



SEÑORES:

JUZGADO PRIMERO PROMISCO MUNICIPAL DE TURBACO.

RAD- 2019-345

Asunto: Incidente de nulidad de Sentencia.

Soy, **NATHALI ELLES HERRERA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.047.398.937 de Cartagena y portadora de la tarjeta profesional N° 205851 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, ante usted acudo a fin de interponer recurso de apelación en contra de la providencia de fecha 8 de noviembre de 2021, de la cual me enteré apenas el día de ayer, que se entregó el acta de la mencionada diligencia, estando en la oportunidad procesal para hacerlo, acudo a fin de manifestar mi inconformidad con la decisión, que fue adoptada, lo anterior basado en las siguientes,

CONSIDERACIONES JURÍDICAS:

1. Nulidades en el transcurso del presente proceso:

Las nulidades en nuestro ordenamiento son la excepción, por lo tanto, las mismas son taxativas, por ello procederemos a sustentar de manera clara cómo se producen las nulidades en el presente asunto y que dan al traste con el derecho al debido proceso y a la representación judicial, así:

1. LA PROCEDENCIA DE LA NULIDAD CONTRA SENTENCIAS JUDICIALES:

Reza nuestro CGP:

"Artículo 134. Oportunidad y trámite.

Las nulidades podrán alegarse en cualquiera de las instancias antes de que se dicte sentencia o **con posteridad a esta, si ocurrieren en ella.**"(Negritas nuestras).

Por lo anterior, es más que claro que en procesos como el presente de única instancia en donde todo el procedimiento fue agotado en una única audiencia, solo resulta procedente la nulidad presentada como incidente como la única alternativa procesal, con la cual se cuenta en el ordenamiento jurídico para

E-mail: nataelhe@gmail.com - Cel. 3122653096
Cartagena de Indias - Colombia



sanear dentro de la misma actuación una nulidad que se haya dado durante el transcurso de la audiencia que dio fin al proceso, máxime cuando prácticamente todas las instancias procesales se surtieron en un único acto procesal.

2. CAUSAL DE NULIDAD: CGP Artículo 133 # 4. Cuando es indebida la representación de alguna de las partes, o cuando quien actúa como su apoderado judicial carece íntegramente de poder.

Su señoría, en la actuación judicial desarrollada ni mi mandante la señora, ANA LUCIA PAEZ DE CORREA, ni el señor JUAN CARLOS CORREA PAEZ, tuvieron un abogado que defendiera sus intereses, ya que estos no suscribieron poder a los apoderados de la parte demandante, esta situación, fue advertida por el apoderado de la demandada en principio de lealtad procesal, esta indebida representación judicial su señoría hace que para mi mandante fuese imposible, ejercer su derecho de defensa y contradicción, porque si bien es cierto, existía un representante judicial que representaba los intereses de alguna de las partes demandadas, esto se encuentra debidamente probado su señoría, en el proceso, dado que allí podrá usted determinar, que en efecto ningún poder fue aportado por los demandados a favor de mi mandante ANA LUCIA PEREZ DE CORREA ni del señor JUAN CARLOS CORREA PEREZ, hacemos la salvedad en esta última persona que no representamos judicialmente, en virtud del principio de lealtad procesal, para que le sea designado defensor público o de oficio para que lo represente en la mencionada actuación. Pero su señoría el hecho de que mi mandante no haya sido asistida por un profesional del derecho es un vicio que no es saneable por ninguno de los medios establecidos en el CGP, y por tal motivo, al ser el mismo insaneable indefectiblemente debe prosperar para garantizar el debido ejercicio del derecho a la defensa, a la contradicción, a solicitar y aportar pruebas, y a ser representado por un profesional del derecho que posee mi mandante ANA LUCIA.

3. CAUSAL DE NULIDAD: CGP Artículo 133 # 2. Cuando el juez procede contra providencia ejecutoriada del superior, revive un proceso legalmente concluido o pretermite íntegramente la respectiva instancia.

En esta causal su señoría tenemos que manifestar, que en la audiencia que fue declarada fallida en fecha 14 de septiembre de 2021, si bien mi mandante aparece en la misma, en ningún momento le fue posible referirse a si estaba o no de acuerdo con la etapa de conciliación, dado a que en este momento se encontraba afrontando padecimientos de salud que no le permitían asistir a una diligencia de la



Especialista en seguridad social,
asuntos laborales y administrativos.

mencionada envergadura, sin embargo, en video consta que mi cliente no da una respuesta al momento de manifestar si se encuentra o no de acuerdo con la conciliación, por haber tenidos fuertes padecimientos de salud y una medicación, ni tampoco le otorga poder a ningún abogado, inclusive el apoderado sustituto de la demandante asegura que él no sabía qué hacer con los casos de los señores, ANA LUCIA PEREZ DE CORREA y JUAN CARLOS CORREA PEREZ, quienes a su parecer eran personas incapaces de comparecer a la diligencia, y asegurando además que había entregado el historial clínico de mi mandante ANA LUCIA, y asegurando un problema de drogadicción informado por sus mandantes del señor JUAN CARLOS, es decir, su señoría que usted conoció de esta situación, lo cual debió ser un signo de alarma pero, que no se tomo ningún correctivo en esta que era la oportunidad para ello, sin embargo, su señoría lo que debemos manifestar es que al no haber intervenido en la diligencia de conciliación, ni en ninguna de las actuaciones procesales anteriores o sucesivas, ni mi mandante ni el señor JUAN CARLOS PEREZ CORREA, han tenido la oportunidad de participar en el proceso, por tal motivo, respecto de los mismos, se pretermitió totalmente la respectiva instancia, ya que no participaron de ninguno de los actos procesales que tuvieron lugar en la misma, es por ello, que el presente cargo debe prosperar su señoría ya que ni la señora ANA LUCIA ni el señor JUAN CARLOS, tuvieron la oportunidad de contestar demanda, presentar excepciones, proponer formulas de conciliación, solicitar y practicar pruebas, presentar alegatos de conclusión, recursos, en fin cualquiera de los actos procesales, son solamente por no estar representados por un abogado, que ya está demostrado que no lo fueron, sino, que adicionalmente, no fueron partícipes del proceso, por ello creemos que la posición del Juzgado de haber dado validez a la etapa de conciliación sin la participación de dos personas que integraban el contradictorio resultó desacertada ya que le violentó la posibilidad procesal de asistir al mismo y exponer alguna formula de arreglo por si mismos o por intermedio de alguno de sus representantes o por un apoyo judicial, figura que trataremos en un aparte propio.

4. CAUSAL DE NULIDAD: CGP Artículo 133 # 8. Cuando no se practica en legal forma la notificación del auto admisorio de la demanda a personas determinadas, o el emplazamiento de las demás personas, aunque sean indeterminadas, que deban ser citadas como partes, o de aquellas que deban suceder en el proceso a cualquiera de las partes, cuando la ley así lo ordena, o no se cita en debida forma al Ministerio Público o a cualquier otra persona o entidad que de acuerdo con la ley debió ser citado.

E-mail: nataelhe@gmail.com - Cel. 3122653096
Cartagena de Indias - Colombia



Especialista en seguridad social,
asuntos laborales y administrativos.

Su señoría mi mandante no fue notificada en debida forma del auto admisorio de la demanda, y no solamente esto su señoría, el señor JUAN CARLOS CORREA PAEZ no vive en el domicilio señalado en la demanda, esto explica por que los mismos no participaron del proceso, es por ello u señoría que al no encontrarse una prueba de la notificación realizada directamente a mi mandante, ni al señor JUAN CARLOS CORREA PAEZ, y los mismos haber carecido de un abogado para que los asistiera, no se pudo concretar su derecho a la defensa y a la contradicción, en el caso del señor JUAN CARLOS CORREA PAEZ, me han informado que el mismo residía en el barrio el ají del municipio de Turbaco, casa sin nomenclatura, pero que en la actualidad se desconoce su residencia ya que el mismo no ha querido revelarla, por ello, su señoría debió emplazarse al mismo, y la parte demandada debió asegurarse de que en la constancia de notificación surtida de manifestará que se pudo notificar a cada uno de los demandados, lo cual no ocurrió en el presente caso, y es por ello, que esta llamada a prosperar la presente causal de nulidad.

FALTA DE APLICACIÓN DEL RÉGIMEN PARA EL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD LEGAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MAYORES DE EDAD. LEY 1996 DE 2019.

En Colombia las personas que pudieren sufrir de algún tipo de discapacidad cuentan ahora con un régimen afirmativo que les permite desarrollar su vida en unas condiciones más dignas, el mismo tiene como característica que parte de la base de la capacidad que tienen para definir su vida las personas discapacitadas, esto sin que sea óbice para que los mismos cuando la complejidad del asunto así lo requiera reciban un apoyo de personas o profesionales debidamente capacitados para ello, de esta manera se dispuso en la ley 1996 de 2019 lo siguiente:

“ARTÍCULO 14. Defensor Personal. En los casos en que la persona con discapacidad necesite apoyos, pero no tenga personas de confianza a quién designar con este fin, el juez de familia designará un defensor personal, de la Defensoría del Pueblo, que preste los apoyos requeridos para la realización de los actos jurídicos que designe el titular.”

“ARTÍCULO 32. Adjudicación judicial de apoyos para la realización de actos jurídicos. Es el proceso judicial por medio del cual se designan apoyos formales a una persona con discapacidad, mayor de edad, para el ejercicio de su capacidad legal frente a uno o varios actos jurídicos concretos.



La adjudicación judicial de apoyos se adelantará por medio del procedimiento de jurisdicción voluntaria, cuando sea promovido por la persona titular del acto jurídico, de acuerdo con las reglas señaladas en el artículo 37 de la presente ley, ante el juez de familia del domicilio de la persona titular del acto.

Excepcionalmente, la adjudicación judicial de apoyos se tramitará por medio de un proceso verbal sumario cuando sea promovido por persona distinta al titular del acto jurídico, conforme a los requisitos señalados en el artículo 38 de la presente ley.

PARÁGRAFO. El Consejo Superior de la Judicatura, a través de la Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, en un plazo no superior a un (1) año contado a partir de la expedición de los lineamientos de valoración señalados en el artículo 12, diseñará e implementará un plan de formación a jueces y juezas de familia sobre el contenido de la presente ley, sus obligaciones específicas en relación con procesos de adjudicación judicial de apoyos y sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.”

Existiendo normatividad, precisa y lineamientos acerca de la posibilidad del otorgamiento de apoyo por parte de la Defensoría del Pueblo, y al haber sido prevenida de las dificultades de salud de mi mandante y del señor JUAN CARLOS, le era dable a la Juez el establecer un mecanismo de protección para los derechos fundamentales de mi mandante consistente en la solicitud de valoración de apoyos a la Defensoría del Pueblo y la solicitud de designación de un Defensor Personal, de esta misma entidad, sin embargo, se ha obviado por completo la realización de cualquier actuación en el proceso tendiente a la valoración de apoyos y a la obtención de un defensor de sus intereses tramites todos estos gratuitos, sin embargo, se extraña que no se haya realizado ningún acto tendiente a garantizar los derechos de una persona que tiene algún grado de discapacidad física y mental, sino que por el contrario se haya continuado con el presente asunto, vulnerando así los derechos fundamentales de las personas en situación de discapacidad.

