contaduría) Hora de atención: 9:52 am motivo de consulta: control

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somáticos Tratamiento actual: amitriptilina 25 mg noche manejos farmacológicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. CONTROL: La paciente me refiere "con fonoaudiología me he sentido mejor, empecé a comer hace 1 mes, he tenido recaídas de volver a comida licuada pero mejoro, fono me da tranquilidad". Último peso 47.5kg hace 15 días Inicio manejo con psicología ayer Asiste y se gratifica con terapia física Refiere continua con ansiedad y síntomas somáticos, "sigo teniendo gases, reflujo, eructo todo el tiempo, no duermo bien, voy toda la noche al baño, sucede q cuando me molesto no puedo tragar, en las noches me da ahogo, ansiedad". Refiere dificultades en la relación con su madre, no se siente apoyada, ha preferido tomar distancia para que esto no le afecte. EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, caquética, con SNY, colaboradora, establece contacto visual con entrevistadora, usa tapabocas. Alerta, euproséica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto de fondo ansioso, Euláica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, con ideas de preocupación en relación a su condición nutricional, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensorio percepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección parcial. Prospección "estar mejor". Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas y careta durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Considero que la paciente requiere de un tratamiento multidisciplinario en el que se incluya manejo por terapia ocupacional y psicología, remito a hospital día para su manejo, doy orden inicial para 30 días pero explico la posibilidad que pueda requerir de un tiempo mas prolongado en el programa en el cual se trabaje no solo funcionalidad, manejo de sintomas somaticos sino tambien dinamica familiar, educación a la familia. Doy también orden para continuidad de terapia física y fonoaudiologia, 20 sesiones cada uno. Ajusto dosis de amitriptilina a 50 mg/noche, explico que en varios casos se puede llegar a requerir dosis de 100 a 125mg/noche. Control en 1 mes por psiquiatria, le explico a la paciente que yo no soy psiquiatra especializada en alimentación, recomiendo la paciente pueda tener una continuidad con un especialista en esa area, en FVL se encuentran la Dra Guerrero y la Dra Berchs. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7777856

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
06.01.2021	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	DIANA LORENA PALAU GONZALEZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7777856

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
06.01.2021	10:36	AMITRIPTILINA 25MG TABLETA	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	CLAUDIA XIMENA MUÑOZ ANDUQUIA

EPISODIO: 7941133**Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 26.02.2021

Hora Registro: 11:50:44

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

N/O/P: Cali Ocupación: contadora, analista financiera ANT: Patológicos: Farmacológicos: hidroxicina 10 cc qd noche, amitriptilina 25 mg qd (noche) Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Fliares: HTA (padre) EA: consultó en octubre de 2020 en relación con control posterior a hospitalización, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ese momento los únicos datos positivos habían sido un tránsito esofágico lento en una de las dos cinedegluciones realizadas y criterios para esófago hipersensible en la pHmetría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Consideré que la paroxetina era una muy buena opción en el tratamiento de esta entidad, sin embargo existe amplia evidencia para la amitriptilina. Pedí concepto de Psiquiatría para su uso. Asiste a control en nov/2020, refiere que estuvo recientemente hospitalizada por intolerancia a la nutrición enteral, hubo cambio de preparado observando mejoría. Fue valorada por Psiquiatría acogiendo la recomendación de iniciar amitriptilina en dosis titulables, desde entonces con 25 mg qd (noche). En relación con la nutrición enteral, debía continuarla y adicionar ingesta de alimentos vía oral a tolerancia para definir el retiro o cambio de sonda.

Prorrogué incapacidad por 30 días a partir del 19 de noviembre de 2020. Se hace teleconsulta en diciembre de 2020, la paciente refiere que actualmente no requiere nutrición enteral ya que está progresando en la ingesta de sólidos. Nutrición recomendó suplemento protéico pero su entidad de salud no lo aprobó. Se queja de distensión abdominal posprandial. Prescribí simeticona tabletas masticables 125 mg antes de cada comida por 3 meses. En teleconsulta de febrero de 2021, la paciente se queja de pirosis y regurgitación ácida, además de meteorismo. RxS: sin datos relevantes Paraclínicos octubre de 2020: Hb 13.7 LEUCOS 6.680 BUN 6.70 mg/dL CREATININA 0.57 mg/dL ALT 17.40 U/L AST 16.90 U/L ALBUMINA 4.78 g/dL SODIO 138.10 mmol/L POTASIO 4.12 mmol/L CLORO 101.90 mmol/L MAGNESIO 1.76 mg/dL CALCIO 9.93 mg/dL FOSFORO 3.73 mg/dL EF: no se hace ya que este control es a través de teleconsulta.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en pH-metría, en conjunto con Psiquiatría se acordó iniciar amitriptilina en dosis titulables, actualmente recibe 25 mg noche con adecuada tolerancia. Se queja de pirosis y regurgitación ácida para lo cual inicio alginato de sodio, por meteorismo inicio levosulpiride/simeticona/pancreatina preprandial.

DIAGNÓSTICOS

K219 - ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO S IN ESOFAGITIS

K30X - DISPEPSIA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7941133

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
26.02.2021	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	Tele Cons Gastroenterologia	MARIA CAMILA ORTIZ FLOREZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7941133

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
26.02.2021	14:36	ALGINATO SODIO 5G/100ML, CARBONATO CALCIO 3,25G/100ML, BICAR	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN
26.02.2021	14:36	LEVOSULPIRIDA 25mg; PANCREATINA 150mg; SIMETICONA 80mg TABLE	90.00	MG	VIA ORAL	C/8H	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN

EPISODIO: 7945345**Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 01.03.2021

Hora Registro: 09:00:26

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 30 años N/P Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana
 Escolaridad Universitaria (Contaduría) Hora de atención: 8:10 am asiste sola
 motivo de consulta: control

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somaticos Tratamiento actual: amitriptilina 25 mg noche manejos farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. CONTROL: La paciente me refiere "en febrero con síntomas gastrointestinales, sensación de atrancamiento, reflujo, habia disminuido pero otra vez, me toco licuar otra vez la comida, yo creo que me estrese porque el fisioterapeuta me dijo que me iba a trabajar el esguince de tobillo que tengo pero al final no lo hizo, eso me limita mucho, me hizo recordar el tema del tobillo, me estrese mucho con el esguince del tobillo, acordarme, frustrada y despues de eso me dio esos síntomas otra vez, siento que he perdido peso, no me he querido de pesar porque me desanimo estaba esperando a terminar las terapias fisicas para empezar hospital dia, ya me lo autorizaron". Durante la consulta la

paciente solicita la prorroga de su incapacidad, le explico la importancia de eventualmente integrarse al ambito laboral, frente a lo cual la paciente reacciona con llanto, habla en tono de voz alto, refiere no desea escucharme "yo no voy a volver a ese trabajo, fue muy estresante y me enferme, usted no entiende lo que yo siento", frente a esata situación la consulta se tuvo que extender hasta que la paciente logro calmarse. EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, caquética, colaboradora, establece contacto visual ocasional con entrevistadora, usa tapabocas. Alerta, euproséxica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto triste de fondo ansioso, Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, con ideas de preocupación en relación a su condición nutricional y su estado fisico, perseverante en relación al tema de estres laboral, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensopercepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección nula. Prospección incierta. En parte de la entrevista se torno irritable, ansiosa, con llanto, tono de voz alto, referencial, luego se calma y pide disculpas. Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas y careta durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

En consulta previa le recomende: ajustar amitriptilina a 50mg/noche e iniciar hospital día, no realizo ninguna de estas acciones. Nuevamente en esta consulta le explico la importancia de un manejo multidisciplinario en hospital día en el que se incluya manejo por terapia ocupacional y psicología, tiene orden inicial para 30 días pero explico la posibilidad que pueda requerir de un tiempo mas prolongado en el programa en el cual se trabaje no solo funcionalidad, manejo de sintomas somaticos sino tambien dinamica familiar, educación a la familia. Solicito adelantar cita con fisiatria para manejo de limitación en tobillo. Explico nuevamente que debe aumentar dosis de amitriptilina tabletas 25mg asi: 1 tableta y media por 8 días, luego continuar con 2 tabletas cada noche. Adiciono alprazolam gotas al manejo para control

de ansiedad diurna: empezar con 2 gotas en la mañana y a las 6 pm, si percibe que continua ansiosa puede aumentar de a 1 gota, hasta dosis maxima de 10 gotas mañana, tarde y noche. Control por psiquiatría en 1 mes Doy prorrogas de incapacidad medica desde el 17 de febrero 2021 por 30 días, explico que la prorrogas no es solo por lo sintomatica que se encuentra actualmente, sino también porque requiere iniciar manejo en hospital día. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7945345

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
01.03.2021	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	ANDRES FELIPE DIAZ GUZMAN

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7945345

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
01.03.2021	09:07	AMITRIPTILINA 25MG TABLETA	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	CLAUDIA XIMENA MUÑOZ ANDUQUIA

EPISODIO: 8052406

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 31.03.2021

Hora Registro: 12:01:29

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 30 años N/P Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana
Escolaridad Universitaria (Contaduría) Hora de atención: 11:12 am asiste sola
motivo de consulta: control

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somaticos Tratamiento actual: amitriptilina 50 mg noche manejos farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. CONTROL: La paciente me refiere "Sigo igual el tema del estomago, a pesar que me ome los medicamentos que me mando el gastroenterologo, no se como darle manejo a esto a pesar que mi dieta es supremamente sana, siento el reflujo, los gases, la eructadera, me da llenura, diarrea, es tanto el reflujo que trasboco como una cosa gris, no comida, se me ha exacerbado el tema gastrico, se que a veces me pongo muy ansiosa que tengo un cita, pero asi no tenga situaciones de estres lo siento, siento que he aprendido a muchas cosas a darle manejo y no ir a urgencias, el tema del ahogo también, mantengo muy muy ahogada, tomo medicamentos para las alergias, me hago vaporizaciones para no sentir el ahogo pero me da, tambien he notado que con situaciones de estres me da mas ahogo, cosas como que me dan miedo, angustia, sensación de vacio". Toma amitriptilina 50mg noche, lo tolero, su sueño es mas profundo pero continua levantandose varias vedes en la noche a orinar. Sobre hospital día refiere "no me quisieron aceptar la orden porque dijeron que era de enero entonces necesito una nueva". psicología ya tiene reprogramada. La paciente refiere "mi tema es gastrico, no se porque dicen que es solo psiquiatrico" EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, caquética, colaboradora, establece contacto visual ocasional con entrevistadora, usa tapabocas. Alerta, euproséxica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto ansioso, Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con aumento de la producción ideoverbal, circunstancial, con ideas de preocupación en relación a su condición nutricional y su estado fisico, perseverante, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensopercepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección nula. Prospección incierta. Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas y careta durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

No ha iniciado hospital día, refiere que lo va a hacer, aunque verbaliza muchas preocupaciones frente al tener que ir diariamente al programa. Le explico ampliamente la importancia del manejo multidisciplinario en hospital día en el que se incluya manejo por terapia ocupacional, física y psicología, se trata de un caso complejo, con poca introspección frente al mismo, alto riesgo de descompensación frente a minimas situaciones de estrés, doy orden para 30 días, dado la resistencia de la paciente a los manejos y en pro de mejorar adherencia recomiendo que sea semipresencial. Solicito valoración por medicina laboral de su eps, paciente con incapacidad prolongada. Aumento dosis de amitriptilina tabletas 25mg asi: 3 tabletas cada noche por 15 días, luego continuara con 4 tabletas cada noche. Control por psiquiatría en 1 mes, recomiendo el control por psiquiatría idealmente debe ser por psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación. Doy prorroga de incapacidad medica desde el 19 de marzo 2021 por 30 días, explico que la prorroga no es solo por lo sintomatica que se encuentra actualmente, sino también porque requiere iniciar manejo en hospital día. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8052406

Fecha	Código Nombre	Responsable
-------	---------------	-------------

			U. Organizativa	
31.03.2021	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	ISABEL CRISTINA PEÑA HOYOS

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 8052406

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
31.03.2021	12:08	AMITRIPTILINA 25MG TABLETA	100.00	MG	VIA ORAL	C/24H	CLAUDIA XIMENA MUÑOZ ANDUQUIA

EPISODIO: 8112426**Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 19.04.2021

Hora Registro: 13:35:30

Responsable: CHARRIS CASTRO, YASELIS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

N/O/P: Cali Ocupación: contadora, analista financiera/ incapacitadas asiste en compañía de madre ANT: Patológicos: Farmacológicos: dextansoprazol 30 mg bid, paroxetina 5 mg qd, tiamina qd, magaldrato irregularmente Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Fliares: HTA (padre) ANTROPOMETRIA: PESO USUAL: 63 kg PESO ACTUAL: 52 KG TALLA: 164.5 cm IMC: 19.3 DIAGNOSTICO NUTRICIONAL desnutricion proteico calórica en recuperación PESO SALUDABLE: 55 a 60 kg CONTROL ANTROPOMETRICO: 15/10/20: 46.6 KG 10/12/20: 46.7 kg (=) 19/04/21: 52 KG CLINICA: delgada, ANAMNESIS ALIMENTARIA/ FRECUENCIA DE CONSUMO nvo ALIMENTARIO: PRVIAMENTE: recibe soporte enteral por sonda de gastrostomía 3 ensure hn am, 2 hn a las 12 y 2 hn a las 16 EN 1 hora DIC/20 INICIO LIQUIDOS COMPLETOS AVANZO SOLIDOS MUY BLANDOS EN MANEJO POR FONDO RECIBE ALIMENTACION SMBL, AL DESAYUNO COLATDA CON HUEVO TIBIO, FRUTA MACERADA, ENSURE CLINICAL 18/04/21 PACIENTE QUIEN ASISTE A CONTROL, PREVIAMENTE EN DIC SE HABIA REALIZADO

CAMBIO DE SOPORTE ORAL SIN EMBARGO EPS NO ENTREGO, PENDIENTE ENTREGA REFIERE QUE EN CASA REALIZAN COLADAS, EN OCASIONES CONSUMO DE ALIMENTOS SOLIDOS PERO PREFERENCIA POR LIQUIDOS, YA FINALIZO TERAPIAS DE FONO, RECHAZO POR POLLO, SOLO COME ARROZ INTEGRAL, VERDURAS, HUEVO, PAPA AMARILLA INTOLERANCIA A LACTEOS Y GLUTEN, SOJA, AUN HAY SUBADECUACION PROTEICA SE DAN INDICACIONES PARA PROBAR PROTEINAS VEGETALES INFORMACION Y HABITOS: Alergias alimentarias: Intolerancias alimentarias: Suplencia: ensure Rechazos: niega Apetito: bueno GASTROINTESTINAL: en ocasiones distension estreñimiento, RGE, gastritis ahora deposiciones ACTIVIDAD FISICA: escasa REQUERIMIENTOS: 35 a 40 kcal/kg 1.5 a 1.8 gr prot BIOQUIMICA: ni tiene reciente