Por lo anterior su señoría le solicito lo siguiente.

E-mail: nataelhe@gmail.com - Cel. 3122653096
Cartagena de Indias - Colombia



PRETENSIONES:

1. Solicito se decrete la nulidad de todo lo actuado en el presente proceso, y en su lugar se permita el ejercicio de los derechos a la defensa y la contradicción de mi mandante, ANA LUCIA PEREZ DE CORREA y del señor JUAN CARLOS CORREA PAEZ.
2. Como consecuencia de la anterior declaración déjense sin efectos todas las providencias dictadas incluida la notificación personal, la contestación de la demanda, la audiencia inicial, las pruebas practicadas, la etapa de conciliación, la etapa de alegaciones e instrucción y la sentencia, por los argumentos que fueron expuestos en la sustentación del presente incidente.
3. Que cómo una acción afirmativa a favor de los señores ANA LUCIA PEREZ DE CORREA y del señor JUAN CARLOS CORREA PAEZ, se solicite a la Defensoría del Pueblo la valoración de apoyos y la designación de defensor personal a estas personas en aras de proteger sus derechos fundamentales cómo personas con algún grado de discapacidad.

ANEXOS:

PODER PARA ACTUAR.

PRUEBAS.

HISTORIA CLINICA de mi mandante la señora ANA LUCIA PEREZ DE CORREA.

Notificaciones:

Recibimos notificaciones en el correo electrónico: nataelhe@gmail.com y al Cel. 312-2653096.

E-mail: nataelhe@gmail.com - Cel. 3122653096
Cartagena de Indias - Colombia



NathalíEllesHerrera

A b o g a d a

Especialista en seguridad social,
asuntos laborales y administrativos.

Atentamente:

NATHALI ELLES HERRERA

C.C. N° 1.047.398.937

T.P. N° 205851 DEL C.S. DE LA J.

E-mail: nataelhe@gmail.com - Cel. 3122653096
Cartagena de Indias - Colombia



Especialista en seguridad social,
asuntos laborales y administrativos.

SEÑORES:

JUZGADO PRIMERO PROMISCO MUNICIPAL DE TURBACO.

RAD- 2019-345

Asunto: Otorgamiento de poder.

Soy, ANA LUCIA PAEZ DE CORREA, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía N° 30.769.570 Tengo mi domicilio y residencia en el municipio de Turbaco.

Ante usted vengo, por el presente escrito, para manifestarle que otorgo poder especial, amplio y suficiente a la abogada, **NATHALI ELLES HERRERA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.047.398.937 de Cartagena y portadora de la tarjeta profesional N° 205851 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para que, ante ustedes, ejerza mi representación judicial en el proceso de la referencia consistente en resolución de contrato de promesa de compraventa, la apoderada tendrá la facultades de ley en especial, representarme judicialmente, interponer recursos, presentar incidentes, recibir, y en fin las demás en beneficio de mis intereses, le relevo de costas.

Atentamente,


ANA LUCIA PAEZ DE CORREA
C.C. N° 30.769.570

Acepto poder,


NATHALI ELLES HERRERA
C.C. N° 1.047.398.937

T.P. N° 205851 DEL C.S. DE LA J.

Notaria Unica del Círculo de Turbaco
Diligencia de Presentación
Personal

Ante el Suscrito Notario Unico del Círculo de Turbaco fue presentado personalmente este documento por: ANA LUCIA PAEZ DE CORREA



11 NOV. 2021

Identificado con
Turbaco,

30.769.570

NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO DE TURBACO
BOLIVAR
EL SUSCRITO NOTARIO CERTIFICA QUE:

El sistema biométrico exigido por ley no fue utilizado y por tanto no hubo cotejo dactilar en ésta diligencia por las siguientes razones:

- ☐ 1. FALLA TÉCNICA
- ☐ 2. IMPEDIMENTO FÍSICO
- ☐ 3. POR FIRMA REGISTRADA
- ☐ 4. FALTA DE CONECTIVIDAD
- ☐ 5. SUSPENSIÓN FLUIDO ELÉCTRICO
- ☒ 6. OTROS Domicilio

Artículo 3°. Resolución 6467 de 2015 S.N.R.

Email: nataelhe@gmail.com - Cel. 3122653096
Cartagena de Indias - Colombia

SERVICIO A DOMICILIO

Realizado por: EVANILDO ESPINOSA
11 NOV. 2021





Fecha Actual : viernes, 15 octubre 2021

HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA

EPICRISIS

Nº24808

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 15/octubre/2021 04:29 p. m. Ingreso: 2392451 Fecha de Ingreso: 05/10/2021 06:31 Confirmado
Médico: 1102847974 SANDY MILENA MORENO UPARELA
Información Paciente: ANA LUCIA PAEZ DECORREA Tipo Paciente: Contributivo Sexo: Femenino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía Número: 30769570 Edad: 62 Años \ 7 Meses \ 16 Días F. Nacimiento: 28/02/1959
E.P.S: DG. SANIDAD MILITAR-ARMADA Dias de Estancia: 10

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Fecha Epicrisis: 15/10/2021 16:29 Cama: 225A Fecha Egreso: 15/10/2021 16:29 Estado Paciente:
Motivo Consulta: Motivo de consulta
PERDIDA DE LA CONCIENCIA
SE VALORA PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD PARA PREVENCIÓN DE COVID-19. PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD CON IDX:13. SÍNDROME NEUROLÓGICO AGUDO SECUNDARIO A:1. ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA. ENCEFALITIS AUTOINMUNE VS ENCEFALITIS INFECCIOSA L. ACV ?14. CRISIS EPILEPTICA SINTOMÁTICA AGUDA15. SECUELAS DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR HISTORIA CLÍNICA16. HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA EN MANEJO

Enfermedad Actual: Enfermedad actual
REFIERE LA FAMILIAR QUE EN EL DIA DE AYER COMENZÓ A PRESENTAR DESORIENTACION, MALESTAR GENERAL, ELEVACION DE LAS CIFRAS TENSIONALES QUE EVOLUCIONÓ A PERDIDA DE LA CONCIENCIA. FUE INTERNADA EN HOSPITAL LOCAL DE TURBACO DONDE MANEJARON LA CRISIS HIPERTENSIVA Y HUBO LEVE MEJORIA CON APERTURA OCULAR AL MOVERSE PERO SIN RESPUESTA VERBAL. NO REFIERE FIEBRE NI DISNEA.
HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
HISTORIA DE INGRESO A UCI

FECHA: 05/10/2021
NOMBRE: ANA LUCIA PAEZ DE CORREA
EDAD: 62 AÑOS
CC: 30769570
APACHE II AL INGRESO PUNTOS, MORTALIDAD % Medico; % Quirúrgico

MC: CONVULSIONO

EA: PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE HACE 3 AÑOS, CON SECUELAS COGNITIVAS Y MOTORAS. HACE 2 MESES INICIA CON ALUCINACIONES VISUALES Y SOLILOQUIO, EL DIA DE AYER PRESENTA ALTERACION DE LA CONCIENCIA, CON SOMNOLENCIA EXCESIVA Y POSTURA TONICA DE LAS EXTREMIDADES, ASOCIADO A CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, POR LO QUE CONSULTAN A CENTRO MEDICO DONDE MANEJAN TA Y REMITEN A ESTA INSTITUCION.
EN SALA DE OBSERVACION PRESENTA EPISODIO UNICO DE DESVIACION CEFALICA FORZADA HACIA LA DERECHA, SUPRAVERSION DE LA MIRADA, POSTURA TONICA DE LAS EXTREMIDADES CON POSTERIOR FASE CLONICA, Y SOMNOLENCIA POSICTAL.
FAMILIAR NIEGA: FIEBRE U OTRA SINTOMATOLOGIA.

BAJO EFECTOS DE SEDACION Y EN POSICTAL, SE ENCUENTRA SOMNOLIENTA, PUPILAS REACTIVAS, NO RESPONDE A ESTIMULOS, REFLEJOS DE ESTIRAMIENTO +/++++ GENERALIZADOS, SIN RIGIDEZ DE NUCA. RESPUESTA PLANTAR INDIFERENTE BILATERAL.
Por todo lo anterior es valorada por el servicio de neurología que ordena manejo anticrisis, solicita estudios e imágenes complementaria, al igual que ordena traslado a unidad de cuidados intermedios- para monitoria por alto riesgo de deterioro-

FARMACOLOGICOS: NIEGAN

ALERGICOS: NIEGA

QUIRURGICO: HISTERECTOMIA

PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE HACE 3 AÑOS, CON SECUELAS COGNITIVAS Y MOTORAS. HACE 2 MESES INICIA CON ALUCINACIONES VISUALES Y SOLILOQUIO, EL DIA DE 04/10/21 PRESENTA ALTERACION DE LA CONCIENCIA, CON SOMNOLENCIA EXCESIVA Y POSTURA TONICA DE LAS EXTREMIDADES, ASOCIADO A CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, POR LO QUE CONSULTAN A CENTRO MEDICO DONDE MANEJAN TA Y REMITEN A ESTA INSTITUCION EL DIA 05/10/21 EN SALA DE OBSERVACION PRESENTA EPISODIO UNICO DE DESVIACION CEFALICA FORZADA HACIA LA DERECHA, SUPRAVERSION DE LA MIRADA, POSTURA TONICA DE LAS EXTREMIDADES CON POSTERIOR FASE CLONICA, Y SOMNOLENCIA POSICTAL.

Sistema Inmunológico
NO EXPLORADO
Sistema Integumentario
NO EXPLORADO
Aparato Digestivo
NO EXPLORADO
Sistema Nervioso
NO EXPLORADO
Sistema Oseo
NO EXPLORADO
Sistema Respiratorio
NO EXPLORADO
Sistema Muscular
NO EXPLORADO
Sistema Circulatorio
NO EXPLORADO
Sistema Endocrino
NO EXPLORADO
Sistema Renal
NO EXPLORADO

Indica Med/Conducta:

Plan de Manejo:
SOLUCION SALINA A 70 CC POR HORA.FUROSEMIDA AMPOLLA 20 MG PASAR 1 IV AHORA.OXIGENO A 3 LITROS POR MINUTO CON CANULA.
Se valora paciente con los elementos de protección personal acuerdo normatividad vigente Instituto nacional de salud, para prevención de prop

Paciente con cuadro clínico descrito en enfermedad actual, valorado por el servicio de neurología en el servicio de urgencia, además evalúa im
PACIENTE VALORADA PRO EL SERVICIO D ENEUROLOGIA QUIEN CONCEPTUA
:PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE, CURSA CON EPISODIO DE ALTERACION DE LA CONCIENCIA, ASOCIADO EL
INDICA MEDICACION ANTICRISIS- SOLICITA IRM CEREBRAL CONTRASTADA, EEG,-

Por todo lo anterior inicia manejo conticonvulsivante con levetiracetam endovenoso, protección gástrica se continúa con líquido endovenoso, de

ante estado de la paciente y riesgo de estatus epiléptico con progresión del deterioro de conciencia, se considera debe ser monitorizada en uci
SE VALORA PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ACUERDO NORMATIVIDAD VIGENTE INSTITUTO NACIONAL DE SAL
PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD, QUEIN INGRESA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS EN REGULARES CONDICIONES GE

Estado Ingreso:

Antecedentes:

BUENO
REGULAR
Tipo:Médicos Fecha: 14/02/2013 04:51 p. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Alérgicos Fecha: 14/02/2013 04:51 p. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Médicos Fecha: 18/02/2018 06:02 p. m.
Detalle: HTA MANEJADA CON ENALAPRIL
Tipo:Médicos Fecha: 06/08/2018 11:48 a. m.
Detalle: PACIENTE REFIERE ENCEFALITIS Y HIPERTENSION ARTERIAL
Tipo:Médicos Fecha: 05/10/2021 06:54 a. m.
Detalle: SECUELAS DE ENCEFALITIS

Result. Procedimientos:

Interpretación de Paraclinicos:
NA137, K4.2, CL100, LEUCO14.96, HB14, HTO 43.3, VCM84.1, HCM27.2, PLQ410, NEU85.2%, LIN9.7%, MON3.5%, PCR24, TROPONINA
NEGATIVO, GLICEMIA BASAL 155, BUN 9.6, CREA 0.63, PH7.33, PCO2:48, PO2:63, HCO3:25.8, LAC2.3 PAFI 300
RX DE TORAX SE OBSERVA REFORZAMIENTO DE LA RAMA, PULMON DERECHO MEDIO ESTERNAL CONSOLIDACION. ELECTROCARDIOGRAMA
TAQUICARDIA SINUSAL, SIN ELEVACION DEL ST, SIN PRESENCIA DE ARRITMIAS, SIN SIGNOS DE ISQUEMIA.
Interpretación de Paraclinicos:
PT12.7/11.5 INR1.1 PTT43.4/30.7
TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN EVIDENCIA DE LESIONES ISQUEMICAS, HEMORRAGICAS U OCUPANTES DE ESPACIO.

NA137, K4.2, CL100, LEUCO14.96, HB14, HTO 43.3, VCM84.1, HCM27.2, PLQ410, NEU85.2%, LIN9.7%, MON3.5%, PCR24, TROPONINA
NEGATIVO, GLICEMIA BASAL 155, BUN 9.6, CREA 0.63, -
PH7.33, PCO2:48, PO2:63, HCO3:25.8, LAC: 2.3 PAFI 300

RX DE TORAX SE OBSERVA REFORZAMIENTO DE LA RAMA, PULMON DERECHO MEDIO ESTERNAL CONSOLIDACION.
ELECTROCARDIOGRAMA TAQUICARDIA SINUSAL, SIN ELEVACION DEL ST, SIN PRESENCIA DE ARRITMIAS, SIN SIGNOS DE ISQUEMIA.

Condiciones Salida:

Indicación Paciente:

Examen Físico:

Justificación:

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS COOMORBIDA HTA QUE INGRESO POR PRESENTAR ENCEFALOPATIA AUTOINMUNE VS HIPERTENSIVA,
ACTUALMENTE CON MEJORIA CLINICA, CON MEJORIA DEL HABLA Y LA MOVILIZACION NO HA PRESENTADO OTRO EPISODIO CONVULSIVO,
VALORADO POR NEUROLOGO DE TURNO QUE CONSIDERA DAR EGRESO CON CITA CONTROL CON NEUROLOGIA EN 7 DIAS Y SEGUIR EN
MANEJO POR NUTRICION - FONOAUDIOLOGIA - TERAPIA FISICA - TERAPIA OCUPACIONAL Y SEGUIMIENTO. PACIENTE Y FAMILIAR QUE
REFIRE ENTENDER Y ACEPTAR.

Resultado Examen:

Justificación Muerte:

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Ingreso/Relacionado	G048	OTRAS ENCEFALITIS, MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS	☒

Nombre reporte : HCRPEpicrisis

Página 2/15

LICENCIADO A: [DIRECCION DE SANIDAD NAVAL] NIT [830039670-5]

Usuario: 1102847974

Ingreso/Relacionado	G459
Ingreso/Relacionado	G934
Ingreso/Relacionado	I10X
Ingreso/Relacionado	I674
Ingreso/Relacionado	I679
Ingreso/Relacionado	R520
Ingreso/Relacionado	R568
Ingreso/Relacionado	Z133
Ingreso/Relacionado	Z136
Ingreso/Relacionado	Z501
Ingreso/Relacionado	Z740
Egreso	G934

ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA, SIN OTRA ESPECIFICACION
ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMAARIA)
ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA
DOLOR AGUDO
OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS
EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS CARDIOVASCULARES
OTRAS TERAPIAS FISICAS
PROBLEMAS RELACIONADOS CON MOVILIDAD REDUCIDA
ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA

[illegible]

FECHA	DESCRIPCIÓN	MÉDICO
-------	-------------	--------

JIMENEZ DARRA HUGO
ALBERTO

DEARCO TILVE HERLIN
ENRIQUE

DEARCO TILVE HERLIN
ENRIQUE

DEARCO TILVE HERLIN
ENRIQUE

COVID 19. MC: CONVULSIONES: PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE HACE 3 AÑOS, CON SECUÉLAS COGNITIVAS Y MOTORAS. HACE 2 MESES INICIA CON ALUCINACIONES VISUALES Y SOLILOQUIO, EL DÍA DE AYER PRESENTA ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA, CON SOMNOLENCIA EXCESIVA Y POSTURA TÓNICA DE LAS EXTREMIDADES, ASOCIADO A CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, POR LO QUE CONSULTA A CENTRO MÉDICO DONDE MANEJAN TA Y REMITEN A ESTA INSTITUCIÓN. CON MEJORA DEL ESTADO DE CONCIENCIA Y AL BAJAR CIFRAS TENSIONALES, EL DÍA DE HOY ESTANDO EN SALA DE OBSERVACIÓN PRESENTA EPISODIO ÚNICO DE DESVIACIÓN CEFÁLICA FORZADA HACIA LA DERECHA, SUPRAVERSIÓN DE LA MIRADA, POSTURA TÓNICA DE LAS EXTREMIDADES CON POSTERIOR FASE CLÓNICA, Y SOMNOLENCIA POSICIONAL. FAMILIAR NIEGA FIEBRE U OTRA SINTOMATOLOGÍA. PERSONALES PATOLÓGICOS: ENCEFALITIS AUTOINMUNE. FARMACOLÓGICOS, ALÉRGICOS NIEGA RESULTADO Apoyo Diagnóstico TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN EVIDENCIA DE LESIONES ISQUEMICAS, HEMORRÁGICAS U OCUPANTES DE ESPACIO. 137, K4.2, CL100, LEUCO 14.96, HB14, HTO 43.3, VCM 84.1, HCM 27.2, PLQ 410, NEU 85.2%, LIN 9.7%, MON 3.5%, PCR 24, TROPONINA NEGATIVO, GLICEMIA BASAL 155, BUN 9.6, CREA 0.63, PH 7.33, PCO2 48, PO2 63, HCO3 25.8, LAC 2.3 PAFI 300RX DE TORAX SE OBSERVA REFORZAMIENTO DE LA RAMA, PULMON DERECHO MEDIO ETERNAL CONSOLIDACIÓN. ELECTROCARDIOGRAMA TAQUICARDIA SINUSAL, SIN ELEVACIÓN DEL ST, SIN PRESENCIA DE ARRITMIAS, SIN SIGNOS DE ISQUEMIA. Análisis, Recomendaciones y Conducta PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE, CURSA CON EPISODIO DE ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA, ASOCIADO EL DÍA DE HOY CRISIS EPILEPTICA, SE INTERROGA FAMILIAR REFIERE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN, AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA SOMNOLENTA, SIN SIGNOS MENINGEOS, TIENE TAC CEREBRAL SIMPLE DONDE NO EVIDENCIA LESIONES AGUDAS, SOLO CAMBIOS POR ATROFIA, LABORATORIOS CON LEVE LEUCOCITOSIS, SE CONSIDERA PROBABLE CUADRO DE ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA Y/O ENCEFALITIS DE PROBABLE ORIGEN AUTOINMUNE, EN RECAÍDA, SE INDICA MEDICACIÓN ANTICRISIS. ANTE ESTADO DE LA PACIENTE Y RIESGO DE ESTATUS EPILEPTICO CON PROGRESIÓN DEL DETERIORO DE CONCIENCIA, SE CONSIDERA DEBE SER MONITORIZADA EN UCI INTERMEDIOS, SE SOLICITA IRM CEREBRAL CONTRASTADA, EEG, MONITOREO NEUROLÓGICO Y DE SIGNOS VITALES. SE EXPLICA A FAMILIAR, EL ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE Y CONDUCTA A SEGUIR, ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. IDI: ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA- ENCEFALITIS AUTOINMUNE VS ENCEFALITIS INFECCIOSA ??- CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDAPLAN- HOSPITALIZAR EN UCI INTERMEDIOS- NADA VIA ORAL - SSN 0.9 % 500 CC PASAR A 60 CC HORA- LEVETIRACETAM AMP 500 MG IV C 8 HORAS- OMEPRAZOL AMP 40 MG IV CADA DIA- VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA- SS IRM CEREBRAL SIMPLE Y CON CONTRASTE - SS EEG- CONTROL DE SIGNOS VITALES- MONITOREO NEUROLÓGICO

06/10/2021 09:58 a. m. Impresión Diagnóstica 1. Síndrome neurológico agudo secundario a: a. Encefalopatía hipertensiva. Encefalitis autoinmune vs encefalitis infecciosa c. Acv 72. Crisis epiléptica sintomática

Secuelas de encefalitis autoinmune por historia clínica 4. Hipertensión arterial controlada. Subjetivo Problemas: Deterioro neurológico. Irregular control de presiones arteriales. Soportes: Monitorio hemodinámico continuo. Resultado Apoyo Diagnóstico TP: 14.3/11.5 INR: 1.24 TPT: 14.3/11.5