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE JOVEN CON MAS DE 1 AÑO DE EVOLUCION DE DISFAGIA? AROGASTRIA Y DOLOR ABDOMINAL. LE HAN REALIZO DIFERENTES ESTUDIOS QUE HAN ESTADO NORMALES, PACIENTE CON TENDENCIA A LA BRADICARDIA. CON COMPROMISO ESOFAGICO FISICAMENTE LUCE CAQUEUTICA CON SOBEXPOSICION OSEA EN TODO EL CUERPO, LANUGO, INDICE MASA CORPORAL EN RANGOS DE DELGADEZ, CON PERDIDA SEVERA DE PESO DEL 31% EN LOS ULTIMOS 3 MESES, CONSIDERANDO A LA PACIENTE EN DESNUTRICION SEVERA ASOCIADA, PACIENTE CON DISFAGIA ESOFAGICA POR HIPERSENSIBILIDAD LO CUAL QUEDÓ DOCUMENTADO EN PH-METRÍA, EN MANEJO CON GASTRO, EN OCASIONES NAUSEAS GENERADAS POR LA GASTRITIS, REFIERE TENER DIFICULTAD PARA LA DEGLUCION Y FLATOS TRAS CONSUMO DE ALIMENTOS, EN ANTERIORES HOSPITALIZACIONES HA RECIBIDO SUPLEMENTACION NUTRICIONAL Y MODULACION PROTEICA. INICIO MANEJO AMBULATORIO EL 15/10/20: 46.6 KG ESTUVO NUEVAMENTE HOSPITALIZADA POR INTOLERANCIA, NUEVAMENTE CON Sonda Y USO DE JEVITY, AHORA SIN SOPORTE ENTERAL, PREVIAMENTE RECIBIO SOPORTE ENTERAL POR Sonda DE GASTROSTOMIA 5 ENSURE CLINICAL/DIA, AHORA: INICIO LIQUIDOS COMPLETOS AVANZO SOLIDOS MUY BLANDOS EN MANEJO POR FONO RECIBE ALIMENTACION SUBL PESO (10/12/20) DE 46.7 KG PESO ACTUAL

(19/04/21): 52 KG CON MEJORIA DE SU IMC, AUN CONTINUA CON ORAL DEFICITARIA, EN DICIEMBRE/20 SE DIO FORMULACION PARA ENSURE ADVANCE 2 TOMAS DIA SIN EMBARGO APENAS SE AUTORIZO FORMULACION. PACIENTE CON DISFAGIA SEVERA PRESENTA DESNUTRICION SEVERA ASOCIADA A PERDIDA DE PESO Y DISFAGIA CON TRASTORNO DEGLUTORIO ESOFÁGICA POR HIPERSENSIBILIDAD LO CUAL QUEDÓ DOCUMENTADO EN PH-METRÍA AHORA CON VIA ORAL QUE NO ALCANZA A CUBRIR APORTES NUTRICIONALES AVACEES CON BAJA DENSIDAD NUTRICIONAL SIN RECUPERACION NUTRICIONAL REQUIERE CONTINUAR CON SOPORTE COMPLEMENTARIO PARA FRENAR PERDIDA DE PESO Y CONTRIBUIR A SU RECUPERACION NUTRICIONAL YA CON NUTRICION X 3 MESES CODIGO MIPRES:20201210190024879718* BRINDO CONSEJERIA NUTRICIONAL AMPLIAMENTE, SE EXPLICA QUE DEBE CONTINUAR CON ALIMENTOS SOLIDOS, Y COMBINAR CON ALIMENTOS LIQUIDOS. ENTREGO HC Y ORDENES

DIAGNÓSTICOS

E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

R13X - DISFAGIA

Registro de Consulta

Fecha Registro: 18.05.2021

Hora Registro: 11:37:32

Responsable: CHARRIS CASTRO, YASELIS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION NOTA ACLARATORIA CAMBIO DE PRODUCTO EN MIPRES PACIENTE JOVEN CON MAS DE 1 AÑO DE EVOLUCION DE DISFAGIA? AROGASTRIA Y DOLOR ABDOMINAL. LE HAN REALIZO DIFERENTES ESTUDIOS QUE HAN ESTADO NORMALES, PACIENTE CON TENDENCIA A LA BRADICARDIA. CON COMPROMISO ESOFÁGICO FISICAMENTE LUCE CAQUEUTICA CON SOBEXPOSICION OSEA EN TODO EL CUERPO, LANUGO, INDICE MASA CORPORAL EN RANGOS DE DELGADEZ, CON PERDIDA SEVERA DE PESO DEL 31% EN LOS ULTIMOS 3 MESES, CONSIDERANDO A LA PACINETE EN DESNUTRICION SEVERA ASOCIADA, PACIENTE CON DISFAGIA ESOFÁGICA POR HIPERSENSIBILIDAD LO CUAL QUEDÓ DOCUMENTADO EN PH-METRÍA, EN MANEJO CON GASTRO, EN OCASIONES NAUSEAS GENERADAS POR LA GASTRITIS, REFIERE TENER DIFICULTAD PARA LA DEGLUCION Y FLATOS TRAS CONSUMO DE ALIMENTOS, EN ANTERIORES

HOSPITALIZACIONES HA RECIBIDO SUPLEMENTACION NUTRICIONAL Y MODULACION PROTEICA. INICIO MANEJO AMBULATORIO EL 15/10/20: 46.6 KG ESTUVO NUEVAMENTE HOSPITALIZADA POR INTOLERANCIA, NUEVAMENTE CON SONDA Y USO DE JEVITY, AHORA SIN SOPORTE ENTERAL, PREVIAMENTE RECIBIO SOPORTE ENTERAL POR SONDA DE GASTROSTOMIA 5 ENSURE CLINICAL/DIA, AHORA: INICIO LIQUIDOS COMPLETOS AVANZO SOLIDOS MUY BLANDOS EN MANEJO POR FONO RECIBE ALIMENTACION SUBL PESO (10/12/20) DE 46.7 KG PESO ACTUAL 52 KG CON MEJORIA DE SU IMC, AUN CONTINUA CON ORAL DEFICITARIA, EN DICIEMBRE/20 SE DIO FORMULACION PARA ENSURE ADVANCE 2 TOMAS DIA SIN EMBARGO APENAS SE AUTORIZO FORMULACION. PACIENTE CON DISFAGIA SEVERA PRESENTA DESNUTRICION SEVERA ASOCIADA A PERDIDA DE PESO Y DISFAGIA CON TRASTORNO DEGLUTORIO ESOFÁGICA POR HIPERSENSIBILIDAD LO CUAL QUEDÓ DOCUMENTADO EN PH-METRÍA AHORA CON VIA ORAL QUE NO ALCANZA A CUBRIR APORTES NUTRICIONALES AVACES CON BAJA DENSIDAD NUTRICIONAL SIN RECUPERACION NUTRICIONAL TOTAL, POR LO REQUIERE CONTINUAR CON SOPORTE COMPLEMENTARIO PARA FRENAR PERDIDA DE PESO Y CONTRIBUIR A SU RECUPERACION NUTRICIONAL SE REALIZA NUEVO MIPRES PARA ENSURE ADVANCE DADO QUE EL ANTERIOR NO LO TOLERA, DOSIS DIA 3 BOTELLAS DE 237 ML CADA UNA CODIGO MIPRES: 20210518173027821888 BRINDO CONSEJERIA NUTRICIONAL AMPLIAMENTE, SE EXPLICA QUE DEBE CONTINUAR CON ALIMENTOS SOLIDOS, Y COMBINAR CON ALIMENTOS LIQUIDOS. CONTROL EN 3 MESES

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8112426

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
19.04.2021	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	ANGELA MARIA NEIRA OTERO

EPISODIO: 8118573

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 20.04.2021

Hora Registro: 18:29:42

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

N/O/P: Cali Ocupación: contadora, analista financiera ANT: Patológicos: Farmacológicos: amitriptilina 25 mg qd (noche) y medicación complementaria Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Fliares: HTA (padre) EA: consultó en octubre de 2020 en relación con control posterior a hospitalización, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ese momento los únicos datos positivos habían sido un tránsito esofágico lento en una de las dos cinedegluciones realizadas y criterios para esófago hipersensible en la pHmetría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Consideré que la paroxetina era una muy buena opción en el tratamiento de esta entidad, sin embargo existe amplia evidencia para la amitriptilina. Pedí concepto de Psiquiatría para su uso. Asiste a control en nov/2020, refiere que estuvo recientemente hospitalizada por intolerancia a la nutrición enteral, hubo cambio de preparado observando mejoría. Fue valorada por Psiquiatría acogiendo la recomendación de iniciar amitriptilina en dosis titulables, desde entonces con 25 mg qd (noche). En relación con la nutrición enteral, debía continuarla y adicionar ingesta de alimentos vía oral a tolerancia para definir el retiro o cambio de sonda. Prorrogué incapacidad por 30 días a partir del 19 de noviembre de 2020. Se hace teleconsulta en diciembre de 2020, la paciente refiere que actualmente no requiere nutrición enteral ya que está progresando en la ingesta de sólidos. Nutrición recomendó suplemento protéico pero su entidad de salud no lo aprobó. Se queja de distensión abdominal posprandial. Prescribí simeticona tabletas masticables 125 mg antes de cada comida por 3 meses. En teleconsulta de febrero de 2021, la paciente se queja de pirosis y regurgitación ácida, además de meteorismo. Inicié alginato de sodio, por meteorismo inicio levosulpiride/simeticona/pancreatina preprandial. En control de abril de 2021, la paciente refiere persistencia de dolor epigástrico y distensión posprandial sin mejoría después de ciclos con IBP y procinético. RxS: sin datos relevantes Paraclínicos octubre de 2020: Hb 13.7 LEUCOS 6.680 BUN 6.70 mg/dL CREATININA 0.57 mg/dL ALT 17.40 U/L AST 16.90 U/L ALBUMINA 4.78 g/dL SODIO 138.10 mmol/L POTASIO 4.12 mmol/L CLORO 101.90 mmol/L MAGNESIO 1.76 mg/dL CALCIO 9.93 mg/dL FOSFORO 3.73 mg/dL EF: no se

hace ya que este control es a través de teleconsulta.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en pH-metría, en conjunto con Psiquiatría se acordó iniciar amitriptilina en dosis titulables, actualmente recibe 25 mg noche con adecuada tolerancia. Sin embargo persiste con dispepsia que no ha respondido al manejo con inhibidores de la secreción ácida ni a procinéticos, en este caso puede intentarse el uso de agonistas 5-HT₁ para relajar el fondo gástrico y favorecer la acomodación durante la digestión, pido concepto a Psiquiatría acerca de la pertinencia de la mirtazapina en este caso.

DIAGNÓSTICOS

K219 - ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO S IN ESOFAGITIS

K30X - DISPEPSIA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8118573

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
20.04.2021	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	Tele Cons Gastroenterologia	MARIA CAMILA ORTIZ FLOREZ

EPISODIO: 8120674

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 21.04.2021

Hora Registro: 11:32:55

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 30 años N/P Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana
Escolaridad Universitaria (Contaduría) Hora de atención: 10:38 am asiste sola
motivo de consulta: control

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somaticos Tratamiento actual: amitriptilina 75 mg noche manejos farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. Trazodona somnolencia. Sertralina presento cefalea, mareo. Clonazepam me puse mas tranquila, me ayudo. CONTROL: La paciente refiere "ya no estoy tolerando las carnes, despues de que como se me infla el estomago y me empieza a doler, me estoy tomando las 3 tabletas de amitriptilina pero siento que no me hace nada, ahora prefiero no comer el pollo ni la carne al almuerzo para poder comer en la noche, nuna se me ha quitado el hambre, estoy comiendo lo mismo, ciertas verduras, arroz integral y ya no me provoca, sigo sintiendo el reflujo, los eructos, la diarrea, mi mama cocino el otro día y disfrute los camarones pero es despues que empecé con el eructo, creo que tuve una recaída en febrero, lo unico que me paso fue q me rechazaron las terapias del tobillo, en diciembre, noviembre senti que estuve mejor. Continua la dificultad para concentrarse, percibe como principal sintoma la ansiedad, nota que ha perdido capacidad de defenderse de las situaciones de éstres, ha empezado a reconocer cuando comienza a somatizar. Inicio hace 15 días en hospital día, refiere que el estar con varias personas le ha generado mayor ansiedad, tiene temor a contagiarse de covid. EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, caquética, colaboradora, establece contacto visual ocasional con entrevistadora, usa tapabocas. Alerta, euproséxica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto un poco menos ansioso, Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, con ideas de preocupación en relación a su salud, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensorio-percepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección nula. Prospección incierta. Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas y careta durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Ya inicio hospital día pero hay incremento de ansiedad frente a la presencialidad, dado que necesita este apoyo interdisciplinario, recomiendo continúe en el programa de hospital día de manera virtual. Gastroenterología recomiendo inicio de mirtazapina, sin embargo en el momento no hay síntomas depresivos que ameriten su uso y la paciente refiere no tener pérdida de apetito.]Recomiendo continuar amitriptilina tabletas 25mg así: 3 tabletas cada noche e inicio clonazepam a dosis bajas ya que con este medicamento refiere durante una hospitalización tuvo mejoría, se inicia 1 gota en la mañana y 1 gota opcional en el día en caso de ansiedad. Control por psiquiatría en 1 mes, recomiendo el control por psiquiatría sea por psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación y somatización, le he explicado a la paciente que este espectro diagnóstico no hace parte de mi subespecialidad, considero se beneficia de un equipo experto en ello. Doy prórroga de incapacidad médica desde el 18 de abril 2021 por 30 días. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8120674

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
21.04.2021	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	ISABEL CRISTINA PEÑA HOYOS

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 8120674

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
21.04.2021	11:37	AMITRIPTILINA 25MG TABLETA	75.00	MG	VIA ORAL	C/24H	CLAUDIA XIMENA MUÑOZ ANDUQUIA

EPISODIO: 8283075**Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 17.06.2021

Hora Registro: 08:54:55

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 30 años N/P Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana

Escolaridad Universitaria (Contaduría) asiste sola motivo de consulta: control

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somaticos Tratamiento actual: amitriptilina 75 mg noche manejos farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. Trazodona somnolencia. Sertralina presento cefalea, mareo. Clonazepam me puse mas tranquila, me ayudo. CONTROL: La paciente refiere "estoy como igual, los síntomas gastricos no se me quitan, no se que hacer, me hace sentir desesperanzada, pero pasa el tiempo, hacer tantas cosas y no tener un resultado es desesperanzador, como muy sano y aun asi tengo reflujo, llenura, gases, en mayo tuve una recaida, baje como 2 kilos, por el tema del paro, estaba muy angustiada, tuve cerrar el facebook porque eran malas noticias por todo lado, me daba dolor, me ponía a llorar, me daba frustracion, se me dificultaba sentarme a comer, ahora no veo noticias de nada ni me gusta que me cuenten porque me pongo mal". También refiere situaciones de estrés familiar. "Me dieron salida de hospital día, al principio me dio duro porque me tocaba ir, entonces me pasaron a virtual,, fue difícil, yo no senti cambios, de hospital día me manaron un medicamento, me lo tome como 2 veces, se llama risperidona, 5 gotas antes de dormir, me la tome por 2 días y no la volvi a tomar, me tome 2, yo duermo bien, pero siento mucho sueño en el día, entonces ese medicamento me puso peor, casi que no me levanto de la cama.