CALCIO IÓNICO: 1.050 LEUCOS: 11.360 HB: 12.6 HCTO: 38.6 PLT: 364.000 PMN: 76% LINF: 14.6 PCR: 12 SEROLOGIA IGG E IGM PARA SARCOV2: NEGATIVO GLIC: 125 BUN: 15.3 CREAT: 0.60 GOT: 18 TGT: 10 NA: 137 K: 4.4 CL: 104 MG: 2.16 GASES ARTERIALES PH 7.42 PO2 106 PCO2 40 CHCO3 26.6 LACTATO 1.1 PAFI 331 TAC CEREBRAL SIMPLE 05/10/2021: Discreta enfermedad multifocal isquémica de pequeños vasos en ambos hemisferios cerebrales. Análisis, Recomendaciones y Conducta Se valora paciente con los elementos de protección personal acuerdo normatividad vigente Instituto Nacional de Salud, para prevención de propagación y contagio COVID 19. Paciente femenina de 62 años de edad, en malas condiciones generales, hospitalizada en unidad de cuidados intermedios con diagnósticos y hallazgos previamente descritos, quien presenta evolución clínica y neurológica de carácter estacionaria. Actualmente con mejor control de presiones arteriales, frecuencia cardíaca dentro de valores de referencia, sin requerir el uso de vasopresores. No fiebre, no datos de síns activos. Tolerancia oxigenoterapia por sistema de cánula nasal, adecuado patrón respiratorio y saturaciones en metas por oximetría de pulso. Diuresis espontánea, adecuado gasto urinario, azoados dentro de valores de referencia, no trastornos electrolíticos. Medio interno compensado, sin trastornos de la oxigenación por gasometría arterial. Paciente con cuadro neurológico agudo de etiología no clara con TAC cerebral simple que evidencia discreta enfermedad multifocal isquémica de pequeños vasos en ambos hemisferios cerebrales la cual no explica de forma clara estado actual por lo que se espera realización de resonancia cerebral magnética simple y contrastada pero se cambia orden a bajo sedación por poca colaboración al momento de realizar por parte de la paciente. Además quien por antecedente no claro de encefalitis autoinmune solicitamos perfil de laboratorio para enfermedad autoinmune con el fin de determinar nuevas conductas clínicas. Por otra parte solicitamos realización de doppler de vasos de cuello y ecocardiograma además de iniciar trombo profilaxis con heparina de bajo peso molecular así como antiagregación con ácido acetil salicílico y atorvastatina. Pendiente realizar electroencefalograma solicitado por neurología. Se espera evolución neurológica y determinar la necesidad de avanzar sonda nasogástrica para alimentación y medicación para prevenir el riesgo de eventos broncoaspiratorios. Paciente continúa manejo integral y monitoreo en unidad por alto riesgo de mayor deterioro de orden cardiopulmonar, metabólico, requerimiento de soportes y muerte. Pronóstico reservado a evolución clínica. ORDENES MEDICAS 1. Hospitalización en unidad de cuidados intermedios 2. Monitorio continuo 3. Hoja neurológica horaria 4. Nada vía oral 5. Avance nasogástrica 6. Oxígeno por cánula nasal a 3lt/min Si Sao2 < 92% 7. SSN 0.9% 500cc a razón de 40 cc hora iv 8. Omeprazol amp 40mg iv cada 24hr 9. Losartan tab. 50 mg cada 12 horas vo 10. Levetiracetam amp. 500mg iv cada 8 horas 11. Ácido acetil salicílico tab 100mg vo cada 24hr 12. Atorvastatina tab 40mg vo cada 24hr 13. Enoxaparina amp 40mg sc cada 24hr: nuevo: 14. S/s RMN cerebral simple y contrastada bajo sedación: modificado: 15. p/ realizar electroencefalograma 16. s/s ecocardiograma, doppler de vasos de cuello 17. s/s anas, ancas, anticardiolipina, anticoagulante lupico, antídoto de triple cadena, c3, c4, anti ro, anti la: nuevo: 18. Glucometrías cada 6hr 19. Control estricto de líquidos eliminados - líquidos administrados 20. Cuidados de enfermería y medidas antiescara 21. Cambios de posición cada 2hr 22. Cvs y i

DÍAZ JUAN - INTERNISTA/INTENSIVISTA DR. ARTURO VARELA VILORIA - MD UCIA

Fecha Actual : viernes, 15 octubre 2021

06/10/2021 03:52 p. m. Impresión DiagnosticaSE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DEL INS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID 19. PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD HOSPITALIZADA EN UCI INTERMEDIOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:- ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA- ENCEFALITIS AUTOINMUNE VS ENCEFALITIS INFECCIOSA ??- CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDA. Subjetivo: PACIENTE AGITADA, INQUIETAR. Resultado Apoyo Diagnóstico: TAC CEREBRAL SIMPLE: DISCRETA ENFERMEDAD MULTIFOCAL ISQUEMICA DE PEQUEÑOS VASOS. Análisis, Recomendaciones y Conducta: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE, CURSA CON EPISODIO DE ALTERACION DE LA CONCIENCIA, ASOCIADO A CRISIS EPILEPTICA, SE INTERROGA FAMILIAR REFIERE SINTOMAS PSIQUIATRICOS DE 2 MESES DE EVOLUCION, AL EXAMEN FISICO DE HOY SE ENCUENTRA DESORIENTADA, AGITADA, SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, TIENE TAC CEREBRAL SIMPLE DONDE NO EVIDENCIA LESIONES AGUDAS, SOLO CAMBIOS POR ATROFIA Y ENFERMEDAD MICROANGIOPATICA. LABORATORIOS CON LEVE LEUCOCITOSIS, SE CONSIDERA PROBABLE CUADRO DE ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA Y/O ENCEFALITIS DE PROBABLE ORIGEN AUTOINMUNE, EN RECAIDA, SE INDICA MEDICACION ANTICRISIS. ANTE ESTADO DE LA PACIENTE Y RIESGO DE ESTATUS EPILEPTICO CON PROGRESION DEL DETERIORO DE CONCIENCIA, SE CONSIDERA DEBE CONTINUAR MONITORIZADA EN UCI INTERMEDIOS, SE SOLICITA IRM CEREBRAL CONTRASTADA, EEG, AUN PENDIENTES, CONTINUA MONITOREO NEUROLOGICO Y DE SIGNOS VITALES. SE EXPLICA A FAMILIAR, EL ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE Y CONDUCTA A SEGUIR, ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES. REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. PLAN: HOSPITALIZAR EN UCI INTERMEDIOS- SSN 0.9 % 500 CC PASAR A 60 CC HORA- LEVETIRACETAM AMP 500 MG IV C 8 HORAS- OMEPRAZOL AMP 40 MG IV CADA DIA- PTE IRM CEREBRAL SIMPLE Y CON CONTRASTE BAJO SEDACION - PTE EEG- PTE ECOCARDIOGRAMA TT Y ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO- CONTROL DE SIGNOS VITALES- MONITOREO NEUROLOGICO - RESTO DE ORDENES POR MEDICINA CRITICA

ESTRADA MATTOS
JHONATAN

06/10/2021 07:51 p. m. Impresión DiagnosticaPaciente femenina de 62 años de edad con ldx. S. Síndrome neurológico agudo secundario a: d. Encefalopatía hipertensiva. Encefalitis autoinmune vs encefalitis infecciosa f. Acv epiléptica sintomática aguda. 7. Secuelas de encefalitis autoinmune por historia clínica. 8. Hipertensión arterial no controlada. Problemas: Deterioro neurológico. Irregular control de presiones arteriales. Soportes: Monitoreo hemodinámico continuo. Análisis, Recomendaciones y Conducta: Se valora paciente con lo de protección personal acuerdo normatividad vigente instituto nacional de salud, para prevención de propagación y contagio covid 19. Paciente femenina de 62 años de edad, en malas condiciones generales, hospitalizada en unidad de cuidados intermedios con diagnósticos y hallazgos previamente descritos, quien presenta evolución clínica y neurológica de carácter estacionaria. Actualmente con mejor control de presiones arteriales, frecuencia cardíaca dentro de valores de referencia, sin requerir el uso de vasopresores. No fiebre, no datos de síns activos. Tolerancia oxigenoterapia por sistema de cánula nasal, adecuado patrón respiratorio y saturaciones en metas por oximetría de pulso. Diuresis espontánea, adecuado gasto urinario, azoados dentro de valores de referencia, no trastornos electrolíticos. Medio interno compensado, sin trastornos de la oxigenación por gasometría arterial. Paciente con cuadro neurológico agudo de etiología no clara con TAC cerebral simple que evidencia discreta enfermedad multifocal isquémica de pequeños vasos en ambos hemisferios cerebrales la cual no explica de forma clara estado actual por lo que se espera realización de resonancia cerebral magnética simple y contrastada pero se cambia orden a bajo sedación por poca colaboración al momento de realizar por parte de la paciente. Además quien por antecedente no claro de encefalitis autoinmune solicitamos perfil de laboratorio para enfermedad autoinmune con el fin de determinar nuevas conductas clínicas. Por otra parte solicitamos realización de doppler de vasos de cuello y ecocardiograma además de iniciar tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular así como antiagregación con ácido acetil salicílico y atorvastatina. Pendiente realizar electroencefalograma solicitado por neurología. Se espera evolución neurológica y determinar la necesidad de avanzar sonda nasogástrica para alimentación y medicación para prevenir el riesgo de eventos broncoaspiratorios. Paciente continúa manejo integral y monitoreo en unidad por alto riesgo de mayor deterioro de orden cardiopulmonar, metabólico, requerimiento de soportes y muerte. Pronóstico reservado a evolución clínica.