Siento demasiado agotamiento, yo estaba haciendo oficio, pero lo deje de hacer porque me sentia muy agotada, me volvieron las palpitaciones". EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, caquética, colaboradora, establece contacto visual ocasional con entrevistadora, usa tapabocas, viste ropa amplia, saco. Alerta, euproséxica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto triste, fondo ansioso, Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, con ideas de preocupación en relación a su salud, ideas de minusvalía y desesperanza, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensorio-percepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección nula. Prospección incierta. Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas y careta durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente que ahora presenta síntomas depresivos moderados además del cuadro de ansiedad y somatomorfo, por lo anterior cambio manejo. - Suspender amitriptilina - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada noche (mipres para 90 días, cod. 20210617175028408444) - clonazepam 1 gota mañana y tarde. - psicoterapia con psicología semanal Control por psiquiatría en 1 mes, recomendando el control por psiquiatría sea por psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación y somatización, le he explicado a la paciente que este espectro diagnóstico no hace parte de mi subespecialidad, considero se beneficia de un equipo experto en ello. Doy prórroga de incapacidad médica desde el 5 de junio 2021 por 30 días. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias

para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8283075

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
17.06.2021	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	ANDRES FELIPE DIAZ GUZMAN

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 8283075

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
17.06.2021	08:58	MIRTAZAPINA 30MG TABLETA	30.00	MG	VIA ORAL	C/24H	CLAUDIA XIMENA MUÑOZ ANDUQUIA

EPISODIO: 8323549

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 28.06.2021

Hora Registro: 10:17:31

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

N/O/P: Cali Ocupación: contadora, analista financiera ANT: Patológicos: Farmacológicos: amitriptilina 25 mg qd (noche) y medicación complementaria Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Fliares: HTA (padre) EA: consultó en octubre de 2020 en relación con control posterior a hospitalización, estuvo en piso de la FVL a

cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ese momento los únicos datos positivos habían sido un tránsito esofágico lento en una de las dos cine-degluciones realizadas y criterios para esófago hipersensible en la pHmetría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Consideré que la paroxetina era una muy buena opción en el tratamiento de esta entidad, sin embargo existe amplia evidencia para la amitriptilina. Pedí concepto de Psiquiatría para su uso. Asiste a control en nov/2020, refiere que estuvo recientemente hospitalizada por intolerancia a la nutrición enteral, hubo cambio de preparado observando mejoría. Fue valorada por Psiquiatría acogiendo la recomendación de iniciar amitriptilina en dosis titulables, desde entonces con 25 mg qd (noche). En relación con la nutrición enteral, debía continuarla y adicionar ingesta de alimentos vía oral a tolerancia para definir el retiro o cambio de sonda. Prorrogué incapacidad por 30 días a partir del 19 de noviembre de 2020. Se hace teleconsulta en diciembre de 2020, refería no requerir nutrición enteral ya que estaba progresando en la ingesta de sólidos. Nutrición recomendó suplemento protéico pero su entidad de salud no lo aprobó. Se queja de distensión abdominal posprandial. Prescribí simeticona tabletas masticables 125 mg antes de cada comida por 3 meses. En teleconsulta de febrero de 2021, la paciente se quejaba de pirosis y regurgitación ácida, además de meteorismo. Inicié alginato de sodio, por meteorismo inicié levosulpiride/simeticona/pancreatina preprandial. En control de abril de 2021, la paciente refería persistencia de dolor epigástrico y distensión posprandial sin mejoría después de ciclos con IBP y procinético. Consideré el uso de agonistas 5-HT₁ para relajar el fondo gástrico y favorecer la acomodación durante la digestión, pedí concepto a Psiquiatría acerca de la pertinencia de la mirtazapina en este caso. Acude a control en junio/2021, persiste sintomática con eructos y distensión posprandial. Psiquiatría consideró que no era pertinente el uso de la mirtazapina. La paciente observó que la combinación de procinético e IBP le dio el mejor resultado sintomático hasta ahora. RxS: sin datos relevantes

Paraclínicos octubre de 2020: Hb 13.7 LEUCOS 6.680 BUN 6.70 mg/dL
 CREATININA 0.57 mg/dL ALT 17.40 U/L AST 16.90 U/L ALBUMINA 4.78 g/dL
 SODIO 138.10 mmol/L POTASIO 4.12 mmol/L CLORO 101.90 mmol/L
 MAGNESIO 1.76 mg/dL CALCIO 9.93 mg/dL FOSFORO 3.73 mg/dL EF: 120/80
 76x' 14x' 52 Kg Buen estado general, alerta, sin desorientación, mucosa oral húmeda, no bocio, tórax sin ruidos agregados, abdomen plano, peristaltismo presente, blando, no doloroso, no masas, no megalias, pulsos ++, no edemas, no focalización.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en pH-metría, en conjunto con Psiquiatría se acordó iniciar amitriptilina en dosis titulables, actualmente recibe 25 mg noche con adecuada tolerancia. Persiste con dispepsia y ha notado que con la combinación de pricinético más IBP ha habido la mejor respuesta. Prescribo levosulpirida/pancreatina/simeticona preprandial, dextlansoprazol 60 mg qd y alginato posprandial.

DIAGNÓSTICOS

K219 - ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO S IN ESOFAGITIS

K30X - DISPEPSIA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8323549

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
28.06.2021	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	UT Gastroenterologia	MARIA CAMILA ORTIZ FLOREZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 8323549

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
28.06.2021	10:25	LEVOSULPIRIDA 25mg; PANCREATINA 150mg; SIMETICONA 80mg TABLE	90.00	MG	VIA ORAL	C/8H	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN
28.06.2021	10:25	DEXLANSOPRAZOL 60mg CAPSULA DE LIBERACION RETARDADA	60.00	MG	VIA ORAL	C/24H	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN
28.06.2021	10:25	ALGINATO SODIO 5G/100ML,	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	ADOLFO LEON DE LA HOZ ALBAN

	CARBONATO CALCIO 3,25G/100ML, BICAR				
--	--	--	--	--	--

EPISODIO: 8410891**Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 23.07.2021

Hora Registro: 11:49:14

Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - MEDICINA INTERNA -

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

N/O/P: Cali Ocupación: contadora, analista financiera ANT: Patológicos: Farmacológicos: amitriptilina 25 mg qd (noche) y medicación complementaria Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Fliares: HTA (padre) EA: consultó en octubre de 2020 en relación con control posterior a hospitalización, estuvo en piso de la FVL a cargo de Medicina Interna por disfagia esofágica sin etiología filiada después de múltiples estudios y valoraciones especializadas, hasta ese momento los únicos datos positivos habían sido un tránsito esofágico lento en una de las dos cinedegluciones realizadas y criterios para esófago hipersensible en la pHmetría. Se realizó manometría esofágica la cual fue normal. Se completó el estudio con colonoscopia la cual no mostró lesiones. Egresó con sonda de nutrición y paroxetina prescrita por Psiquiatría. Consideré que la paroxetina era una muy buena opción en el tratamiento de esta entidad, sin embargo existe amplia evidencia para la amitriptilina. Pedí concepto de Psiquiatría para su uso. Asiste a control en nov/2020, refiere que estuvo recientemente hospitalizada por intolerancia a la nutrición enteral, hubo cambio de preparado observando mejoría. Fue valorada por Psiquiatría acogiendo la recomendación de iniciar amitriptilina en dosis titulables, desde entonces con 25 mg qd (noche). En relación con la nutrición enteral, debía continuarla y adicionar ingesta de alimentos vía oral a tolerancia para definir el retiro o cambio de sonda. Prorrogué incapacidad por 30 días a partir del 19 de noviembre de 2020. Se hace teleconsulta en diciembre de 2020, refería no requerir nutrición enteral ya que estaba progresando en la ingesta de sólidos. Nutrición recomendó

suplemento protéico pero su entidad de salud no lo aprobó. Se queja de distensión abdominal posprandial. Prescribí simeticona tabletas masticables 125 mg antes de cada comida por 3 meses. En teleconsulta de febrero de 2021, la paciente se quejaba de pirosis y regurgitación ácida, además de meteorismo. Inicié alginato de sodio, por meteorismo inicié levosulpiride/simeticona/pancreatina preprandial. En control de abril de 2021, la paciente refería persistencia de dolor epigástrico y distensión posprandial sin mejoría después de ciclos con IBP y procinético. Consideré el uso de agonistas 5-HT1 para relajar el fondo gástrico y favorecer la acomodación durante la digestión, pedí concepto a Psiquiatría acerca de la pertinencia de la mirtazapina en este caso. Acude a control en junio/2021, persiste sintomática con eructos y distensión posprandial. Psiquiatría consideró que no era pertinente el uso de la mirtazapina. La paciente observó que la combinación de procinético e IBP le dio el mejor resultado sintomático hasta ahora. Renové el manejo y cité a control para evaluar respuesta. Teleconsulta de control en julio/2021, persiste sintomática en presencia de dextansoprazol, alginato y levosulpiride. RxS: lesión piel de hemicara derecha Paraclínicos octubre de 2020: Hb 13.7 LEUCOS 6.680 BUN 6.70 mg/dL CREATININA 0.57 mg/dL ALT 17.40 U/L AST 16.90 U/L ALBUMINA 4.78 g/dL SODIO 138.10 mmol/L POTASIO 4.12 mmol/L CLORO 101.90 mmol/L MAGNESIO 1.76 mg/dL CALCIO 9.93 mg/dL FOSFORO 3.73 mg/dL EF: no se hace ya que este control es a través de teleconsulta.

Finalidad Consulta

Detección de alteraciones del adulto

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente con disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en pH-metría, en conjunto con Psiquiatría se acordó iniciar amitriptilina en dosis titulables, actualmente recibe 25 mg noche con adecuada tolerancia. Sin embargo no ha habido la mejoría esperada. Decidí prescribir de nuevo IBP, alginato y procinético sin respuesta favorable. La paciente manifiesta que la pHmetría anterior no fue realizada correctamente ya que en ese momento recibía medicamentos que suprimían la secreción ácida, por lo anterior ordeno pH metría más impedanciometría. En relación con la lesión en hemicarda, remito a Dermatología.

DIAGNÓSTICOS

K219 - ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO S IN ESOFAGITIS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8410891

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
23.07.2021	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	Tele Cons Gastroenterologia	YANELY IBARRA CARABALI

EPISODIO: 8439575**Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 31.07.2021

Hora Registro: 10:30:52

Responsable: COLINO ARIAS, HAROLD IGNACIO

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PSIQUIATRIA EDAD: 30 AÑOS. SE ENCUENTRA SOLA AL MOMENTO DE LA VALORACION. 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. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

PSIQUIATRICA: 1-EPISODIO DEPRESIVO MODERADO (F321) 1-TRASTORNO DE ANSIEDAD (F419) 2-TRASTORNO SOMATOMORFO (F458) TTO:

MIRTAZAPINA 30MG / NOCHE (FORMULADO EL 17 DE JUNIO, MIPRES PARA 90 DIAS, CODIGO: 20210617175028408444). CLONAZEPAM 1 GOTA MAÑANA Y TARDE. REFIRIO QUE LA SINTOMATOLOGIA GASTRIA, NASEAS, HIPOREXIA, EPIGASTRALGIA PERSISTEN, MANIFESTO QUE HA PERSISTIDO ANSIOSA, CON EPISODIOS DE INSOMNIOD E CONCILIACION Y DE SOSTENIMIENTO. RELATO QUE HACE 3 SEMANAS SE APLICO LA VVACUNA SINOVAC SINTIENDO QUE ESTO EMPEOR LA SINTOMATOLOGIA ANSIOSA. SIGUIO TOMANDO LA AMITRIPTILINA DEBIDO A QUE LA MIRTAZAPINA NO SE LA ENTREGARON (EN LA CONSULTA PREVIA SE HIZO EL MIPRES Y ADEMAS, LA PACIENTE TIENE TUELA INTEGRAL PARA SU TRATAMIENTO). RELATO QUE TAMPOCO LE HAN

SUMIISTRADO EL CLONAZEPAM. DESCRIBIO FRUSTRACION DEBIDO A ESTA SITUACION, A SENTIR QUE LA EPS YA NO ESTA RESPONDIENDE DE FORMA ADECUADA. EXPRESO QUE SU CASO ESTA SIENDO EVALUADO EN ESTE MOMENTO EN LA EPS, POR LA INCAPACIDAD, LA CUAL LLEVA MAS DE 1 AÑO. EXAMEN MENTAL PACIENTE EN LA CUARTA DECADA DE LA VCIDA, ALERTA, SE RELACIONO DE FORMA ADECUADA CON EL ENTREVISTADOR. ARREGLADA EN SU PRESENTACION PERSONAL. PSICOMOTOR: EUQUINETICA. AFECTO: FONDO ANSIOSO PENSAMIENTO: DISCURSO COHERENTE, RELEVANTE, CON MULTIPLES QUEJAS SOMATICAS Y TEMORES ANTICIPATORIOS. NO IDENTIFICO IDEAS DELIRANTES NI SUICIDAS. SENSORPERCEPCION: SIN ALUCINACIONES, SIN ALTERACION. SENSORIO: SIN ALUCINACIONES, SIN ALTERACION. JUICIO DE LA REALIDAD.: CONSERVADO.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE EN MANEJO POR PSIQUIATRIA DIAGNOSTICANDOSE PREVIAMENTE TRASTORNO DE ANSIEDAD, TRASTORNO DEPRESIVO Y SOMATOMORFO. TIENDE A ANTICIPOARSE DE FORMA CATASTROFIA Y A SOMATIZAR LA ANGUSTIA. SEGÚN MANIFESTO, HA SIDO ESTUDIADA EN MULTIPLES OPORTUNIDADES POR DIFERENTES ESPECIALISTAS, ENCONTRANDOSE UN TRASTORNO FUNCIONAL. EXPRESO EL DIA DE HOY QUE NO LE ENTREGARON LOS MEDICAMENTOS FORMULADOS EN LA CONSULTA PREVIA (MANIFESTANDO QUE TAMPOCO SE LOS HAN NEGADO). RECOMIENDO A LA PACIENTE SE ACERCQUE A SU ASEGURADORA Y SOLICITE LE SEAN ENTREGADOS TAL COMO FUERON PRESCRITOS. EXPLICO INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 05 DE JULIO/2021 POR 30 DIAS. CONTROL POR PSIQUIATRÍA EN 1 MES, RECOMIENDO EL CONTROL POR PSIQUIATRÍA SEA POR PSIQUIATRA ESPECIALIZADO EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN YSOMATIZACIÓN, LE HE EXPLICADO A LA PACIENTE QUE ESTE ESPECTRO DIAGNOSTICO NO HACE PARTE DE MI SUBESPECIALIDAD, CONSIDERO SE BENEFICIA DE UN EQUIPO EXPERTO EN ELLO. RECOMENDACIONES DE SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA, QUE DE PRESENTARSE, DEBERA ACUDIR POR URGENCIAS DE SU ASEGURADORA PARA EVALUACION Y TRATAMIENTO: APARICION DE IDEAS SUICIDAS, CAMBIOS DEL COMPORTAMIENTO, CONDUCTAS DE AGRESIVIDAD FISICA

HACIA LOS DEMAS O HACIA SI MISMO, ALUCINACIONES (ESCUCHAR VOCES, VER COSAS O PERSONAS QUE NADIE MAS PERCIBA), IDEAS DELIRANTES (QUE CREA QUE LO ESTEN PERSIGUIENDO), CONVULSIONES, EMPEORAMIENTO DE LA ORIENTACION. RIESGO DE SUICIDIO: BAJO. RIESGO DE HETERO-AGRESIÓN: BAJO.

DIAGNÓSTICOS

F331 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8439575

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
31.07.2021	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	LIBIA GISELA DIAZ

EPISODIO: 8485021

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 12.08.2021

Hora Registro: 10:09:49

Responsable: CHARRIS CASTRO, YASELIS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

N/O/P: Cali Ocupación: contadora, analista financiera/ incapacitadas asiste en compañía de madre ANT: Patológicos: Farmacológicos: dextlansoprazol 30 mg bid, paroxetina 5 mg qd, tiamina qd, magaldrato irregularmente Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Fliares: HTA (padre) ANTROPOMETRIA: PESO USUAL: 63 kg PESO ACTUAL:52.6 KG TALLA: 164.5 cm IMC:19.3 DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

desnutricion proteico calorica en recuperacion PESO SALUDABLE: 55 a 60 kg
 CONTROL ANTROPOMETRICO: 15/10/20: 46.6 KG 10/12/20: 46.7 kg (=)
 19/04/21: 52 KG 12/08/21: 52.6 KG (+600 GR) CLINICA: delgada, ANAMNESIS
 ALIMENTARIA/ FRECUENCIA DE CONSUMO JUGO VERDE EN AYUNAS
 DESAYUNO: 7 a 8 am huevo+arepa + ensure mm 10 am ensure advance
 almuerzo: arroz integral sopas de verduras agacate MT ensure cena: similar al
 almuerzo ALIMENTARIO: PRVIAMENTE: recibe soporte enteral por sonda de
 gastrostomia 3 ensure hn am, 2 hn a las 12 y 2 hn a las 16 EN 1 hora DIC/20
 INICIO LIQUIDOS COMPLETOS AVANZO SOLIDOS MUY BLANDOS EN MANEJO
 POR FONO RECIBE ALIMENTACION SMBL, AL DESAYUNO COLATDA CON
 HUEVO TIBIO, FRUTA MACERADA, ENSURE CLINICAL 18/04/21 PACIENTE
 QUIEN ASISTE A CONTROL, PREVIAMENTE EN DIC SE HABIA REALIZADO
 CAMBIO DE SOPORTE ORAL SIN EMBARGO EPS NO ENTREGO, PENDIENTE
 ENTREGA REFIERE QUE EN CASA REALIZAN COLADAS, EN OCASIONES
 CONSUMO DE ALIMENTOS SOLIDOS PERO PREFERENCIA POR LIQUIDOS, YA
 FINALIZO TERAPIAS DE FONO, RECHAZO POR POLLO, SOLO COME ARROZ
 INTEGRAL, VERDURAS, HUEVO, PAPA AMARILLA INTOLERANCIA A LACTEOS Y
 GLUTEN, SOJA, AUN HAY SUBADECUACION PROTEICA SE DAN INDICACIONES
 PARA PROBAR PROTEINAS VEGETALES 12/08/21: EN MAYO SE REALIZO NOTA
 ACLARATORIA, PARA ACTUALIZAR MIPRES, REFIFERE QUE HA
 INCREMENTADO CONSUMO ALIMENTARIO, EN AYUNAS JUGO VERDE,
 INTENTA INCLUIR FUENTES PROTEICAS EN DESAYUNO, AL ALMUERZO SOLO
 SOPA Y ARROZ, POLLO 1 VEZ X SEMANA, ENSURE ADVANCE 3 TOMAS AL DIA,
 CONTINUA CON SUBADECUACION PROTEICA, INTENTA LICUAR LAS FUENTES
 PROTEICAS PERO NO SE LAS CONSUME, CONTINUA CON RECHAZO HACIA
 LAS PROTEINAS DE ORIGEN ANIMAL, PROBO PROTEICOS VEGETALES, SE
 DAN INDICACIONES NUEVAMENTE DE INTENTAR CON FUENTES PROTEICAS
 DE ORIGEN VEGETAL, HUEVO 3 AL DIA ACTUALMENTE ENSURE CUBRE EL
 15KCAL/KG Y 0.75 GR PROT/KG CUBRIENDO APROX EL 50% DE SUS
 NECESIDADES TOTALES, NO SE CAMBIA SUPLENCIA DADO QUE NO TOLERA
 OTROS PRODUCTOS. INFORMACION Y HABITOS: Alergias alimentarias: niega
 Intolerancias alimentarias: Suplencia: ensure Advance 3 tomas al dia
 Rechazos: niega Apetito: bueno GASTROINTESTINAL: en ocasiones distencion
 estreñimiento, RGE, gastritis ahora deposiciones ACTIVIDAD FISICA: escasa
 REQUERIMIENTOS: 35 a 40 kcal/kg 1.5 a 1.8 gr prot BIOQUIMICA: ni tiene
 reciente

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE JOVEN CON MAS DE 1 AÑO DE EVOLUCION DE DISFAGIA? AROGASTRIA Y DOLOR ABDOMINAL. LE HAN REALIZO DIFERENTES ESTUDIOS QUE HAN ESTADO NORMALES, PACIENTE CON TENDENCIA A LA BRADICARDIA. CON COMPROMISO ESOFÁGICO FISICAMENTE LUCE CAQUEUTICA CON SOBEXPOSICION OSEA EN TODO EL CUERPO, LANUGO, INDICE MASA CORPORAL EN RANGOS DE DELGADEZ, CON PERDIDA SEVERA DE PESO DEL 31% EN LOS ULTIMOS 3 MESES, CONSIDERANDO A LA PACINETE EN DESNUTRICION SEVERA ASOCIADA, PACIENTE CON DISFAGIA ESOFÁGICA POR HIPERSENSIBILIDAD LO CUAL QUEDÓ DOCUMENTADO EN PH-METRÍA, EN MANEJO CON GASTRO, EN OCASIONES NAUSEAS GENERADAS POR LA GASTRITIS, REFIERE TENER DIFICULTAD PARA LA DEGLUCION Y FLATOS TRAS CONSUMO DE ALIMENTOS, EN ANTERIORES HOSPITALIZACIONES HA RECIBIDO SUPLEMETNACION NUTRICIONAL Y MODULACION PROTEICA. INICIO MANEJO AMBULATORIO EL 15/10/20: 46.6 KG ESTUVO HOSPITALIZADA POR INTOLERANCIA, NUEVAMENTE CON SONDA Y USO DE JEVITY, AHORA SIN SOPORTE ENTERAL, PREVIAMENTE RECIBIO SOPORTE ENTERAL POR SONDA DE GASTROSTOMIA 5 ENSURE CLINICAL/DIA, RETOMO CONTROL 10/12/20: 46.7 kg (=), LUEGO EL 19/04/21: 52 KG Y AHORA RETOMA CONTROL. CON PESO DE 52.6 KG GANANCIA DE 600GR EN MAYO SE REALIZO NOTA ACLARATORIA, PARA ACTUALIZAR MIPRES, REFIFERE QUE HA INCREMENTADO CONSUMO ALIMENTARIO, EN AYUNAS JUGO VERDE, INTENTA INCLUIR FUENTES PROTEICAS EN DESAYUNO, AL ALMUERZO SOLO SOPA Y ARROZ, POLLO 1 VEZ X SEMANA, ENSURE ADVANCE 3 TOMAS AL DIA, CONTINUA CON SUBADECUACION PROTEICA, INTENTA LICUAR LAS FUENTES PROTEICAS PERO NO SE LAS CONSUME, CONTINUA CON RECHAZO HACIA LAS PROTEINAS DE ORIGEN ANIMAL, PROBO PROTEICOS VEGETALES, SE DAN INDICACIONES NUEVAMENTE DE INTENTAR CON FUENTES PROTEICAS DE ORIGEN VEGETAL, HUEVO 3 AL DIA ACTUALMENTE ENSURE CUBRE EL 15KCAL/KG Y 0.75 GR PROT/KG CUBRIENDO APROX EL 50% DE SUS NECESIDADES TOTALES, NO SE CAMBIA SUPLENCIA DADO QUE NO TOLERA OTROS PRODUCTOS. ACIENTE CON DISFAGIA SEVERA PRESENTA DESNUTRICION SEVERA ASOCIADA A PERDIDA DE PESO Y DISFAGIA CON TRASTORNO DEGLUTORIO ESOFÁGICA POR HIPERSENSIBILIDAD LO CUAL QUEDÓ DOCUMENTADO EN PH-METRÍA AHORA CON VIA ORAL QUE NO ALCANZA A CUBRIR APORTES NUTRICIONALES AVACES CON BAJA DENSIDAD

NUTRICIONAL SIN RECUPARACION NUTRICIONAL TOTAL, POR LO REQUIERE CONTINUAR CON SOPORTE COMPLEMENTARIO PARA FRENAR PERDIDA DE PESO Y CONTRIBUIR A SU RECUPERACION NUTRICIONAL SE REALIZA NUEVO MIPRES PARA ENSURE ADVANCE DADO QUE EL ANTERIOR NO LO TOLERA, DOSIS DIA 3 BOTELLAS DE 237 ML CADA UNA CODIGO MIPRES: 20210812168029534265 BRINDO CONSEJERIA NUTRICIONAL AMPLIAMENTE, SE EXPLICA QUE DEBE CONTINUAR CON ALIMENTOS SOLIDOS, Y COMBINAR CON ALIMENTOS LIQUIDOS. CONTROL EN 3 MESES

DIAGNÓSTICOS

E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

R13X - DISFAGIA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8485021

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
12.08.2021	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	ALBA LUCY GRANDA MUÑOZ

EPISODIO: 8549992

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 31.08.2021

Hora Registro: 13:06:31

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 30 años N/P Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana Escolaridad Universitaria (Contaduría) asiste sola motivo de consulta: control

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somaticos Tratamiento actual: amitriptilina 75 mg noche manejos farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. Trazodona somnolencia. Sertralina presento cefalea, mareo. Clonazepam me puse mas tranquila, me ayudo. CONTROL: Refiere inicio mirtazapina hace 20

días, desde hace 10 días toma 30mg/noche, toma clonazepam en caso de crisis. Refiere sensación de resequeidad en la boca y temor a comer, refiere después de la primer dosis de la vacuna tuvo sensación de decaimiento, se reactivaron síntomas ansiosos. Ha intentado salir de casa con amigos pero aunque tolera el tiempo, termina cansada, al otro día no logra hacer rutinas. Le preocupa nuevamente el temor a comer. Duerme bien. No regreso a fonoaudiología. Reconoce se ha hecho mas consciente que los síntomas tienen un componente emocional alto. EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, cabello tinturado, sus uñas estan pintadas, colaboradora, establece contacto visual con entrevistadora, usa tapabocas, viste ropa amplia, saco. Alerta, euproséxica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto triste, llora, Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, con ideas de preocupación en relación a su salud, ideas de minusvalia, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensopercepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección en construcción. Prospección "estar mejor" Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Ya inicio manejo con mirtazapina, explico la importancia de continuarlo. Recomendando uso diario de clonazepam, 1 gota media hora antes del desayuno y si es necesario repetir dosis media hora antes del almuerzo, buscando disminuir la ansiedad relacionada con deglución. También solicito valoración por fonoaudiología para definir si requiere nuevas terapias. - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada noche - clonazepam 1 gota mañana y tarde. - psicoterapia con psicología semanal (doy orden para valoración por psicología) Control por psiquiatría en 1 mes, recomendando el control por psiquiatría sea por psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación y somatización, le he explicado a la paciente que este espectro diagnostico no hace parte de mi subespecialidad, considero se beneficia de un equipo experto en ello. Doy

prorroga de incapacidad médica desde el 4 de agosto 2021 por 30 días dado que la paciente continua sintomática y no se encuentra en capacidad de trabajar. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8549992

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
31.08.2021	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	DIANA YISSELL FRANCO MOLINA

EPISODIO: 8639243

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 23.09.2021

Hora Registro: 10:11:03

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 30 años N/P: Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana
Escolaridad Universitaria (Contaduría) asiste sola motivo de consulta: control

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de

hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somáticos Tratamiento actual: - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada noche - clonazepam 2 gotas en la mañana manejo farmacológicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. Trazodona somnolencia. Sertralina presento cefalea, mareo. Clonazepam me puse mas tranquila, me ayudo. CONTROL: La paciente me refiere está haciendo bruxismo, siente dolor en mandibula en las mañanas, refiere está tolerando mejor los alimentos, duerme bien aunque se despierta en la noche por deseo de orinar. En la ultima semana refiere sensación de cistitis, incremento de urgencia urinaria. Refiere en este mes tuvo una situación de estrés "creo que lo maneje". Refiere en ocasiones temor a volver a tener dificultades con la alimentación, por eso introduce los alimentos de manera muy lenta. EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, cabello tinturado, sus uñas estan pintadas, colaboradora, establece contacto visual con entrevistadora, usa tapabocas, viste ropa amplia, saco. Alerta, euproséxica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto hipomodulado, Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, continua con ideas de preocupación en relación a su salud, temor a tener una enfermedad organica, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensopercepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección en construcción. Prospección mejorando Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

No ha retomado psicoterapia, me refiere por disponibilidad de citas con su terapeuta, ajusto dosis de clonazepam para buscar disminuir sensación de bruxismo, solicito paraclínicos por síntomas urinarios uroanálisis y urocultivo, solicito paraclínicos por cuadro de agotamiento, niveles de vitamina D25 y vitamina b12. - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada noche - Clonazepam 2 gotas en la mañana y 2 a 5 gotas en la noche. - Psicoterapia con psicología

semanal Control por psiquiatría en 1 mes, recomiendo el control por psiquiatría sea por psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación y somatización, le he explicado a la paciente que este espectro diagnostico no hace parte de mi subespecialidad, considero se beneficia de un equipo experto en ello. Doy prorroga de incapacidad médica desde el 03 de septiembre 2021 por 20 días y a partir de hoy por 30 días dado que la paciente continua sintomática y no se encuentra en capacidad de trabajar, altamente vulnerable a situaciones de estrés. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8639243

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
23.09.2021	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	GEISON RODRIGO CHILITO LENIS

EPISODIO: 8751975

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 25.10.2021

Hora Registro: 09:52:39

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 30 años N/P: Cali Vive con sus padres Soltera Cristiana
Escolaridad Universitaria (Contaduría) asiste sola motivo de consulta: control

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somáticos trastorno depresivo Tratamiento actual: - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada noche - Clonazepam 2 gotas en la mañana y 2 a 5 gotas en la noche. manejos farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. Trazodona somnolencia. Sertralina presento cefalea, mareo. Clonazepam me puse mas tranquila, me ayudo. CONTROL: La paciente me refiere hace un mes tuvo una infección urinaria severa, estuvo en manejo antibiotico, esto genero al suspender el tratamiento la sensación de depresión, se incremento el nivel de ansiedad, refiere nuevamente temor para deglutir " a veces trago saliva y eso me hace sentir que no puedo tragar, o a veces frena el carro fuerete, me altero y siento que no voy a poder tragar, o me asfixio". EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, cabello tinturado, sus uñas estan pintadas, colaboradora, establece contacto visual con entrevistadora, usa tapabocas, viste ropa amplia, saco, luce delgada. Alerta, euproséxica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto triste. Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, continua con ideas de preocupación en relación a su salud, temor a que su ingesta de alimentos se vea nuevamente afectada, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, tiene ideas de minusvalia, forma lógica. Niega alteraciones de la sensorpercepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección en construcción. Prospección mejorando Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

No ha retomado psicoterapia, me refiere por disponibilidad de citas que esta para diciembre, explico que la psicoterapia con psicología idealmente de intensidad semanal es fundamental para su proceso de recuperación, ajuste dosis de clonazepam (previamente la paciente no lo hizo) para buscar disminuir sensación de bruxismo y de dificultad para deglución, solicito paraclínicos por cuadro de agotamiento, niveles de vitamina D25 y vitamina b12, perfil metabólico, endocrino, renal y hepático. - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada noche (realizo mipres para 90 días) - Clonazepam 2 gotas antes de desayuno, almuerzo y cena (realizo fórmula) - Psicoterapia con psicología semanal Control por psiquiatría en 1 mes, recomendando el control por psiquiatría sea por psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación y somatización, le he explicado a la paciente que este espectro diagnóstico no hace parte de mi subespecialidad, considero se beneficia de un equipo experto en ello. Doy prórroga de incapacidad médica desde el 23 de octubre por 30 días dado que la paciente continua sintomática y no se encuentra en capacidad de trabajar, altamente vulnerable a situaciones mínimas de estrés. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8751975

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
25.10.2021	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	DIANA YISELL FRANCO MOLINA

EPISODIO: 8856290

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 23.11.2021

Hora Registro: 09:05:56

Responsable: CHARRIS CASTRO, YASELIS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