Dr. Martín Carvajal H.
CARVAJAL HERRERA
MARTIN ULPIANO

encefalitis autoinmune vs encefalitis infecciosa 1. Acv 710. Crisis epiléptica sintomática
 Secuelas de encefalitis autoinmune por historia clínica 12. Hipertensión ar
 controlada Subjetivo Problemas: • Deterioro neurológico • Irregular control de presiones arteriales Soportes: •
 Monitoreo hemodinámico continuo Resultado Apoyo Diagnóstico Hb 13.3 HTO 49.3 LEU 9.8 NEU
 21% PLA 353000 BUN 14.7 CREA 0.63 NA 141 K3.5 CL106 Análisis, Recomendaciones y Conducta Se valora paciente con
 los elementos de protección personal acuerdo normatividad vigente Instituto nacional de salud, para prevención de
 propagación y contagio covid 19. Paciente femenina de 62 años de edad, en malas condiciones generales, hospitalizada en
 unidad de cuidados intermedios con diagnósticos y hallazgos previamente descritos, quien presenta evolución clínica y
 neurológica de carácter estacionaria. Actualmente con mejor control de presiones arteriales, frecuencia cardíaca dentro de
 valores de referencia, sin requerir el uso de vasoactivos. No fiebre, no datos de síns activos. Tolerancia oxigenoterapia por
 sistema de cánula nasal, adecuado patrón respiratorio y saturaciones en metas por oximetría de pulso. Diuresis
 espontánea, adecuado gasto urinario, azoados dentro de valores de referencia, no trastornos electrolíticos. Medio interno
 compensado, sin trastornos de la oxigenación por gasometría arterial. Paciente con cuadro neurológico agudo de etiología
 no clara con tac cerebral simple que evidencia discreta enfermedad multifocal isquémica de pequeños vasos en ambos
 hemisferios cerebrales la cual no explica de forma clara estado actual por lo que se espera realización de resonancia
 cerebral magnética simple y contrastada pero se cambia orden a bajo sedación por poca colaboración al momento de
 realizar por parte de la paciente. Se considera pertinente estudio de líquido cefalorraquídeo dado a compromiso
 neurológico de la paciente para descartar cuadro infeccioso y requerimiento de antimicrobiano se espera concepto de
 neurología. Además quien por antecedente no claro de encefalitis autoinmune solicitamos perfil de laboratorio para
 enfermedad autoinmune con el fin de determinar nuevas conductas clínicas. Con paraclicínicos de hoy dentro del rango
 normal. Por otra parte solicitamos realización de doppler de vasos de cuello. Se realiza ecocardiograma con buena fevi sin
 trastorno de la contractilidad, se espera reporte oficial, además de iniciar trombotoprolifaxis con heparina de bajo peso
 molecular así como antiagregación con ácido acetil salicílico y atorvastatina. Pendiente realizar electroencefalograma
 solicitado por neurología. Se espera evolución neurológica y determinar la necesidad de avanzar sonda nasogástrica para
 alimentación y medicación para prevenir el riesgo de eventos broncoaspirativos. Paciente continúa manejo integral y
 monitoreo en unidad por alto riesgo de mayor deterioro de orden cardiopulmonar, metabólico, requerimiento de soportes
 y muerte. Pronóstico reservado a evolución clínica. ORDENES MÉDICAS 45. Hospitalización en unidad de cuidados
 intermedios 46. Monitoreo continuo 47. Hoja neurológica hora 48. Nada vía oral 49.
 Avanzar sonda nasogástrica 50. Oxígeno por cánula nasal a 3l/min Si Sao2 < 92
 0.9% 500cc a razón de 30 cc hora iv:::modificado:::52. Dextrosa al 10% bolsa 500cc pasar 20cc por
 hora:::nuevo:::53. Omeprazol amp 40mg iv cada 24hr 54. Losartan tab. 50 mg cada 12 horas vo 55.
 Levetiracetam amp. 500mg iv cada 8 horas 56. Ácido acetil salicílico tab 100mg vo ca
 Atorvastatina tab 40mg vo cada 24hr 58. Enoxaparna amp 40mg sc cada 24
 RMN cerebral simple y contrastada bajo sedación:::modificado:::60. p/ reporte electroencefalograma 61. p/
 reporte ecocardiograma. 62. pendiente doppler de vasos de cuello 63. s/s anas, ancas, anticardiolipina,
 anticoagulante lupico, antena de triple cadena, c3, c4, anti rro, anti la 64. Glucometrías cada 6hr 65. Control estricto de
 líquidos eliminados - líquidos administrados 66. Cuidados de enfermería y medidas antiescara 67. Cambios de posición
 cada 2hr 68. Csv y acDR. MARTÍN CARVAJAL - INTERNISTA/INTENSIVISTA DR. ENDER CAMPILLO - MD UCIA

07/10/2021 02:41 p.m. Impresión Diagnóstica SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SIGUIENDO LAS
 RECOMENDACIONES DEL INS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID 19. PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD
 HOSPITALIZADA EN UCI INTERMEDIOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:- ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA-
 ENCEFALITIS AUTOINMUNE VS ENCEFALITIS INFECCIOSA ??- CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA
 AGUDA Subjetivo PACIENTE OBEDECE PARCIALMENTE ORDENES Resultado Apoyo Diagnóstico TAC CEREBRAL SIMPLE:
 DISCRETA ENFERMEDAD MULTIFOCAL ISQUEMICA DE PEQUEÑOS VASOS Análisis, Recomendaciones y
 Conducta PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE. CURSA CON EPISODIO DE ALTERACION DE LA
 CONCIENCIA, ASOCIADO A CRISIS EPILEPTICA, SE INTERROGA FAMILIAR REFIERE SINTOMAS PSIQUIATRICOS DE 2
 MESES DE EVOLUCION, AL EXAMEN FISICO DE HOY SE ENCUENTRA DESORIENTADA, DESPIERTA, OBEDECE ORDENES
 PARCIALMENTE, SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, TIENE TAC CEREBRAL SIMPLE DONDE NO EVIDENCIO LESIONES
 AGUDAS, SOLO CAMBIOS POR ATROFIA Y ENFERMEDAD MICROANGIOPATICA, LABORATORIOS DE HOY NORMALES, SIN
 SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SE CONSIDERA PROBABLE CUADRO DE ENCEFALOPATIA
 HIPERTENSIVA Y/O ENCEFALITIS DE PROBABLE ORIGEN AUTOINMUNE, EN RECALDA, SE INDICA MEDICACION
 ANTICRISIS. CONTINUA MONITORIZADA EN UCI INTERMEDIOS, SE SOLICITA IRM CEREBRAL CONTRASTADA, EEG,
 AUN PENDIENTES, CONTINUA MONITOREO NEUROLOGICO Y DE SIGNOS VITALES. SE EXPLICA A FAMILIAR, EL ESTADO
 ACTUAL DE LA PACIENTE Y CONDUCTA A SEGUIR, ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES, REFIERE ENTENDER Y
 ACEPTAR. PLAN- HOSPITALIZAR EN UCI INTERMEDIOS- SSN 0.9 % 500 CC PASAR A 60 CC HORA- LEVETIRACETAM AMP
 500 MG IV C 8 HORAS- OMEPRAZOL AMP 40 MG IV CADA DIA- PTE IRM CEREBRAL SIMPLE Y CON CONTRASTE BAJO
 SEDACION - PTE EEG- PTE ECOCARDIOGRAMA TT Y ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO- CONTROL DE SIGNOS
 VITALES- MONITOREO NEUROLOGICO - RESTO DE ORDENES POR MEDICINA CRITICA

ESTRADA MATTOS
 JHONATAN

Encefalopatía hipertensiva3. Encefalitis autoinmune vs encefalitis infecciosa 4. Acv
epiléptica sintomática aguda6. Secuelas de encefalitis autoinmune por historia clínica7. Hipertensión arterial
no controladaSubjetivoProblemas:• Deterioro neurológico• Irregular control de presiones arterialesSoportes:•
Monitoreo hemodinámico continuoResultado Apoyo DiagnósticoParaclinicos:Hb 13.3 HTO 49.3 LEI
67% LINF 21% PLA 353000 BUN 14.7 CREA 0.63 NA 141 K3.5 CL106Análisis, Recomendaciones y ConductaSe valora
paciente con los elementos de protección personal acuerdo normatividad vigente instituto nacional de salud, para
prevención de propagación y contagio covid 19. Paciente femenina de 62 años de edad, en malas condiciones generales,
hospitalizada en unidad de cuidados intermedios con diagnósticos y hallazgos previamente descritos, quien presenta
evolución clínica y neurológica de carácter estacionaria. Presenta episodios de agitación psicomotora- por lo cual ordeno
dosis de ansiolíticos para control de las mismas para disminuir riesgo de autolesiones- con mejor control de cifras
tensionales, frecuencia cardíaca dentro de valores de referencia, sin requerir el uso de vasoactivos. En el momento sin
signos de respuesta inflamatoria sistémica activos - tolerando oxígeno suplementario a bajo flujo por canula
nasalManteniendo adecuado patrón respiratorio y saturaciones en metas por oximetría de pulso. Diuresis espontánea,
adecuado gasto urinario, azoados dentro de valores de referencia, no trastornos electrolíticos. Medio interno compensado,
sin trastornos de la oxigenación por gasometría arterial. Paciente con cuadro neurológico agudo de etiología no clara con
tac cerebral simple que evidencia discreta enfermedad multifocal isquémica de pequeños vasos en ambos hemisferios
cerebrales la cual no explica de forma clara estado actual por lo que se espera realización de resonancia cerebral
magnética simple y contrastada pero se cambia orden a bajo sedación por poca colaboración al momento de realizar por
parte de la paciente. Se considera pertinente estudio de líquido cefalorraquídeo dado a compromiso neurológico de la
paciente para descartar cuadro infeccioso y requerimiento de antimicrobiano se espera concepto de neurología. Además
quien por antecedente no claro de encefalitis autoinmune solicitamos perfil de laboratorio para enfermedad autoinmune
con el fin de determinar nuevas conductas clínicas. Se solicitó eco doppler de vasos de cuello con el fin de evaluar
permeabilidad de dichos vasos - Se realizó ecocardiograma con buena fevi sin trastorno de la contractilidad, se espera
reporte oficial. - Se inició manejo trombotrópico con heparina de bajo peso molecular así como antiagregación con ácido
acetil salicílico y estabilizadores de placa. Tiene pendiente reporte de electroencefalograma solicitado por neurología. Se
espera evolución neurológica y determinar la necesidad de avanzar sonda nasogástrica para alimentación y medicación
para disminuir riesgo de presencia de eventos broncoaspirativos en paciente con compromiso neurológico. Paciente
continúa manejo integral y monitoreo en unidad por alto riesgo de mayor deterioro de orden cardiopulmonar, metabólico,
requerimiento de soportes y muerte. Pronóstico reservado a evolución clínica.

ORDOÑEZ RUIZ ALVARO
ANDRES

08/10/2021 01:31 p. m. Impresión Diagnostica8. Síndrome neurológico agudo secundario a:9. Encefalopatía hipertensiva10.
Encefalitis autoinmune vs encefalitis infecciosa 11. Acv 712. Crisis epiléptica sintomática
Secuelas de encefalitis autoinmune por historia clínica14. Hipertensión ar
controladaSubjetivoProblemas:• Deterioro neurológico• Irregular control de presiones arterialesSoportes:•
Monitoreo hemodinámico continuoResultado Apoyo DiagnósticoLEUCOS; 11.280 HB: 13
41.8PLT: 403.000 PMN: 73% LINF: 17.90 PCR: 12 GLIC: 76 BUN: 14.2 CREAT: 0.60 NA: 141 CL: 107Análisis,
Recomendaciones y ConductaSe valora paciente con los elementos de protección personal acuerdo normatividad vigente
instituto nacional de salud, para prevención de propagación y contagio covid 19. Paciente femenina de 62 años de edad,
en malas condiciones generales, hospitalizada en unidad de cuidados intermedios con diagnósticos y hallazgos
previamente descritos, quien presenta evolución clínica y neurológica de carácter estacionaria. Tolerando oxígeno
ambiente sin signos de falla ventilatoria de momento alimentación por sonda orogastrica con buen control metabólico
normocardiaca normotensa sin soporte vasopresor en manejo con ansiolíticos orales y anticonvulsivos sin nuevo
episodio convulsivo quien se reciben paraclinicos del día de hoy sin leucocitosis no neutrofilia sin trombocitopenia sin
trastorno electrolítico azoados en meta buena . Diuresis espontánea, adecuado gasto urinario, con cuadro neurológico
agudo de etiología no clara con tac cerebral simple que evidencia discreta enfermedad multifocal isquémica de pequeños
vasos en ambos hemisferios cerebrales la cual no explica de forma clara estado actual por lo que se espera realización de
resonancia cerebral magnética simple y contrastada bajo sedación por poca colaboración al momento de realizar por parte
de la paciente. Se considera pertinente estudio de líquido cefalorraquídeo dado a compromiso neurológico de la paciente
para descartar cuadro infeccioso y requerimiento de antimicrobiano se espera concepto de neurología, pendiente
realización de doppler de vasos de cuello y paraclinicos de extensión Paciente continúa manejo integral y monitoreo en
unidad por alto riesgo de mayor deterioro de orden cardiopulmonar, metabólico, requerimiento de soportes y muerte.
Pronóstico reservado a evolución clínica.