N/O/P: Cali Ocupación: contadora, analista financiera/ incapacitadas asiste en compañía de madre antecedentes: Patológicos: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somáticos trastorno depresivo Farmacológicos: Tratamiento actual: - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada noche - Clonazepam 2 gotas en la mañana y 2 a 5 gotas en la noche. Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Alcohol: no Tabaco: no Ejercicio: no Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Fliares: HTA (padre) ANTROPOMETRIA: PESO USUAL: 63 kg PESO ACTUAL: 51.6 KG TALLA: 164.5 cm IMC: 19.1 KG/MT2 DIAGNOSTICO NUTRICIONAL desnutricion proteico calorica en recuperacion PESO SALUDABLE: 55 a 60 kg CONTROL ANTROPOMETRICO: 15/10/20: 46.6 KG 10/12/20: 46.7 kg (=) 19/04/21: 52 KG 12/08/21: 52.6 KG (+600 GR) 23/11/21: 51.6 KG (-1 KG) CLINICA: delgada, caquexica ANAMNESIS ALIMENTARIA/ FRECUENCIA DE CONSUMO JUGO VERDE EN AYUNAS DESAYUNO: 7 a 8 am huevo+arepa + ensure mm 10 am ensure advance almuerzo: arroz integral sopas de verduras agacate MT ensure cena: similar al almuerzo INFORMACION Y HABITOS: Alergias alimentarias: niega Intolerancias alimentarias: Suplencia: ensure Advance 3 tomas al dia Rechazos: niega Apetito: bueno GASTROINTESTINAL: en ocasiones distension estreñimiento, RGE, gastritis ahora deposiciones ACTIVIDAD FISICA: escasa REQUERIMIENTOS: 35 a 40 kcal/kg 1.5 a 1.8 gr prot BIOQUIMICA: ni tiene reciente CONTROL ALIMENTARIO: PRVIAMENTE: recibe soporte enteral por sonda de gastrostomia 3 ensure hn am, 2 hn a las 12 y 2 hn a las 16 EN 1 hora DIC/20 INICIO LIQUIDOS COMPLETOS AVANZO SOLIDOS MUY BLANDOS EN MANEJO POR FONO RECIBE ALIMENTACION SML, AL DESAYUNO COLATDA CON HUEVO TIBIO, FRUTA MACERADA, ENSURE CLINICAL 18/04/21 PACIENTE QUIEN ASISTE A CONTROL, PREVIAMENTE EN DIC SE HABIA REALIZADO CAMBIO DE SOPORTE ORAL SIN EMBARGO EPS NO ENTREGO,

PENDIENTE ENTREGA REFIERE QUE EN CASA REALIZAN COLADAS, EN OCASIONES CONSUMO DE ALIMENTOS SOLIDOS PERO PREFERENCIA POR LIQUIDOS, YA FINALIZO TERAPIAS DE FONO, RECHAZO POR POLLO, SOLO COME ARROZ INTEGRAL, VERDURAS, HUEVO, PAPA AMARILLA INTOLERANCIA A LACTEOS Y GLUTEN, SOJA, AUN HAY SUBADECUACION PROTEICA SE DAN INDICACIONES PARA PROBAR PROTEINAS VEGETALES 12/08/21: EN MAYO SE REALIZO NOTA ACLARATORIA, PARA ACTUALIZAR MIPRES, REFIERE QUE HA INCREMENTADO CONSUMO ALIMENTARIO, EN AYUNAS JUGO VERDE, INTENTA INCLUIR FUENTES PROTEICAS EN DESAYUNO, AL ALMUERZO SOLO SOPA Y ARROZ, POLLO 1 VEZ X SEMANA, ENSURE ADVANCE 3 TOMAS AL DIA, CONTINUA CON SUBADECUACION PROTEICA, INTENTA LICUAR LAS FUENTES PROTEICAS PERO NO SE LAS CONSUME, CONTINUA CON RECHAZO HACIA LAS PROTEINAS DE ORIGEN ANIMAL, PROBO PROTEICOS VEGETALES, SE DAN INDICACIONES NUEVAMENTE DE INTENTAR CON FUENTES PROTEICAS DE ORIGEN VEGETAL, HUEVO 3 AL DIA ACTUALMENTE ENSURE CUBRE EL 15KCAL/KG Y 0.75 GR PROT/KG CUBRIENDO APROX EL 50% DE SUS NECESIDADES TOTALES, NO SE CAMBIA SUPLENCIA DADO QUE NO TOLERA OTROS PRODUCTOS. 23/11/21: ASISTE A CONTROL DESPUES DE 3 MESES, REFIERE RECIENTE FALLECIMIENTO DE PADRE LO QUE HA GENERADO INCREMENTO DE LA ANSIEDAD Y ESTO A SU VEZ MENOR INGESTA DE ALIMENTOS CON ALTERACIONES DISFAGICAS, AL DESAYUNO AREPA O PAN, PERO ALMUERZO Y CENA LICUADOS VERDURAS + PAPA AMARILLA OCASIONAL ADICIONA PESCADO, LAS OTRAS LE DESAGRADAN, CONTINUA CON SUBADECUACION PROTEICA CALORICA, NO HUEVO NO QUESO, NUEVAMENTE SE ESTABLECE CONTINUAR CON SOPORTE ORAL COMPLEMENTARIO AL IGUAL QUE SE DECIDE INCLUIR MODULO PROTEICO DADO QUE VIA ORAL CONTINUA CON SUBADECUACION Y HAY PERDIDA DE PESO DE 1 KG

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

paciente joven con mas de 1 año de evolucion de disfagia? arogastría y dolor abdominal. le han realizado diferentes estudios que han estado normales, paciente con tendencia a la bradicardia. con compromiso esofágico físicamente luce caquectica con sobrexposición ósea en todo el cuerpo, lanugo, índice

masa corporal en rangos de delgadez, con perdida severa de peso del 31% en los ultimos 3 meses, considerando a la paciente en desnutricion severa asociada, paciente con disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en ph-metría, en manejo con gastro, en ocasiones nauseas generadas por la gastritis, refiere tener dificultad para la deglucion y flatos tras consumo de alimentos, en anteriores hospitalizaciones ha recibido suplementacion nutricional y modulacion proteica. inicio manejo ambulatorio el 15/10/20: 46.6 kg estuvo hospitalizada por intolerancia, nuevamente con sonda y uso de jevity, ahora sin soporte enteral, previamente recibio soporte enteral por sonda de gastrostomia 5 ensure clinical/dia, retomo control 10/12/20: 46.7 kg (=), luego el 19/04/21: 52 kg con peso de 52.6 kg ganancia de 600gr, asiste a control el dia de hoy peso de 51.6 kg(-1kg) asiste a control despues de 3 meses, refiere reciente fallecimiento de padre lo que ha generado incremento de la ansiedad y esto a su vez menor ingesta de alimentos con alteraciones disfagicas, al desayuno arepa o pan, pero almuerzo y cena licuados verduras + papa amarilla ocasional adiciona pescado, las otras le desagradan, continua con subadecuacion proteica calorica, no huevo no queso, nuevamente se establec continuar con soporte oral complementario al igual que se decide incluir modulo proteico dado que via oral continua con subadecuacion y hay perdida de peso de 1 kg actualmente ensure cubre el 15kcal/kg y 0.75 gr prot/kg, se incluye modulo proteico para cubrir un 0.3 gr/kg de proteina adicional paciente con disfagia severa presenta desnutricion cronica asociada a perdida de peso y disfagia con trastorno deglutorio esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en ph-metría ahora con via oral que no alcanza a cubrir aportes nutricionales a veces con baja densidad nutricional sin recuperacion nutricional total, por lo requiere continuar con soporte complementario para frenar perdida de peso y contribuir a su recuperacion nutricional se realiza nuevo mipres para ensure advance formula la cual tolera dosis dia 3 botellas de 220 ml cada una codigo mipres:20211123141031618174 dosis para 3 meses: modulo proteico: prowey net dosis dia: 30 gr dosis para 3 meses: 10 latas x 275 gr codigo mipres: 20211123141031618174 brindo consejeria nutricional ampliamente, se explica que debe continuar con alimentos solidos, y combinar con alimentos liquidos. control en 3 meses entrego documentacion correspondiente

DIAGNÓSTICOS

E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

R13X - DISFAGIA

Registro de Consulta

Fecha Registro: 23.11.2021

Hora Registro: 09:23:52

Responsable: CHARRIS CASTRO, YASELIS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION Ocupación: contadora, analista financiera/ incapacitadas asiste en compañía de madre antecedentes: Patológicos: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somáticos trastorno depresivo ANTROPOMETRIA: PESO USUAL: 63 kg PESO ACTUAL: 51.6 KG TALLA: 164.5 cm IMC: 19.1 KG/MT2 DIAGNOSTICO NUTRICIONAL desnutrición proteico calórica en recuperación PESO SALUDABLE: 55 a 60 kg CONTROL ANTROPOMETRICO: 15/10/20: 46.6 KG 10/12/20: 46.7 kg (=) 19/04/21: 52 KG 12/08/21: 52.6 KG (+600 GR) 23/11/21: 51.6 KG (-1 KG) CLINICA: delgada, caquexia INFORMACION Y HABITOS: Alergias alimentarias: niega Intolerancias alimentarias: Suplencia: ensure Advance 3 tomas al día Rechazos: niega Apetito: bueno GASTROINTESTINAL: en ocasiones distensión estreñimiento, RGE, gastritis ahora deposiciones ACTIVIDAD FISICA: escasa REQUERIMIENTOS: 35 a 40 kcal/kg 1.5 a 1.8 gr prot nota: paciente joven con más de 1 año de evolución de disfagia? aerofagia y dolor abdominal. le han realizado diferentes estudios que han estado normales, paciente con tendencia a la bradicardia. con compromiso esofágico físicamente luce caquexia con sobrepresión ósea en todo el cuerpo, lanugo, índice masa corporal en rangos de delgadez, con pérdida severa de peso del 31% en los últimos 3 meses, considerando a la paciente en desnutrición severa asociada, paciente con disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en pH-metría, en manejo con gastro, en ocasiones náuseas generadas por la gastritis, refiere tener dificultad para la deglución y flatos tras consumo de alimentos, en anteriores hospitalizaciones ha recibido suplementación nutricional y modulación proteica. inicio manejo ambulatorio el 15/10/20: 46.6 kg estuvo hospitalizada por intolerancia, nuevamente con sonda y uso de jevity, ahora sin soporte enteral, previamente recibió soporte enteral por sonda de gastrostomía 5 ensure clinical/día, retomo control 10/12/20: 46.7 kg (=), luego el 19/04/21: 52 kg con peso de 52.6 kg ganancia de 600gr, asiste a control el día de hoy peso de 51.6 kg (-1kg) asiste a control después de 3 meses, refiere reciente fallecimiento de padre lo que ha generado incremento de la ansiedad y esto a su vez menor ingesta de alimentos con alteraciones disfágicas, al desayuno arepa o pan, pero almuerzo y cena licuados verduras + papa amarilla ocasional adición de pescado, las otras le desagradan, continúa con subadecuación proteica calórica, no huevo no queso, nuevamente se establece continuar con soporte

oral complementario al igual que se decide incluir modulo proteico dado que via oral continua con subadecuacion y hay perdida de peso de 1 kg actualmente ensure cubre el 15kcal/kg y 0.75 gr prot/kg, se incluye modulo proteico para cubrir un 0.3 gr/kg de proteina adicional se realiza nuevo mipres para ensure advance formula la cual tolera dosis dia 3 botellas de 220 ml cada una, codigo mipres:20211123126031618411dosis para 3 meses modulo proteico: prowhey net, dosis dia: 30 gr dosis para 3 meses: 10 latas x 275 gr codigo mipres: 20211123193031618537 brindo consejeria nutricional ampliamente, se explica que debe continuar con alimentos solidos, y combinar con alimentos liquidos. control en 3 meses entrego documentacion correspondiente

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8856290

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
23.11.2021	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	ALBA LUCY GRANDA MUÑOZ

EPISODIO: 8857551

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 23.11.2021

Hora Registro: 11:30:13

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 30 años N/P: Cali Vive con madre Soltera Cristiana Escolaridad Universitaria (Contaduría) asiste sola motivo de consulta: CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatria reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por sintomas somaticos trastorno depresivo Tratamiento actual: - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada noche - Clonazepam 2 gotas cada 8 horas manejo farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. Trazodona somnolencia. Sertralina presento cefalea, mareo. Clonazepam me puse mas tranquila, me ayudo. CONTROL: Su padre murio hace 20 días por un IAM, desde entonces peor, redujo bastante su apetito, está ansiosa, triste,

despierta en la madrugada con sensación de ahogo, bajo de peso, volvió a licuar los alimentos, se siente angustiada, hay dificultad en la relación con su madre y hermana. EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, cabello tinturado, sus uñas están pintadas, colaboradora, establece contacto visual con entrevistadora, usa tapabocas, viste ropa amplia, saco, luce delgada. Alerta, euproséica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto triste, llora. Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, continua con ideas de preocupación en relación a su salud, ahora con ideas de minusvalía, temor hacia el futuro, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, tiene ideas de minusvalía, forma lógica. Niega alteraciones de la sensopercepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección en construcción. Prospección incierta. Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Paciente en duelo, cuadro de depresión que empeora, recomiendo retomar psicoterapia con psicología de manera prioritaria y ajuste dosis de clonazepam.
 - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada noche (tiene mipres para 90 días de octubre) - Clonazepam 3 a 5 gotas antes de desayuno, almuerzo y cena (realizo fórmula) - Psicoterapia con psicología semanal Control por psiquiatría en 1 mes, recomiendo el control por psiquiatría sea por psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación y somatización, le he explicado a la paciente que este espectro diagnóstico no hace parte de mi subespecialidad, considero se beneficia de un equipo experto en ello. Doy prórroga de incapacidad médica desde el 22 de noviembre por 30 días dado que la paciente continúa sintomática y no se encuentra en capacidad de trabajar, altamente vulnerable a situaciones mínimas de estrés. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones

adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F322 - EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 8857551

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
23.11.2021	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	LIBIA GISELA DIAZ

EPISODIO: 9019676

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 13.01.2022

Hora Registro: 12:25:49

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 30 años N/P: Cali Vive con madre Soltera Cristiana Escolaridad Universitaria (Contaduría) asiste sola motivo de consulta: CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somáticos trastorno depresivo Tratamiento actual: - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada noche - Clonazepam 3a 5 gotas cada 8 horas manejos farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. Trazodona somnolencia. Sertralina presento cefalea, mareo. Clonazepam me puse mas tranquila, me ayudo. CONTROL: Su padre murio en noviembre/21,

con la madre relación conflictiva que empeoro desde entonces. Ha tenido crisis de ansiedad y ha sido necesario el uso de clonazepam hasta 10 gotas. Normalmente toma 2 gotas antes de almuerzo y cena. Actualmente hay hiporexia, consume parte de los alimentos licuados. Tiene mucha dificultad para dormir y hay sensación de ahogo. Hay ideas de desesperanza, de minusvalía, anhedonia, distractibilidad. EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, cabello tinturado, sus uñas están pintadas, colaboradora, establece contacto visual con entrevistadora, usa tapabocas, viste ropa amplia, saco, luce delgada. Alerta, euproséica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto triste de fondo ansioso, llora la mayor parte de la entrevista. Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, continua con ideas de preocupación en relación a su salud, tiene ideas de minusvalía, temor hacia el futuro, tiene ideas de desesperanza, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensorio-percepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección en construcción. Prospección incierta. Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

EMPEORO. Los síntomas ansiosos y depresivos empeoraron lo cual la expone a riesgo de empeorar los síntomas somatomorfos. Es indispensable que retome psicoterapia con psicología, doy nuevamente orden para valoración. Ajusto dosis de medicamentos para manejo de síntomas afectivos. Plan: - Mirtazapina tab 30mg: 2 tabletas cada noche (MEDICAMENTO DEL POS, NO REQUIERE MIPRES, REALIZO FORMULA PARA 120 DIAS) - Clonazepam 3 a 5 gotas antes de desayuno, almuerzo y cena (realizo formula) - Psicoterapia con psicología semanal Control por psiquiatría en 1 mes, recomendando el control por psiquiatría sea por psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación y somatización, le he explicado a la paciente que este espectro diagnóstico no hace parte de mi subespecialidad, considero se beneficia de un equipo experto

en ello. Doy prorroga de incapacidad médica desde el 22 de diciembre por 30 días dado que los síntomas de la paciente afectan su funcionalidad de tal manera que en el momento no le permite trabajar, altamente vulnerable a situaciones mínimas de estrés. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F322 - EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICOTÍPICOS

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 9019676

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
13.01.2022	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	UT Siquiatría	SANDRA PATRICIA VALENCIA MUÑOZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 9019676

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
13.01.2022	12:36	MIRTAZAPINA 30MG TABLETA	60.00	MG	VIA ORAL	C/24H	CLAUDIA XIMENA MUÑOZ ANDUQUÍA

EPISODIO: 9171880

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 22.02.2022

Hora Registro: 13:03:03

Responsable: CHARRIS CASTRO, YASELIS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

control

ENFERMEDAD ACTUAL

Natural/procedente: Cali Ocupación: contadora, analista financiera/
 incapacitada asiste en compañía de madre antecedentes: Patológicos:
 trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somáticos trastorno depresivo
 Farmacológicos: Tratamiento actual: - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada
 noche - Clonazepam 2 gotas en la mañana y 2 a 5 gotas en la noche.
 Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona
 (desasosiego) Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Familiares: HTA
 (padre) ANTROPOMETRIA: PESO USUAL: 63 kg PESO ACTUAL: 53 KG TALLA:
 164.5 cm IMC: 19.7 KG/MT² DIAGNOSTICO NUTRICIONAL desnutrición
 proteico calórica en recuperación PESO SALUDABLE: 55 a 60 kg CONTROL
 ANTROPOMETRICO: 15/10/20: 46.6 KG 10/12/20: 46.7 kg (=) 19/04/21: 52
 KG 12/08/21: 52.6 KG (+600 GR) 23/11/21: 51.6 KG (-1 KG) 22/02/22: 53 kg
 (+2.4 kg) CLINICA: delgada, caquexia ANAMNESIS ALIMENTARIA/
 FRECUENCIA DE CONSUMO JUGO VERDE EN AYUNAS DESAYUNO: 7 a 8 am
 Huevo + arepa + ensure mm 10 am ensure advance almuerzo: arroz integral
 sopas de verduras agacate MT ensure cena: similar al almuerzo INFORMACION
 Y HABITOS: Alergias alimentarias: niega Intolerancias alimentarias: Suplencia:
 ensure Advance 3 tomas al día Rechazos: niega Apetito: bueno
 GASTROINTESTINAL: en ocasiones distensión estreñimiento, RGE, gastritis
 ahora deposiciones ACTIVIDAD FISICA: escasa REQUERIMIENTOS: 35 a 40
 kcal/kg 1.5 a 1.8 gr prot BIOQUIMICA: ni tiene reciente CONTROL
 ALIMENTARIO: PRVIAMENTE: recibe soporte enteral por sonda de
 gastrostomía Ahora: 3 ensure hn am, 2 hn a las 12 y 2 hn a las 16 EN 1 hora
 DIC/20 inicio líquidos completos avanzo sólidos muy blandos en manejo por
 fono recibe alimentación semiblanda, al desayuno colada con huevo tibio, fruta
 macerada, ensure clínico 18/04/21 paciente quien asiste a control,
 previamente en dic se había realizado cambio de soporte oral sin embargo eps
 no entrego, pendiente entrega refiere que en casa realizan coladas, en
 ocasiones consumo de alimentos sólidos pero preferencia por líquidos, ya
 finalizo terapias de fono, rechazo por pollo, solo come arroz integral, verduras,
 huevo, papa amarilla intolerancia a lácteos y gluten, soja, aun hay
 subadecuación proteica se dan indicaciones para probar proteínas vegetales
 12/08/21: en mayo se realizó nota aclaratoria, para actualizar mipres, refiere
 que ha incrementado consumo alimentario, en ayunas jugo verde, intenta

incluir fuentes proteicas en desayuno, al almuerzo solo sopa y arroz, pollo 1 vez x semana, ensure advance 3 tomas al dia, continua con subadecuacion proteica, intenta licuar las fuentes proteicas pero no se las consume, continua con rechazo hacia las proteinas de origen animal, probó proteicos vegetales, se dan indicaciones nuevamente de intentar con fuentes proteicas de origen vegetal, huevo 3 al dia actualmente ensure cubre el 15kcal/kg y 0.75 gr prot/kg cubriendo aprox el 50% de sus necesidades totales, no se cambia suplencia dado que no tolera otros productos. 23/11/21: asiste a control despues de 3 meses, refiere reciente fallecimiento de padre lo que ha generado incremento de la ansiedad y esto a su vez menor ingesta de alimentos con alteraciones disfagicas, al desayuno arepa o pan, pero almuerzo y cena licuados verduras + papa amarilla ocasional adiciona pescado, las otras le desagradan, continua con subadecuacion proteica calorica, no huevo no queso, nuevamente se establec continuar con soporte oral complementario al igual que se decide incluir modulo proteico dado que via oral continua con subadecuacion y hay perdida de peso de 1 kg 22/02/22 Asiste a control, presentó covid en enero/22, con déficit proteico calórico, en control anterior se estableció continuar con suplencia + inicio de modulo proteico, tuvo dificultades para la entrega por parte de su entidad de salud, recibe alimentacion fraccionada, porciones pequeñas, intenta incluir carnes veganas de quinua, o pollo o pescado pero porciones muy pequeñas, empezó actividad física, no desea conocer su peso Peso actual 53 kg. Ganancia de 2.4 kg se siente motivada a continuar probando alimentos y en tratamiento actual.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

paciente joven con mas de 1 año de evolucion de disfagia, arogastría y dolor abdominal. le han realizado diferentes estudios que han estado normales, paciente con tendencia a la bradicardia. con compromiso esofágico físicamente luce caquética con sobrexposición ósea en todo el cuerpo, lanugo, índice masa corporal en rangos de delgadez, con pérdida severa de peso del 31% en los últimos 3 meses, considerando a la paciente en desnutrición severa asociada a disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en pH-metría, en manejo con gastro, en ocasiones náuseas generadas por la gastritis, refiere tener dificultad para la deglución y flatos tras consumo de

alimentos, en anteriores hospitalizaciones ha recibido suplementación nutricional y modulación proteica. inicio manejo ambulatorio el 15/10/20: 46.6 kg estuvo hospitalizada por intolerancia, nuevamente con sonda y uso de jevity, ahora sin soporte enteral, previamente recibió soporte enteral por sonda de gastrostomía 5 ensure clínico/día, retomo control 10/12/20: 46.7 kg (=), luego el 19/04/21: 52 kg con peso de 52.6 kg ganancia de 600gr, retomo control el 23/11/21 peso de 51.6 kg (-1kg) refiriendo reciente fallecimiento de padre lo generó incremento de la ansiedad y esto a su vez menor ingesta de alimentos con alteraciones disfágicas, pérdida de peso de 1 kg 22/02/22: asiste a control, en anterior valoración se estableció continuar con suplencia + inicio de módulo proteico, tuvo dificultades para la entrega por parte de su entidad de salud, recibe alimentación fraccionada, porciones pequeñas, intenta incluir carnes veganas de quinua, o pollo o pescado pero porciones muy pequeñas, empezó actividad física, no desea conocer su peso. Peso actual 53 kg. Ganancia de 2.4 kg se siente motivada a continuar probando alimentos y en tratamiento actual. paciente con disfagia severa presenta desnutrición crónica asociada a pérdida de peso con vía oral que no alcanza a cubrir aportes nutricionales a veces con baja densidad nutricional sin recuperación nutricional total, por lo que requiere continuar con soporte complementario para frenar pérdida de peso y contribuir a su recuperación nutricional actualmente ensure cubre el 15kcal/kg y 0.75 gr prot/kg, se incluye módulo proteico para cubrir un 0.3 gr/kg de proteína adicional se realiza mipres para ensure advance formula la cual tolera dosis día 3 botellas de 220 ml cada una código mipres: 20220222161032729047 dosis para 3 meses: módulo proteico: prowey net dosis día: 30 gr dosis para 3 meses: 10 latas x 275 gr código mipres: 20220222185032728995 entrego copia de historia clínica, orden control y brindo refuerzo en consejería nutricional ss bioquímica control

DIAGNÓSTICOS

E440 - DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA MODERADA

R13X - DISFAGIA

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 9171880

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
22.02.2022	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	UT Nutrición	OLGA LUCIA MORALES VEGA

EPISODIO: 9180345

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 24.02.2022

Hora Registro: 10:49:56

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 31 años N/P: Cali Vive con madre Soltera Cristiana Escolaridad Universitaria (Contaduría) asiste sola motivo de consulta: CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somaticos trastorno depresivo Tratamiento actual: - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada noche - Clonazepam 3a 5 gotas cada 8 horas manejos farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. Trazodona somnolencia. Sertralina presento cefalea, mareo. Clonazepam me puse mas tranquila, me ayudo. CONTROL: Su padre murio en noviembre/21, con la madre relación conflictiva que empeoro desde entonces. CONTINUA SIN DORMIR BIEN, SE DEMORA EN QUEDARSE DORMIDA, SE LEVANTA VARIAS VECES EN LA NOCHE, SE LEVANTA TEMPRANO, EN EL DIA SE SIENTE DEBIL, CEFALEA FRECUENTE, ESTO SUCEDE POSTERIOR A TENER COVID EN ENERO. TIENE PALPITACIONES Y SENSACION DE AHOGO EN LA NOCHE. REFIERE SU ANIMO HA ESTADO BAJO PERO POR SENTIRSE ENFERMA. SE APLICO COMPLEJO B, REFIERE LE AYUDO A TENER MEJOR APETITO, COME LICUADO Y PARTE SOLIDOS. CON SU MADRE CONTINUA TENIENDO DIFICULTADES. ME REFIERE AUN NO HA SIDO CALIFICADA POR JUNTA REGIONAL. EXAMEN MENTAL: Aspecto cuidado, cabello tinturado, sus uñas estan pintadas, colaboradora, establece contacto visual con entrevistadora, usa tapabocas. Alerta, euproséxica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto triste. Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, continua con ideas de preocupación en relación a su salud, tiene ideas de minusvalia, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensorpercepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección en construcción. Prospección "vivir sola". Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas durante toda la

entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Posterior a covid empeoro su agotamiento. Solicito exámenes para evaluar niveles de vitamina b12 y vitamina D25 para mirar otras causas de agotamiento. Ajusto dosis de clonazepam para manejo de ansiedad e insomnio. Es indispensable que retome psicoterapia con psicología, doy nuevamente orden de valoración. Plan: - Mirtazapina tab 30mg: 2 tabletas cada noche (MEDICAMENTO DEL POS, NO REQUIERE MIPRES, TIENE FORMULA PARA 90 DIAS) - Clonazepam 1 a 5 gotas antes de desayuno, almuerzo y cena y 4 a 10 gotas antes de dormir (realizo formula) - Psicoterapia con psicología semanal Control en 1 mes Control por psiquiatría en 1 mes, recomiendo el control por psiquiatría sea por psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación y somatización, le he explicado a la paciente que este espectro diagnostico no hace parte de mi subespecialidad, considero se beneficia de un equipo experto en ello. Doy prorroga de incapacidad médica desde el 21 de enero por 30 días y desde el 19 de febrero por 30 dias, esto en función que no se ha logrado estabilidad y los síntomas de la paciente afectan su funcionalidad de tal manera que en el momento no le permite trabajar, altamente vulnerable a situaciones minimas de estrés. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F322 - EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PS ICOTICOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 9180345

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
24.02.2022	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	SARA JULIETH MIRANDA MONTENEGRO

EPISODIO: 9242060

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 11.03.2022

Hora Registro: 15:13:07

Responsable: CARVAJAL RODRIGUEZ, ANDRES

Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

ME ORDENARON UNA CIRUGIA DE CORNETES

ENFERMEDAD ACTUAL

TIENE PENDIENTE REALIZAR TTO QUIRURGICO TURBINOPLASTIA. TIENE HISTORIA DE OBSTRUCCION NASAL PERSISTENTE. ADEMAS RINORREA Y EN OCASIONES ESCURRIMIENTO POSTERIOR. NO DOLOR NI PRESION EN REGION FACIAL. ES RESPIRADORA ORAL. HA REALIZADO TTO CON BECLOMETASONA SPRAY NASAL CON LO QUE TIENE MEJORIA PARCIAL DE SINTOMAS MIENTRAS REALIZA EL TTO MEDICO. ANTECEDENTES PATOLOGICOS: GASTRITIS, REFLUJO, HIPERSENSIBILIDAD ESOFAGICA, TRANSTORNO DE ANSIEDAD SOMATOMORFO. MEDICAMENTOS: MIRTAZAPINA, MEDICAMENTO HOMEOPATICO. VIT C, VIT D, CURCUMA. ALERGICOS: METILPEDNISOLONA, METOCLOPRAMIDA QUIRURGICOS: HACE 2 AÑOS TTO LASER EN LOS CORNETES. SEPTORRINOPLASTIA HACE 8 AÑOS TOXICOS: NO FUMADOR, NO CONSUMO ALCOHOL NI SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EXAMEN FISICO CAVIDAD NASAL. CORNETES INFERIORES HIPERTROFICOS, SEPTO NASAL CENTRAL, INTEGRO. ADECUADA PERMEABILIDAD EN MEATOS MEDIOS E INFERIORES. ASIMETRIA EN PUNTA NASAL.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

HISTORIA DE HIPERTROFIA DE CORNETES INFERIORES. SOLICITO FNL.
INICIO ESTEROIDE NASAL MOMETASONA CADA 12 HORAS

DIAGNÓSTICOS

J343 - HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 9242060

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
11.03.2022	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	UT Otorrinolaringologia	

EPISODIO: 9411597**Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 30.04.2022

Hora Registro: 10:07:04

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

Luz Mery Hoyos 31 años N/P: Cali Vive con madre Soltera Cristiana Escolaridad Universitaria (Contaduría) asiste sola motivo de consulta: CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somaticos trastorno depresivo severo Tratamiento actual: - Mirtazapina tab 30mg: 2 tableta cada noche - Clonazepam 1 GOTA CON CADA COMIDA, 5 GOTAS NOCHE manejos farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. Trazodona somnolencia. Sertralina presento cefalea, mareo. Clonazepam me puse mas tranquila, me ayudo. CONTROL

30/04/22: Su padre murio en noviembre/21, con la madre relación conflictiva que empeoro desde entonces. VALORACION PREVIA EN FEBRERO 24 2022, TIENE INCAPACIDAD PROLONGADA, SE LE INDICO CONTROL AL MES PERO NO TUVO OTRO SEGUIMIENTO HASTA HOY. ME REFIERE: LA TRISTEZA PREDOMINA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, ABURRIDA, CONTINUA VIVIENDO CON SU MADRE, RELACION CONFLICTIVA. EMPEZO A IR AL GIMNASIO PERO SIENTE PALPITACIONES Y SE CANSA FACILMENTE. SU ALIMENTACION ES PRINCIPALMENTE LICUADA, COME POCOS SOLIDOS "ME DA ANSIEDAD, CUANDO COMO, CUANDO TRAGO, TENGO LA SENSACION QUE ME VOY A AHOGAR". CONTINUA CON DIFICULTAD PARA DORMIR, SE LEVANTA MUCHO EN LA MADRUGADA. EN OCASIONES HAY IDEAS DE MUERTE PERO NIEGA IDEACION O PLAN SUICIDA. REFIERE AUN NO TIENE CALIFICACION DE JUNTA REGIONAL. PARACLINICOS: 29/04/22: GLICEMIA POSTPRANDIAL 76, BUN 11.5, K 4.4, PROTEINAS TOTALES 6.6, NA 138, ALT 23, TGC 143, AC FOLICO 14.3, AC URICO 3.7, ALBUMINA 3.9, VITAMINA B12: 395, CL 103, HDL 59, CT 190, FOSFORO 3.55, GGT18 HB GLICOSILADA 5.4, BBT 0.72, BBD 0.25, AST 21, CR 0.57 EXAMEN MENTAL: Colabora con la entrevista, su aspecto se encuentra menos cuidado que en consultas previas, colaboradora, establece contacto visual con entrevistadora, usa tapabocas. Alerta, euproséxica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto triste, resonante. Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, continua con ideas de preocupación, tiene ideas de minusvalia, de desesperanza, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensopercepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección en construcción. Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Los síntomas depresivos empeoraron, no ha vuelto a psicoterapia con psicología, es indispensable que retome psicoterapia con psicología.