ORDOÑEZ RUIZ ALVARO
ANDRES

08/10/2021 04:15 p. m. Impresión DiagnosticaSE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SIGUIENDO LAS
RECOMENDACIONES DEL INS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID 19. PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD
HOSPITALIZADA EN UCI INTERMEDIOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:- ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA-
ENCEFALITIS AUTOINMUNE VS ENCEFALITIS INFECCIOSA ??- CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA
AGUDASubjetivoPACIENTE OBEDECE PARCIALMENTE ORDENESResultado Apoyo DiagnósticoNOTA PUNCIÓN LUMBAR:
PACIENTE EN POSICIÓN DECUBITO LATERAL, SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE UBICA ESPACIO INTERVERTEBRAL
L3-L4 , SE INTRODUCE SPINOCATH # 20, SE OBTIENE LCR COLOR CRISTAL DE ROCA, SE TOMAN 4 TUBOS, SE
ROTULAN Y ENVÍAN A LABORATORIO. SE PROCEDE A RETIRAR SPINOCATH, SE COLOCA APOSITO COMPRESIVO EN
ZONA DE PUNCIÓN, PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. Análisis, Recomendaciones y
ConductaPACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE, CURSA CON EPISODIO DE ALTERACIÓN DE LA
CONCIENCIA, ASOCIADO A CRISIS EPILEPTICA, CON SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS PREVIOS, AL EXAMEN FÍSICO DE HOY
SE ENCUENTRA DESORIENTADA, DESPIERTA, OBEDECE ORDENES PARCIALMENTE, SIN FOCALIZACIÓN
NEUROLÓGICA, TIENE TAC CEREBRAL SIMPLE DONDE NO EVIDENCIA LESIONES AGUDAS, SOLO CAMBIOS POR
ATROFIA Y ENFERMEDAD MICROANGIOPÁTICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SE
CONSIDERA PROBABLE CUADRO DE ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA Y/O ENCEFALITIS DE PROBABLE ORIGEN
AUTOINMUNE, EN RECAÍDA, SE INDICA MEDICACIÓN ANTICRISIS. NO HA PRESENTADO NUEVAS CRISIS, SE SOLICITA
ESTUDIO DE LCR (CITOLOGICO, CITOQUIMICO, GRAM, CULTIVO, TINTA CHINA, VDRL, KOH, CULTIVO, ANTICUERPOS
ANTINMDA) , TOMAR GLICEMIA CENTRAL. CONTINUA MONITORIZADA EN UCI INTERMEDIOS, SE SOLICITA IRM
CEREBRAL CONTRASTADA, EEG, AUN PENDIENTES, CONTINUA MONITOREO NEUROLÓGICO Y DE SIGNOS VITALES. SE
EXPLICA A FAMILIAR, EL ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE Y CONDUCTA A SEGUIR, ALTO RIESGO DE
COMPLICACIONES, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. PLAN- HOSPITALIZAR EN UCI INTERMEDIOS- SSN 0.9 % 500 CC
PASAR A 60 CC HORA- LEVETIRACETAM AMP 500 MG IV C 8 HORAS- OMEPRAZOL AMP 40 MG IV CADA DIA- SS
CITOLOGICO, CITOQUIMICO, GRAM, CULTIVO, KOH, TINTA CHINA, VDRL, BK, AC ANTINMDA, TOMAR GLICEMIA
CENTRAL- PTE IRM CEREBRAL SIMPLE Y CON CONTRASTE BAJO SEDACIÓN - PTE EEG- PTE ECOCARDIOGRAMA TT Y
ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO- CONTROL DE SIGNOS VITALES- MONITOREO NEUROLÓGICO - RESTO DE
ORDENES POR MEDICINA CRÍTICA

ESTRADA MATTOS
JHONATAN

epilepsia sintomática aguda. Secuelas de encefalitis autoinmune por historia clínica. Hipertensión arterial no controlada en manejo. Subjetivo Problemas: Deterioro neurológico. Irregular control de presiones arteriales. Soportes: Monitoreo hemodinámico continuo. Análisis, Recomendaciones y Conducta: Se valora paciente con los elementos de protección personal acuerdo normatividad vigente Instituto Nacional de Salud, para prevención de propagación y contagio covid 19. Paciente femenina de 62 años de edad, en malas condiciones generales, hospitalizada en unidad de cuidados intermedios con diagnósticos y hallazgos previamente descritos, quien presenta evolución clínica y neurológica de carácter estacionaria. Tolerando oxígeno ambiente sin signos de falla ventilatoria de momento. Alimentación por sonda orogastrica con buen control metabólico normocardiaca hipertensa por lo que se reajusta manejo oral sin soporte vasopresor en manejo con antipsicóticos orales y anticonvulsivantes sin nuevo episodio convulsivo. Quien quien fue valorada por servicio de neurología que realiza punción lumbar con estudios complementarios a la espera de realización de resonancia magnética, pendiente realización de doppler de vasos de cuello y paracéntricos de extensión. Paciente continúa manejo integral y monitoreo en unidad por alto riesgo de mayor deterioro de orden cardiopulmonar, metabólico, requerimiento de soportes y muerte. Pronóstico reservado a evolución clínica.

ORDÓÑEZ RUIZ A.
ANDRÉS

09/10/2021 12:37 p. m. Impresión Diagnóstica. ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DEL INS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID 19. PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD HOSPITALIZADA EN UCI INTERMEDIOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA- ENCEFALITIS AUTOINMUNE VS ENCEFALITIS INFECCIOSA. 77. CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDA. Subjetivo: PACIENTE OBEDECE PARCIALMENTE ORDENES. Resultado Apoyo Diagnóstico: LCR SIN ALTERACIONES. Análisis, Recomendaciones y Conducta: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE, CURSA CON EPISODIO DE ALTERACION DE LA CONCIENCIA, ASOCIADO A CRISIS EPILEPTICA, CON SINTOMAS PSIQUIATRICOS PREVIOS, AL EXAMEN FISICO DE HOY SE ENCUENTRA DESORIENTADA, DESPIERTA, OBEDECE ORDENES PARCIALMENTE, SIN FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA, TIENE TAC CEREBRAL SIMPLE DONDE NO EVIDENCIA LESIONES AGUDAS, SOLO CAMBIOS POR ATROFIA Y ENFERMEDAD MICROANGIOPATICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA. SE CONSIDERA PROBABLE CUADRO DE ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA Y/O ENCEFALITIS DE PROBABLE ORIGEN AUTOINMUNE, EN RECAIDA, SE INDICA MEDICACIÓN ANTICRISIS. NO HA PRESENTADO NUEVAS CRISIS, SE SOLICITA ESTUDIO DE LCR (CITOLOGICO, CITOQUIMICO, GRAM, CULTIVO, TINTA CHINA, VDRL, KOH, CULTIVO, ANTICUERPOS ANTINMMA). EL CUAL ES NORMAL, PENDIENTE ANTICUERPOS ANTINMMA, CONTINUA MONITORIZADA EN UCI INTERMEDIOS, SE SOLICITA IRM CEREBRAL CONTRASTADA, EEG, AUN PENDIENTES, CONTINUA MONITOREO NEUROLÓGICO Y DE SIGNOS VITALES. SE EXPLICA A FAMILIAR, EL ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE Y CONDUCTA A SEGUIR, ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. PLAN: HOSPITALIZAR EN UCI INTERMEDIOS- LEVETIRACETAM AMP 500 MG IV C 8 HORAS- OMEPRAZOL AMP 40 MG IV CADA DIA- PTE CULTIVO, AC ANTINMMA- PTE IRM CEREBRAL SIMPLE Y CON CONTRASTE BAJO SEDACION - PTE EEG- PTE ECOCARDIOGRAMA TT Y ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO- CONTROL DE SIGNOS VITALES- MONITOREO NEUROLÓGICO - RESTO DE ORDENES POR MEDICINA CRÍTICA

ESTRADA MATTOS
JHONATAN

09/10/2021 03:26 p. m. Impresión Diagnóstica. Síndrome neurológico agudo secundario a.a. Encefalopatía hipertensiva. Encefalitis autoinmune vs encefalitis infecciosa. C. Adv 72. Crisis epileptica sintomática. Secuelas de encefalitis autoinmune por historia clínica. Hipertensión arterial no controlada. Subjetivo Problemas: Deterioro neurológico. Irregular control de presiones arteriales. Soportes: Monitoreo hemodinámico continuo. Resultado Apoyo Diagnóstico: Hb 13.7 HTG 40.7 LEU 11.7 NEU 68.0 PLA 360 GLI 88 BUN 12.2 CRE 0.54 NA 142 K 3.10 CL 108 C3 209 2 C4 54 KAPALISIS LCR VDRL no reactivos gram no se observan bacterias PH antes de centrifugar 9.0 después de centrifugar 8.00 densidad 1003 color claro aspecto transparente. Anticuerpos negativos coagulación negativa. Microscópico: bacterias no se observan leucocitos no se observan hemates 0-2/cv, tinta china no se observan estructuras capsuladas, albumina 32.5 glucosa 44 proteínas 61.6 IDH 43 baciloscopia no se observan bacilos ácido alcohol resistentes. KOH no se observan estructuras micóticas. Análisis, Recomendaciones y Conducta: Se valora paciente con los elementos de protección personal acuerdo normatividad vigente Instituto Nacional de Salud, para prevención de propagación y contagio covid 19. Paciente femenina de 62 años de edad, en regulares condiciones generales, hospitalizada en unidad de cuidados intermedios con diagnósticos y hallazgos previamente descritos, quien presenta evolución clínica y neurológica de carácter fluctuante. Tolerando oxígeno ambiente, adecuado patrón respiratorio y saturaciones por oximetría de pulso. Actualmente presiones arteriales fuera de metas, evidenciando tendencia a la hipertensión, por lo que reajustamos terapia antihipertensiva oral, frecuencia cardíaca en metas, no fiebre, no datos de síns activos. Diuresis espontánea y adecuada, azúcares dentro de valores de referencia, hipokalemia leve por lo que reajustamos reposición en líquidos de base. Toleró alimentación por sonda nasogastrica con buen control glucémico. Neurológicamente: variable con episodios de agresividad a pesar de recibir terapia con antipsicótico se decide solicitar interconsulta por psiquiatría para apoyo terapéutico. Sin nuevos episodio convulsivos en seguimiento por parte de neurología quien realiza punción lumbar la cual no evidencia en citoquímico ni gram cambios asociados evento infeccioso, pendiente realización de resonancia magnética cerebral simple y contrastada bajo sedación para determinar nuevas conductas clínicas al respecto, además pendiente realización de doppler de vasos de cuello así como reporte de ecocardiograma y paracéntricos de extensión. Continúa manejo integral y monitoreo en unidad por alto riesgo de mayor deterioro de orden cardiopulmonar, metabólico, requerimiento de soportes y muerte. Pronóstico reservado a evolución clínica. ORDENES MÉDICAS 1. Hospitalización en unidad de cuidados intermedios. 2. Monitoria continua. 3. Hoja neurológica diaria. 4. Alimentación líquida por Alimento para propósitos medico ensure clinical una lata por sng cada 6h. 5. Oxígeno por cáni 3lt/min Si sao2 < 92%. 6. Lactato de ringer 500cc + 1amp de katrol, pasar iv a razón de 30cc/hr. Modificado: 8. Halopendol amp. 5 mg aplicar 2.5 mg cada 8 hora siv PRIV9. Esomeprazol tab 40mg por 24hr. nuevo: 10. Losartan tab. 50 mg por sng cada 12 horas 11. Amlodipino tab 10 mg por sng cada 24hr. Modificado: 12. Hidroclorotiazida tab 25mg por sng cada 24hr. nuevo: 13. Levetiracetam amp. 500mg iv cada 8 horas 14. Ácido acetil salicílico tab 100mg por sng cada 24hr. 15. Atorvastatina tab 40mg por sng cada 24hr. 16. Enoxaparina amp 40mg sc cada 24hr. 17. p/ realizar RMN cerebral simple y contrastada bajo sedación. 18. p/ reporte electroencefalograma. 19. p/ reporte ecocardiograma, 20. pendiente doppler de vasos de cuello. 21. p/p anas, ancas, anticardiolipina, anticoagulante lupico, anticóndna de triple cadena, anti ro, anti la. 22. Glucometrías cada 6hr. 23. s/s interconsulta por psiquiatría. nuevo: 24. Control estricto de líquidos eliminados - líquidos administrados. 25. Cuidados de enfermería y medidas antibéscara. 26. Cambios de posición cada 2hr. 27. Cvs y acdr. ALVARO ORDÓÑEZ - INTENSIVISTA DR. ARTURO VARELA - MD UCIA

ORDÓÑEZ RUIZ ALVARO
ANDRÉS

Diagnostica1. Síndrome neurológico agudo secundario a:a. Encefalopatía hipertensivab. Encefalitis autoinmune vs encefalitis infecciosa c. Acv ?2. Crisis epiléptica sintomática. Secuelas de encefalitis autoinmune por historia clínica4. Hipertensión arterial no controlada. SubjetivoProblemas:• Deterioro neurológico• Irregular control de presiones arterialesSoportes:• Monitoreo hemodinámico continuoResultado Apoyo DiagnósticoAnálisis, Recomendaciones y ConductaSe valora paciente con los elementos de protección personal acuerdo normatividad vigente instituto nacional de salud, para prevención de propagación y contagio covid 19. Paciente femenina de 62 años de edad, en regulares condiciones generales, hospitalizada en unidad de cuidados intermedios con diagnósticos y hallazgos previamente descritos, quien presenta evolución clínica y neurológica de carácter fluctuante. Tolerando oxígeno ambiente, adecuado patrón respiratorio y saturaciones por oximetría de pulso. Actualmente presiones arteriales fuera de metas, evidenciando tendencia a la hipertensión, por lo que hoy se reajusta terapia antihipertensiva oral, frecuencia cardíaca en metas. No fiebre, no datos de sírs activos. Diuresis espontánea y adecuada, azoados dentro de valores de referencia, hipokalemia en reposición parenteral. Tolera vía oral, adecuado control glucémico. Neurológicamente variable con episodios de agresividad a pesar de recibir terapia con antipsicótico, pendiente interconsulta por psiquiatría para apoyo terapéutico. Sin nuevos episodios convulsivos en seguimiento por parte de neurología, se le realiza resonancia magnética cerebral simple y contrastada bajo sedación, pendiente reporte para definir nuevas conductas. Por otra parte pendiente realización de doppler de vasos de cuello así como reporte de ecocardiograma y paraclínicos especializados de extensión. Continúa manejo integral y monitoreo en unidad por alto riesgo de mayor deterioro de orden cardiopulmonar, metabólico, requerimiento de soportes y muerte. Pronóstico reservado a evolución clínica.ORDENES MÉDICAS 1. Hospitalización en unidad de cuidados intermedios2. Monitoria continua3. Hoja neurológica horario4. Alimentación líquida por sng 5. Alimento para propósitos medico ensure clinical una lata por sng cada 6h 6. Oxígeno por cán 3lt/min Si sao2 < 92%7. Lactato de ringer 500cc + 1amp de katrol, pasar iv a razón de 30cc/hr 8. Haloperidol amp. 5 mg aplicar 2.5 mg cada 8 hora siv PRN9. Esomeprazol tab 40mg por sng cada 24hr10. Losartan tab 50 mg por sng cada 12 horas 11. Amlodipino tab 10 mg por sng cada 24hr 12. Hidroclorotiazida tab 25mg por sng cada 24hr13. Levetiracetam amp. 500mg iv cada 8 horas 14. Ácido acetil salicílico tab 100mg por sng cada 24hr15. Atorvastatina tab 40mg por sng cada 24hr16. Enoxaparina amp 40mg sc cada 24hr17. p/ reporte RMN cerebral simple y contrastada bajo sedación (realizado 09/10/2021)18. p/ reporte electroencefalograma19. p/ reporte ecocardiograma, 20. pendiente doppler de vasos de cuello21. p/p anas, ancas, anticardiolipina, anticoagulante lupico, antidna de triple cadena, anti ro, anti la22. Glucometrías cada 6hr23. p/ interconsulta por psiquiatría24. Control estricto de líquidos eliminados - líquidos administrados25. Cuidados de enfermería y medidas antiescara26. Cambios de posición cada 2hr27. Csv

ORDOÑEZ RUIZ ALVARO
ANDRES

10/10/2021 09:45 a. m. Impresión DiagnosticaPaciente femenina de 62 años de edad con idx:5. Síndrome neurológico agudo secundario a:d. Encefalopatía hipertensivae. Encefalitis autoinmune vs encefalitis infecciosa f. Acv epiléptica sintomática aguda7. Secuelas de encefalitis autoinmune por historia clínica8. Hipertensión arterial no controlada en manejo SubjetivoProblemas:• Deterioro neurológico• Irregular control de presiones arterialesSoportes:• Monitoreo hemodinámico continuoResultado Apoyo DiagnósticoPARACLINICOS GLI 96 BUN 12.5 CREA 0.55 NA 139 K 3.7 CL 105 MAGNESIO 2.02 HB 14.2 HTC 41.8 LEU 14370 NEU 71.7 LINF 17.5 PLA 368000 Análisis, Recomendaciones y ConductaSe valora paciente con los elementos de protección personal acuerdo normatividad vigente instituto nacional de salud, para prevención de propagación y contagio covid 19. Paciente femenina de 62 años de edad, en regulares condiciones generales, hospitalizada en unidad de cuidados intermedios con diagnósticos y hallazgos previamente descritos, quien presenta evolución clínica y neurológica de carácter fluctuante. Tolerando oxígeno ambiente, adecuado patrón respiratorio y saturaciones por oximetría de pulso. Actualmente presiones arteriales fuera de metas, evidenciando tendencia a la hipertensión, por lo que se reajusta terapia antihipertensiva oral, frecuencia cardíaca en metas. No fiebre, no datos de sírs activos. Diuresis espontánea y adecuada, azoados dentro de valores de referencia, sin trastorno electrolítico en manejo con potasio endovenoso . Tolera vía oral, adecuado control glucémico. Neurológicamente variable con episodios de agresividad a pesar de recibir terapia con antipsicótico, pendiente interconsulta por psiquiatría para apoyo terapéutico. Sin nuevos episodios convulsivos en seguimiento por parte de neurología, se le realiza resonancia magnética cerebral simple y contrastada bajo sedación, pendiente reporte para definir nuevas conductas. Por otra parte pendiente realización de doppler de vasos de cuello así como reporte de ecocardiograma y paraclínicos especializados de extensión. Continúa manejo integral y monitoreo en unidad por alto riesgo de mayor deterioro de orden cardiopulmonar, metabólico, requerimiento de soportes y muerte. Pronóstico reservado a evolución clínica.