Recomiendo adicionar venlafaxina al manejo para mayor control de síntomas ansiosos y depresivos. Plan: - Mirtazapina tab 30mg: 2 tabletas cada noche (MEDICAMENTO DEL POS, NO REQUIERE MIPRES, REALIZO FORMULA PARA 90 DIAS) - Clonazepam 1 a 5 gotas antes de desayuno, almuerzo y cena y 4 a 10 gotas antes de dormir (realizo formula) - Venlafaxina capsulas 37.5mg: 1 capsula en la mañana - Psicoterapia con psicología semanal Control en 1 mes Control por psiquiatría en 1 mes, recomiendo el control por psiquiatría sea por psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación y somatización, le he explicado a la paciente que este espectro diagnostico no hace parte de mi subespecialidad, considero se beneficia de un equipo experto en ello. La paciente tiene un trastorno somatomorfo, de ansiedad y depresion severos, la evolución ha sido torpida, frente a minimas situaciones de estrés los sintomas empeoran llevandola incluso a no tolerar la via oral, condición que la continua incapacitando para trabajar, por lo cual doy prorroga de incapacidad médica desde el 22 de marzo/22 por 30 días (la paciente no tuvo oportunidad de cita antes), desde el 22 de abril del 2022 por 30 dias y desde el 23 de abril 2022 por 30 dias. Le explico a la paciente la importancia de tener un control mensual por psiquiatría, independiente que sea conmigo, debe tener una evaluación regular y su eps debe garantizar el control mensual independiente si es con otro psiquiatra. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F322 - EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PS ICOTICOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 9411597

Fecha	Código Nombre	U. Organizativa	Responsable
30.04.2022	890284	UT Siquiatria	

		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA		MARIA DEL MAR RAMIREZ PAYAN
--	--	--	--	--------------------------------

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 9411597

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
30.04.2022	10:16	MIRTAZAPINA 30MG TABLETA	60.00	MG	VIA ORAL	C/24H	CLAUDIA XIMENA MUÑOZ ANDUQUIA
30.04.2022	10:16	VENLAFAXINA 37.5MG CP	37.50	MG	VIA ORAL	C/24H	CLAUDIA XIMENA MUÑOZ ANDUQUIA

EPISODIO: 9483765**Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 19.05.2022

Hora Registro: 13:17:24

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

Luz Mery Hoyos 31 años N/P: Cali Vive con madre Soltera Cristiana Escolaridad Universitaria (Contaduría) asiste sola motivo de consulta: CONTROL

Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somaticos trastorno depresivo severo Tratamiento actual: - Mirtazapina tab 30mg: 2 tableta cada noche - Clonazepam 1 GOTA CON CADA COMIDA, 5 GOTAS NOCHE - Venlafaxina capsulas 37.5mg: 1 capsula en la mañana manejos farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. Trazodona somnolencia. Sertralina presento cefalea, mareo.

Clonazepam me puse mas tranquila, me ayudo. CONTROL 19/05/22: Me refiere esta durmiendo mejor, esto le ha permitido sentirse mejor, menos deprimida, en el día menos ansiosa, logra comer un poco mas de solidos en el día, sin embargo en la cena refiere mayor ansiedad, temor de ahogarse con la comida "me siento mas ahogada y me da miedo, por eso intento algo, liquido con algo solido". Refiere congestión nasal con frecuencia, esto le aumenta el grado de ansiedad. Su madre está buscando irse de casa, esto le genera mayor ansiedad pues la paciente no quiere quedarse sola. Se percibe mas

impulsiva, refiere reacciona agresivamente cuando se frustra o tiene rabia, esto lo percibe como algo nuevo. No asiste a psicología desde el año pasado. Ha tolerado el inicio de venlafaxina. PARACLINICOS: 29/04/22: GLICEMIA POSTPRANDIAL 76, BUN 11.5, K 4.4, PROTEINAS TOTALES 6.6, NA 138, ALT 23, TGC 143, AC FOLICO 14.3, AC URICO 3.7, ALBUMINA 3.9, VITAMINA B12: 395, CL 103, HDL 59, CT 190, FOSFORO 3.55, GGT18 HB GLICOSILADA 5.4, BBT 0.72, BBD 0.25, AST 21, CR 0.57 EXAMEN MENTAL: Colabora con la entrevista, cuida su presentación personal, colaboradora, establece contacto visual con entrevistadora, usa tapabocas. Alerta, euproséxica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto menos triste, de fondo ansioso, resonante. Eulálica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, continua con ideas de preocupación, tiene ideas de minusvalía, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensopercepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección en construcción. Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

Explico la importancia de retomar psicología pronto. Aun hay síntomas ansiosos por lo que ajusto la dosis de venlafaxina. Plan: - Mirtazapina tab 30mg: 2 tabletas cada noche (MEDICAMENTO DEL POS, NO REQUIERE MIPRES, TIENE FORMULA PARA 90 DIAS DE ABRIL) - Clonazepam 1 a 5 gotas antes de desayuno, almuerzo y cena y 4 a 10 gotas antes de dormir - Venlafaxina capsulas 75 mg: 1 capsula en la mañana (REALIZO FORMULA PARA 90 DIAS) - Psicoterapia con psicología semanal Control en 1 mes, es indispensable garantizar los controles mensuales por psiquiatría por parte de su eps. Control por psiquiatría en 1 mes, recomendando el control por psiquiatría sea por psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación y somatización, le he explicado a la paciente que este espectro diagnostico no hace parte de mi subespecialidad, considero se beneficia de un equipo experto en ello. La

paciente tiene un trastorno somatomorfo, de ansiedad y depresión severos, la evolución ha sido torpida, frente a mínimas situaciones de estrés los síntomas empeoran llevándola incluso a no tolerar la vía oral, en especial ahora que hay más situaciones de estrés, condición que la continúa incapacitando para trabajar, por lo cual doy prórroga de incapacidad médica desde el 21 de mayo/22 por 30 días. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F322 - EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICOTÍPICOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 9483765

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
19.05.2022	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	UT Siquiatría	KAREN ALEXANDRA CAVIEDES RAMÍREZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 9483765

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
19.05.2022	13:32	VENLAFAXINA 75MG TABLETA	75.00	MG	VIA ORAL	C/24H	CLAUDIA XIMENA MUÑOZ ANDUQUÍA

EPISODIO: 9485448

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 19.05.2022

Hora Registro: 16:00:23

Responsable: CONGOTE ARANGO, LINA MARIA

Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA -

MOTIVO DE CONSULTA

PACIENTE ATENDIDA CON MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA COVID-19 " FLUJO"

ENFERMEDAD ACTUAL

19/05/2022 31 AÑOS PACIENTE QUIEN REFIERE DOS MESES DE EVOLUCION DE FLUJO ABUNDANTE Y PRURIGINOSO, EN MANEJO CON CLOTRIMAZOL CON MEJORIA PARCIAL AP PATOLOGICOS: SINDROME DEPRESIVO QUIRURGICO: RINOPLASTIA ALERGIAS: METILPREDNISOLONA, ESTEROIDES AGO G0P0 FUM: ACTUALMENTE PLANIFICACION: FACETIX FUC: 2 AÑOS EXAMEN FISICO ACTUALMENTE CON SANGRADO MENSTRUAL

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

SE DA FORMULA CON VAXI DUO Y ALBISEC ONE CONTROL 15 DIAS RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

DIAGNÓSTICOS

N771 - VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS ENE NFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIASCL ASIFICADAS EN OTRA PARTE

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 9485448

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
19.05.2022	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	UT Ginecoobstetricia	NAREN DARYANETH CASTILLO SUAREZ

EPISODIO: 9558364

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 09.06.2022

Hora Registro: 12:05:59

Responsable: CHARRIS CASTRO, YASELIS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

control

ENFERMEDAD ACTUAL

Natural/procedente: Cali Ocupación: contadora, analista
financiera/incapacitada / comfandi asiste sola a consulta enfermedad actual:
perdida de peso antecedentes: Patológicos: trastorno de ansiedad trastorno
por síntomas somáticos trastorno depresivo Farmacológicos: Tratamiento
actual: - Mirtazapina tab 30mg: 1 tableta cada noche - Clonazepam 2 gotas en
la mañana y 2 a 5 gotas en la noche. Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos:
metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Hábito intestinal: 1 vez al
día, Bristol 5-6 Familiares: Hipertension(padre) ANTROPOMETRIA: PESO
USUAL: 63 kg PESO ACTUAL:58 KG TALLA: 164.5 cm Índice de masa corporal:
21.3 KG/MT2 DIAGNOSTICO NUTRICIONAL paciente quien viene en
desnutrición proteico calórica en recuperación PESO SALUDABLE: 55 a 60 kg
CONTROL ANTROPOMETRICO: 15/10/20: 46.6 KG 10/12/20: 46.7 kg (=)
19/04/21: 52 KG 12/08/21: 52.6 KG (+600 GR) 23/11/21: 51.6 KG (-1 KG)
22/02/22: 53 kg (+2.4 kg) 09/06/22: 58 kg (+5 kg) CLINICA: delgada,
caquexica ANAMNESIS ALIMENTARIA/ FRECUENCIA DE CONSUMO JUGO
VERDE EN AYUNAS DESAYUNO: 7 a 8 am Huevo + arepa + ensure Media
mañana: 10 am ensure advance almuerzo: arroz integral sopas de verduras
aguacate Media tarde: ensure cena: similar al almuerzo INFORMACION Y
HABITOS: Alergias alimentarias: niega Intolerancias alimentarias: Suplencia:
ensure Advance 3 tomas al dia Rechazos: niega Apetito: bueno
GASTROINTESTINAL: en ocasiones distensión estreñimiento, Reflujo, gastritis
ahora deposiciones positivas ACTIVIDAD FISICA: escasa REQUERIMIENTOS:
35 a 40 kcal/kg 1.5 a 1.8 gr proteína BIOQUIMICA: ni tiene reciente CONTROL
ALIMENTARIO: PRVIAMENTE: recibe soporte enteral por sonda de
gastrostomia Ahora: 3 ensure hn am, 2 hn a las 12 y 2 hn a las 16 EN 1 hora
diciembre/20 inicio líquidos completos avanza solidos muy blandos en manejo
por fono recibe alimentación semiblanda, al desayuno colada con huevo tibio,
fruta macerada, ensure clinical 18/04/21 paciente quien asiste a control,

previamente en dic se habia realizado cambio de soporte oral sin embargo eps no entrego, pendiente entrega refiere que en casa realizan coladas, en ocasiones consumo de alimentos solidos pero preferencia por liquidos, ya finalizo terapias de fono, rechazo por pollo, solo come arroz integral, verduras, huevo, papa amarilla intolerancia a lacteos y gluten, soja, aun hay subadecuacion proteica se dan indicaciones para probar proteinas vegetales 12/08/21: en mayo se realizo nota aclaratoria, para actualizar mipres, refiere que ha incrementado consumo alimentario, en ayunas jugo verde, intenta incluir fuentes proteicas en desayuno, al almuerzo solo sopa y arroz, pollo 1 vez x semana, ensure advance 3 tomas al dia, continua con subadecuacion proteica, intenta licuar las fuentes proteicas pero no se las consume, continua con rechazo hacia las proteinas de origen animal, proba proteicos vegetales, se dan indicaciones nuevamente de intentar con fuentes proteicas de origen vegetal, huevo 3 al dia actualmente ensure cubre el 15kcal/kg y 0.75 gr prot/kg cubriendo aprox el 50% de sus necesidades totales, no se cambia suplencia dado que no tolera otros productos. 23/11/21: asiste a control despues de 3 meses, refiere reciente fallecimiento de padre lo que ha generado incremento de la ansiedad y esto a su vez menor ingesta de alimentos con alteraciones disfagicas, al desayuno arepa o pan, pero almuerzo y cena licuados verduras + papa amarilla ocasional adiciona pescado, las otras le desagradan, continua con subadecuacion proteica calorica, no huevo no queso, nuevamente se establec continuar con soporte oral complementario al igual que se decide incluir modulo proteico dado que via oral continua con subadecuacion y hay perdida de peso de 1 kg 22/02/22 Asiste a control, presento covid en enero/22, con deficit proteico calórico, en control anterior se estableció continuar con suplencia + inicio de modulo proteico, tuvo dificultades para la entrega por parte de su entidad de salud, recibe alimentación fraccionada, porciones pequeñas, intenta incluir carnes veganas de quinoa, o pollo o pescado pero porciones muy pequeñas, empezó actividad física, no desea conocer su peso Peso actual 53 kg. Ganancia de 2.4 kg se siente motivada a continuar probando alimentos y en tratamiento actual. 09/06/22: asiste a control después de 4 meses, refiere que ha intentado introducir otros alimentos como res 1 vez por semana, al igual que probar con helado, sale a comer con la familia, aun siente intolerancia hacia el banano, intenta incluir fuentes de proteína en cada tiempo de comida Peso actual: 58 kg ganancia de 5 kg.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

paciente joven con mas de 1 año de evolucion de disfagia, arogastria y dolor abdominal. le han realizo diferentes estudios que han estado normales, paciente con tendencia a la bradicardia. con compromiso esofágico físicamente luce caquéctica con sobrexposicion osea en todo el cuerpo, lanugo, indice masa corporal en rangos de delgadez, con perdida severa de peso del 31% en los ultimos 3 meses, considerando a la paciente en desnutrición severa asociada a disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en ph-metría, en manejo con gastro, en ocasiones nauseas generadas por la gastritis, refiere tener dificultad para la deglucion y flatos tras consumo de alimentos, en anteriores hospitalizaciones ha recibido suplementacion nutricional y modulación proteica. inicio manejo ambulatorio el 15/10/20: 46.6 kg estuvo hospitalizada por intolerancia, nuevamente con sonda y uso de jevity, ahora sin soporte enteral, previamente recibio soporte enteral por sonda de gastrostomia 5 ensure clinical/dia, retomo control 10/12/20: 46.7 kg (=), luego el 19/04/21: 52 kg con peso de 52.6 kg ganancia de 600gr, retomo control el 23/11/21 peso de 51.6 kg(-1kg)refiriendo reciente fallecimiento de padre lo genero incremento de la ansiedad y esto a su vez menor ingesta de alimentos con alteraciones disfagicas, pérdida de peso de 1 kg 22/02/22: retomo control con peso de 53 kg. Ganancia de 2.4 kg y cumplimiento de recomendaciones nutricionales. 09/06/22: asiste a control después de 4 meses, refiere que ha intentado introducir otros alimentos como res 1 vez por semana, al igual que probar con helado, sale a comer con la familia, aun siente intolerancia hacia el banano, intenta incluir fuentes de proteína en cada tiempo de comida Peso actual: 58 kg ganancia de 5 kg. paciente con disfagia severa presento desnutrición crónica asociada a perdida de peso en recuperacon nutricional, se decide suspender modulo proteico, disminuir dosis de soporte oral, en búsqueda de su peso saludable, se explica a la paciente. vía oral que no alcanza a cubrir aportes nutricionales a veces con baja densidad nutricional sin recuperacion nutricional total, por lo requiere continuar con soporte complementario para frenar perdida de peso y contribuir a su recuperación nutricional se realiza mipres para ensure advance formula la cual tolera dosis dia 3 botellas de 220 ml cada una codigo mipres: 20220609199033432204 entrego copia de historia clinica, orden control y brindo refuerzo en consejeria nutricional

DIAGNÓSTICOS

E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

R13X - DISFAGIA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 9558364

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
09.06.2022	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	AURORA CORRALES LONDOÑO

EPISODIO: 9573528

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 14.06.2022

Hora Registro: 11:16:14

Responsable: MUÑOZ ANDUQUIA, CLAUDIA XIMENA

Especialidad: PSIQUIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

Luz Mery Hoyos 31 años N/P: Cali Vive con madre Soltera Cristiana Escolaridad Universitaria (Contaduría) asiste sola motivo de consulta: CONTROL
Diagnosticos de trabajo por psiquiatría reportados en historia clínica de hospitalización reciente: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somaticos trastorno depresivo severo Tratamiento actual: - Mirtazapina tab 30mg: 2 tableta cada noche - Clonazepam 1 GOTA CON CADA COMIDA, 5 GOTAS NOCHE - Venlafaxina capsulas 75mg: 1 capsula en la mañana manejos farmacologicos previos suspendidos: paroxetina y fluoxetina, presento acatisia. Trazodona somnolencia. Sertralina presento cefalea, mareo. Clonazepam me puse mas tranquila, me ayudo. CONTROL 14/06/22: - Refiere le genera ansiedad "cuando tengo que hacer una tarea, cumplir con un horario, la ansiedad me afecta fisicamente". - Refiere completo el tiempo maximo de incapacidad, refiere ya no recibe pago de su empleador por incapacidad, refiere desea intentar volver a trabajar "me da mucho mas miedo quedarme sin un sueldo, pero ahora duermo un poco menos". - Ya retomo citas con psicología. Está realizando un curso de conducción, refiere se siente mas

motivada frente a ello. - "Soy analista financiera y contable, hay unos picos de estrés en el cierre, para mí ahora es como comenzar de nuevo, ya llevo 2 años si hacerlo" - Hay rumiación de pensamiento relacionada a la muerte de su padre. - Desde lo físico refiere "he sentido que mi estómago está tolerando más alimentos, he sentido menos síntomas gástricos, pero en estos días he sentido nerviosismo para tragar" - La relación con la madre es difícil, hay frecuentes discusiones, sin embargo la paciente teme quedarse sin ella.

PARACLINICOS: 29/04/22: GLICEMIA POSTPRANDIAL 76, BUN 11.5, K 4.4, PROTEÍNAS TOTALES 6.6, NA 138, ALT 23, TGC 143, AC FOLICO 14.3, AC URICO 3.7, ALBUMINA 3.9, VITAMINA B12: 395, CL 103, HDL 59, CT 190, FOSFORO 3.55, GGT18 HB GLICOSILADA 5.4, BBT 0.72, BBD 0.25, AST 21, CR 0.57 EXAMEN MENTAL: Colabora con la entrevista, cuida su presentación personal, colaboradora, establece contacto visual con entrevistadora, usa tapabocas. Alerta, euproséica, orientada, sin compromiso de memoria ni cálculo, inteligencia impresiona promedio. Euquinética. Afecto eutímico, de fondo ansioso. Euláica. Pensamiento Coherente, relevante, con adecuada producción ideoverbal, con ideas de preocupación en relación a quedarse sola y en relación a volver al trabajo, tiene ideas de minusvalía, sin ideas de muerte ni de suicidio, no detecto ideas delirantes, forma lógica. Niega alteraciones de la sensorio-percepción. Juicio y Raciocinio conservados. Introspección presente, prospección positiva. Nota: para la valoración se tuvieron en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias dada la situación de covid-19, uso de tapabocas durante toda la entrevista, mantenimiento de la distancia, limpieza de manos antes y después de ver al paciente. Durante la consulta no realice contacto físico.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANÁLISIS Y CONDUCTA

Con nutrición refiere va mejor, ha aumentado de peso, aun no llega a metas por esta mejor. Refiere desea intentar volver a trabajar, actualmente con el ajuste de venlafaxina los síntomas depresivos están más controlados, los síntomas ansiosos persisten pero en menor intensidad. Se le explica a la paciente que el retomar actividades laborales puede ser un factor de riesgo para una descompensación, por ello la importancia que tenga un acompañamiento muy estrecho desde salud ocupacional de su empresa.

RECOMENDACIONES PARA REINGRESO (PREVIA VALORACIÓN POR MÉDICO LABORAL PARA AJUSTE DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD LEGAL) 1.

Paciente que reingresa de incapacidad prolongada. 2. Se recomienda iniciar asumiendo tareas de forma gradual y no trabajar tiempo extra, no trabajar fines de semana, ni nocturnos, recomiendo iniciar trabajo con media jornada. 3. Permitir que asista a terapias y controles médicos. 4. Estudiar puesto de trabajo por salud ocupacional para determinar aspectos ambientales o fuentes generadoras de estrés (clima laboral). 5. Permitir asistencia a citas de control por psiquiatría, psicología y/o terapia ocupacional. 6. Recibir todas las capacitaciones necesarias para desempeñar su puesto de trabajo. 7. En lo posible manejar una sola tarea a la vez, de bajo nivel de estrés y con acompañamiento de un tercero. Ajusto dosis de venlafaxina para mayor control de síntomas ansiosos. Plan: - Mirtazapina tab 30mg: 2 tabletas cada noche (MEDICAMENTO DEL POS, NO REQUIERE MIPRES, REALIZO FORMULA) - Clonazepam 1 a 5 gotas antes de desayuno, almuerzo y cena y 4 a 10 gotas antes de dormir (HAGO FORMULA) - Venlafaxina capsulas 75 mg: 1 capsula en la mañana (TIENE FORMULA PARA 2 MESES MAS) - Venlafaxina capsulas 37.5mg: 1 capsula en la mañana (aumento dosis) - Psicoterapia con psicología semanal Control en 1 mes, es indispensable garantizar los controles mensuales por psiquiatría por parte de su eps. La paciente tiene un trastorno somatomorfo, de ansiedad y depresion severos, la evolución ha sido torpida, frente a minimas situaciones de estrés los síntomas empeoran llevandola incluso a no tolerar la via oral, por ello el reingreso laboral debe ser con baja carga de estres, acompañada por equipo de salud ocupacional. Información: Es importante seguir las recomendaciones médicas con relación a los exámenes de laboratorio, imágenes, los procedimientos y tratamientos ordenados. Son esenciales para su adecuado manejo. Todos los medicamentos pueden causar reacciones adversas. Antes de consumir un medicamento lea cuidadosamente la información que viene con cada uno de ellos. Debe comunicar al médico cualquier otro medicamento que tome incluyendo productos naturales. Si presenta una emergencia, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias para evaluación y atención médica.

DIAGNÓSTICOS

F322 - EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PS ICOTICOS

F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

F458 - OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 9573528

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
14.06.2022	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	UT Siquiatria	MARIA DEL MAR RAMIREZ PAYAN

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 9573528

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
14.06.2022	11:24	MIRTAZAPINA 30MG TABLETA	60.00	MG	VIA ORAL	C/24H	CLAUDIA XIMENA MUÑOZ ANDUQUIA
14.06.2022	11:24	VENLAFAXINA 37.5MG CP	37.50	MG	VIA ORAL	C/24H	CLAUDIA XIMENA MUÑOZ ANDUQUIA

EPISODIO: 9757146**Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A PAC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 05.08.2022

Hora Registro: 09:32:13

Responsable: CHARRIS CASTRO, YASELIS

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA -

MOTIVO DE CONSULTA

control

ENFERMEDAD ACTUAL

Natural/procedente: Cali Ocupación: contadora, analista financiera/incapacitada / comfandi asiste sola a consulta enfermedad actual: perdida de peso antecedentes: Patológicos: trastorno de ansiedad trastorno por síntomas somáticos trastorno depresivo Farmacológicos: Tratamiento actual: - Mirtazapina 30mg: 1 tableta cada noche - Clonazepam 2 gotas en la mañana y 2 a 5 gotas en la noche. Quirúrgicos: rinoplastia Alérgicos: metoclopramida y metilprednisolona (desasosiego) Hábito intestinal: 1 vez al día, Bristol 5-6 Familiares: Hipertensión(padre) ANTROPOMETRIA: PESO USUAL: 63 kg PESO ACTUAL:58 KG TALLA: 164.5 cm Índice de masa corporal: 21.3 KG/MT2 DIAGNOSTICO NUTRICIONAL paciente quien viene en desnutrición proteico calórica en recuperación PESO SALUDABLE: 55 a 60 kg CONTROL ANTROPOMETRICO: 15/10/20: 46.6 KG 10/12/20: 46.7 kg (=)

19/04/21: 52 KG 12/08/21: 52.6 KG (+600 GR) 23/11/21: 51.6 KG (-1 KG)
 22/02/22: 53 kg (+2.4 kg) 09/06/22: 58 kg (+5 kg) 05/08/22: 58 KG (=)
 CLINICA: delgada, caquexica ANAMNESIS ALIMENTARIA/ FRECUENCIA DE
 CONSUMO JUGO VERDE EN AYUNAS DESAYUNO: 7 a 8 am Huevo + arepa +
 ensure Media mañana: 10 am ensure advance almuerzo: arroz integral sopas
 de verduras aguacate Media tarde: ensure cena: similar al almuerzo
 INFORMACION Y HABITOS: Alergias alimentarias: niega Intolerancias
 alimentarias: Suplencia: ensure Advance 2 tomas al dia Rechazos: niega
 Apetito: REGULAR GASTROINTESTINAL: en ocasiones distensión
 estreñimiento, Reflujo, gastritis ahora deposiciones positivas ACTIVIDAD
 FISICA: escasa REQUERIMIENTOS: 35 a 40 kcal/kg 1.5 a 1.8 gr proteína
 BIOQUIMICA: ni tiene reciente CONTROL ALIMENTARIO: PRVIAMENTE: recibe
 soporte enteral por sonda de gastrostomia Ahora: 3 ensure hn am, 2 hn a las
 12 y 2 hn a las 16 EN 1 hora diciembre/20 inicio líquidos completos avanza
 solidos muy blandos en manejo por fono recibe alimentación semiblanda, al
 desayuno colada con huevo tibio, fruta macerada, ensure clinica 18/04/21
 paciente quien asiste a control, previamente en dic se habia realizado cambio
 de soporte oral sin embargo eps no entrego, pendiente entrega refiere que en
 casa realizan coladas, en ocasiones consumo de alimentos solidos pero
 preferencia por liquidos, ya finalizo terapias de fono, rechazo por pollo, solo
 come arroz integral, verduras, huevo, papa amarilla intolerancia a lacteos y
 gluten, soja, aun hay subadecuacion proteica se dan indicaciones para probar
 proteinas vegetales 12/08/21: en mayo se realizo nota aclaratoria, para
 actualizar mipres, refiere que ha incrementado consumo alimentario, en
 ayunas jugo verde, intenta incluir fuentes proteicas en desayuno, al almuerzo
 solo sopa y arroz, pollo 1 vez x semana, ensure advance 3 tomas al dia,
 continua con subadecuacion proteica, intenta licuar las fuentes proteicas pero
 no se las consume, continua con rechazo hacia las proteinas de origen animal,
 proba proteicos vegetales, se dan indicaciones nuevamente de intentar con
 fuentes proteicas de origen vegetal, huevo 3 al dia actualmente ensure cubre
 el 15kcal/kg y 0.75 gr prot/kg cubriendo aprox el 50% de sus necesidades
 totales, no se cambia suplencia dado que no tolera otros productos. 23/11/21:
 asiste a control despues de 3 meses, refiere reciente fallecimiento de padre lo
 que ha generado incremento de la ansiedad y esto a su vez menor ingesta de
 alimentos con alteraciones disfagicas, al desayuno arepa o pan, pero almuerzo
 y cena licuados verduras + papa amarilla ocasional adiciona pescado, las otras
 le desagradan, continua con subadecuacion proteica calorica, no huevo no
 queso, nuevamente se establec continuar con soporte oral complementario al
 igual que se decide incluir modulo proteico dado que via oral continua con
 subadecuacion y hay perdida de peso de 1 kg 22/02/22 Asiste a control,

presentó covid en enero/22, con déficit proteico calórico, en control anterior se estableció continuar con suplencia + inicio de modulo proteico, tuvo dificultades para la entrega por parte de su entidad de salud, recibe alimentación fraccionada, porciones pequeñas, intenta incluir carnes veganas de quinua, o pollo o pescado pero porciones muy pequeñas, empezó actividad física, no desea conocer su peso. Peso actual 53 kg. Ganancia de 2.4 kg se siente motivada a continuar probando alimentos y en tratamiento actual. 09/06/22: asiste a control después de 4 meses, refiere que ha intentado introducir otros alimentos como res 1 vez por semana, al igual que probar con helado, sale a comer con la familia, aun siente intolerancia hacia el banano, intenta incluir fuentes de proteína en cada tiempo de comida. Peso actual: 58 kg ganancia de 5 kg. 05/08/22: Retoma control regreso al trabajo refiere que ha presentado dificultada nuevamente con la ingesta, hiporexia y selectividad, en anterior control se estableció cambio de formula a ensure clinical pero manifiesta síntomas digestivos adversos

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

paciente joven con antecedentes de disfagia, arogastría y dolor abdominal. le han realizado diferentes estudios que han estado normales, paciente con tendencia a la bradicardia. con compromiso esofágico físicamente luce caquética con sobrexposición ósea en todo el cuerpo, lanugo, índice masa corporal en rangos de delgadez, con pérdida severa de peso del 31% en los últimos 3 meses, considerando a la paciente en desnutrición severa asociada a disfagia esofágica por hipersensibilidad lo cual quedó documentado en pH-metría, en manejo con gastro, en ocasiones náuseas generadas por la gastritis, refiere tener dificultad para la deglución y flatos tras consumo de alimentos, en anteriores hospitalizaciones ha recibido suplementación nutricional y modulación proteica. inicio manejo ambulatorio el 15/10/20: 46.6 kg estuvo hospitalizada por intolerancia, nuevamente con sonda y uso de jevity, ahora sin soporte enteral, previamente recibió soporte enteral por sonda de gastrostomía 5 ensure clinical/día, retomo control 10/12/20: 46.7 kg (=), luego el 19/04/21: 52 kg con peso de 52.6 kg ganancia de 600gr, retomo control el 23/11/21 peso de 51.6 kg(-1kg)refiriendo reciente fallecimiento de padre lo genero incremento de la ansiedad y esto a su vez menor ingesta de alimentos con

alteraciones disfagicas, pérdida de peso de 1 kg 22/02/22: retomo control con peso de 53 kg. Ganancia de 2.4 kg y cumplimiento de recomendaciones nutricionales. 09/06/22: Peso actual: 58 kg ganancia de 5 kg. cambios en conducta alimentaria se realiza cambio de soporte oral. 05/08/22: Retoma control regreso al trabajo refiere que ha presentado dificultada nuevamente con la ingesta, hiporexia y selectividad, en anterior control se estableció cambio de formula a ensure clinica pero manifiesta síntomas digestivos adversos paciente con disfagia severa presento desnutrición crónica asociada a perdida de peso en recuperacon nutricional, se decide suspender modulo proteico, disminuir dosis de soporte oral, en búsqueda de su peso saludable, se explica a la paciente. vía oral que no alcanza a cubrir aportes nutricionales a veces con baja densidad nutricional sin recuperacion nutricional total, por lo requiere continuar con soporte complementario para frenar perdida de peso y contribuir a su recuperación nutricional se realiza mipres para ensure advance formula la cual tolera dosis dia 2 botellas de 220 ml cada una codigo mipres: 20220805110033808204 entrego copia de historia clinica, orden control y brindo refuerzo en consejeria nutricional control en 3 meses

DIAGNÓSTICOS

E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA

R13X - DISFAGIA

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 9757146

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
05.08.2022	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	NAREN DARYANETH CASTILLO SUAREZ