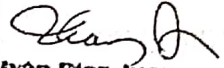
VALENCIA ARREAGA
RODOLFO

ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA- ENCEFALITIS AUTOINMUNE VS ENCEFALITIS INFECCIOSA ??- CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDA- ACV PROTUBERANCIAL Subjetivo REFIERE SENTIRSE BIEN Resultado Apoyo Diagnóstico PARACLINICOS GLI 96 BUN 12.5 CREA 0.55 NA 139 K 3.7 CL 105 MAGNESIO 2.02 HB 14.2 HTC 41.8 LEU 14370 NEU 71.7 LINF 17.5 PLA 368000 HB 13.7 HTC 40.7 LEU 11.7 NEU 68.0 PLA 360 GLI 88 BUN 12.2 CRE 0.54 NA 142 K 3.10 CL 108 C3: 209.2 C4: 56.4 ANÁLISIS LCR: VRDL no reactivo gram no se observan bacterias PH antes de centrifugar 9.0 despues de centrifugar 8.00 densidad 1005 color claro aspecto transparente xantograma negativo coagulación negativo Microscópico: bacterias no se observan leucocitos no se observan hemates 0-2 xc, tinta china no se observan estructuras capsuladas, albumina 32.5 glucosa 44 proteínas 63.6 ldh 43 baciloscopia no se observan bacilos ácido alcohol resistentes. KOH no se obser an estructuras micóticas IRM CEREBRAL CON CTE: SE OBSERVA IMAGEN HIPERINTENSA EN T2 Y FLAIR EN LOBULO TEMPORAL IZQUIERDO, ASI COMO EN INSULA ANTERIOR BILATERAL, IMAGEN HIPERINTENSA EXTENSA EN T2 SAGITAL EN TALLO CEREBRAL, CON APARENTE CAPTACION DEL MEDIO DE CONTRASTE, SIN RESTRICCION A LA DIFUSION, ENFERMEDAD MULTIFOLCAL ISQUEMICA DE PEQUEÑOS VASOS EN SUSTANCIA BLANCA, ATROFIA CORTICOSUBCORTICAL. (PENDIENTE REPORTE OFICIAL) Análisis, Recomendaciones y Conducta PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE, CURSA CON EPISODIO DE ALTERACION DE LA CONCIENCIA, ASOCIADO A CRISIS EPILEPTICA, CON SINTOMAS PSIQUIATRICOS PREVIOS. AL EXAMEN FISICO DE HOY SE ENCUENTRA DESORIENTADA, MAS DESPIERTA, OBEDECE ORDENES PARCIALMENTE. SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, TIENE TAC CEREBRAL SIMPLE DONDE NO EVIDENCIA LESIONES AGUDAS. SOLO CAMBIOS POR ATROFIA Y ENFERMEDAD MICROANGIOPATICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SE CONSIDERA PROBABLE CUADRO DE ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA Y/O ENCEFALITIS DE PROBABLE ORIGEN AUTOINMUNE, EN RECAIDA, SE INDICA MEDICACION ANTICRISIS. NO HA PRESENTADO NUEVAS CRISIS, SE SOLICITA ESTUDIO DE LCR (CITOLOGICO, CITOQUIMICO, GRAM, CULTIVO, TINTA CHINA, VDRL, KOH, CULTIVO, ANTICUERPOS ANTINMDA), EL CUAL ES NORMAL, PENDIENTE ANTICUERPOS ANTINMDA, CONTINUA MONITORIZADA EN UCI INTERMEDIOS, SE SOLICITA IRM CEREBRAL CONTRASTADA SIN REPORTE OFICIAL DONDE OBSERVO IMAGEN HIPERINTENSA EN T2 Y FLAIR EN LOBULO TEMPORAL IZQUIERDO, ASI COMO EN INSULA ANTERIOR BILATERAL, IMAGEN HIPERINTENSA EXTENSA EN T2 SAGITAL EN TALLO CEREBRAL, CON APARENTE CAPTACION DEL MEDIO DE CONTRASTE, SIN RESTRICCION A LA DIFUSION, ENFERMEDAD MULTIFOLCAL ISQUEMICA DE PEQUEÑOS VASOS EN SUSTANCIA BLANCA, ATROFIA CORTICOSUBCORTICAL, PENDIENTE EEG, SE SOLICITA HOLTER EKG, TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA, CONTINUA MONITOREO NEUROLOGICO Y DE SIGNOS VITALES. SE EXPLICA A FAMILIAR, EL ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE Y CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. PLAN- HOSPITALIZAR EN UCI INTERMEDIOS- LEVETIRACETAM AMP 500 MG IV C 8 HORAS- OMEPRAZOL AMP 40 MG IV CADA DIA- ASA TAB 100 MG VO C DIA- ATORVASTATINA TAB 40 MG VO C DIA- ENOXAPARINA AMP 40 MG SC C DIA- TERAPIAS FONOAUDIOLOGICA DIARIA- SS HOLTER EKG DE 24 HORAS- PTE CULTIVO, AC ANTINMDA EN LCR- PTE REPORTE DE IRM CEREBRAL SIMPLE Y CON CONTRASTE - PTE EEG- PTE ECOCARDIOGRAMA TT Y ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO- CONTROL DE SIGNOS VITALES- MONITOREO NEUROLOGICO - RESTO DE ORDENES POR MEDICINA CRITICA

ESTRADA MATI
JHONATAN

11/10/2021 09:56 a. m. Impresion Diagnostica APACHE II AL INGRESO 18 PUNTOS, MORTALIDAD 24 % Medico Paciente femenina de 62 años de edad con ldx:9. Síndrome neurológico agudo secundario a.g. Encefalopatía hipertensiva.

Encefalitis autoinmune vs encefalitis infecciosa i. Acv 710. Crisis epiléptica sintomática
Secuelas de encefalitis autoinmune por historia clínica 12. Hipertensión arterial no controlada
Subjetivo Problemas: • Deterioro neurológico • Irregular control de presiones arteriales Soportes: • Monitoreo hemodinámico continuo Resultado Apoyo Diagnóstico PARACLINICOS GLI 97.0 BUN 13.0 CRE 0.57 NA 140 K 4.10 CL 104 HB 14.1 HTC 42.0 LEU 12.6 NEU 64.5 PLA 336 Análisis, Recomendaciones y Conducta Se valora paciente con los elementos de protección personal acuerdo normatividad vigente Instituto nacional de salud, para prevención de propagación y contagio covid 19. Paciente femenina de 62 años de edad, en regulares condiciones generales, hospitalizada en unidad de cuidados intermedios con diagnósticos y hallazgos previamente descritos, quien presenta evolución clínica y neurológica de carácter fluctuante. Tolerando oxígeno ambiente, adecuado patrón respiratorio y saturaciones por oximetría de pulso. Actualmente presiones arteriales en metas, frecuencia cardiaca en metas. No fiebre, no datos de srs activos. Diuresis espontánea y adecuada, azoados dentro de valores de referencia, sin trastorno electrolítico. Tolerancia vía oral, adecuado control glucémico. Neurológicamente variable con episodios de agresividad a pesar de recibir terapia con antipsicótico, pendiente interconsulta por psiquiatría para apoyo terapéutico. Sin nuevos episodios convulsivos en seguimiento por parte de neurología, se le realiza resonancia magnética cerebral simple y contrastada bajo sedación, pendiente reporte para definir nuevas conductas. Por otra parte pendiente realización de doppler de vasos de cuello así como reporte de ecocardiograma y paraclicnicos especializados de extensión. Se considera traslado a sala general. ORDENES MÉDICAS


Ivan Diaz Juan
Ata. M. Interna - M. Critica
DIAZ JUAN IVAN ALFREDO

Traslado a sala general 56. Monitoria continua 57. Hoja neurológica
Alimentación líquida por sng 59. Alimento para propósitos medico ensure clinica: una lata por 6h 60. Oxígeno por cánula nasal a 3lt/min Si saO2 < 92% 61. Lactato de ringer 500cc a 5cc/ hora:::nuevo::: 62. Haloperidol amp. 5 mg aplicar 2.5 mg cada 8 hora siv PRN 63. Esomeprazol tab 40mg por sng cada 24hr 64. Losartan tab 50 mg por sng cada 12 horas 65. Amlodipino tab 10 mg por sng cada 24hr 66. Hidroclorotiazida tab 25mg por sng cada 24hr 67. Levetiracetam amp. 500mg iv cada 8 horas acetil salicilico tab 100mg por sng cada 24hr 69. Atorvastatina tab 40mg por sng cada 24hr 70. Enoxaparina amp 40mg sc cada 24hr 71. p/ reporte RMN cerebral simple y contrastada bajo sedación (realizado 09/10/2021) 72. p/ realización electroencefalograma 73. p/ reporte ecocardiograma, 74. pendiente doppler de vasos de cuello 75. p/p anas, ancas, anticoagulante lupico, antidna de triple cadena, anti ro, Glucometrías cada 6hr 77. p/ interconsulta por psiquiatría 78. Control estricto de líquidos e líquidos administrados 79. Cuidados de enfermería y medidas antiescara 80. Cambios de posición cada 2hr 81. Csv y ac

Nombre reporte : HCRPEpicrisis

Pagina 10/15

Usuario: 1102847974

LICENCIADO A: [DIRECCION DE SANIDAD NAVAL] NIT [830039670-5]

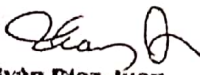
ESTRADA MATTOS
JHONATAN

Impresión Diagnóstica SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSSEGURIDAD, SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DEL INS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID 19. PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD HOSPITALIZADA EN UCI INTERMEDIOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA- ENCEFALITIS AUTOINMUNE VS ENCEFALITIS INFECCIOSA ??- CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDA- ACV PROTUBERANCIAL Subjetivo REFIERE SENTIRSE BIEN Resultado Apoyo Diagnóstico PARA CLINICOS GLI 96 BUN 12.5 CREA 0.55 NA 139 K 3.7 CL 105 MAGNESIO 2.02 HB 14.2 HTC 41.8 LEU 14370 NEU 71.7 LINF 17.5 PLA 368000 HB 13.7 HTC 40.7 LEU 11.7 NEU 68.0 PLA 360 GLI 88 BUN 12.2 CRE 0.54 NA 142 K 3.10 CL 108 C3: 209.2 C4: 56.4 ANÁLISIS LCR: VRDL no reactivo gram no se observan bacterias PH antes de centrifugar 9.0 despues de centrifugar 8.00 densidad 1005 color claro aspecto transparente xantograma negativo coagulación negativo Microscópico: bacterias no se observan leucocitos no se observan hematies 0-2 xc, tinta china no se observan estructuras capsuladas, albumina 32.5 glucosa 44 proteínas 63.6 Idh 43 baciloscopia no se observan bacilos acido alcohol resistentes. KOH no se obser an estructuras micóticas IRM CEREBRAL CON CTE: SE OBSERVA IMAGEN HIPERINTENSA EN T2 Y FLAIR EN LOBULO TEMPORAL IZQUIERDO, ASI COMO EN INSULA ANTERIOR BILATERAL, IMAGEN HIPERINTENSA EXTENSA EN T2 SAGITAL EN TALLO CEREBRAL, CON APARENTE CAPTACION DEL MEDIO DE CONTRASTE, SIN RESTRICCION A LA DIFUSION, ENFERMEDAD MULTIFOCAL ISQUEMICA DE PEQUEÑOS VASOS EN SUSTANCIA BLANCA, ATROFIA CORTICOSUBCORTICAL. (PENDIENTE REPORTE OFICIAL) Análisis, Recomendaciones y Conducta PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE, CURSA CON EPISODIO DE ALTERACION DE LA CONCIENCIA, ASOCIADO A CRISIS EPILEPTICA, CON SINTOMAS PSIQUIATRICOS PREVIOS, AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA DESORIENTADA, MAS DESPIERTA, OBEDECE ORDENES, SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, TIENE TAC CEREBRAL SIMPLE DONDE NO EVIDENCIA LESIONES AGUDAS, SOLO CAMBIOS POR ATROFIA Y ENFERMEDAD MICROANGIOPATICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SE CONSIDERA PROBABLE CUADRO DE ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA Y/O ENCEFALITIS DE PROBABLE ORIGEN AUTOINMUNE, EN RECAIDA, SE INDICA MEDICACION ANTICRISIS. NO HA PRESENTADO NUEVAS CRISIS, SE SOLICITA ESTUDIO DE LCR (CITOLOGICO, CITOQUIMICO, GRAM, CULTIVO, TINTA CHINA, VDRL, KOH, CULTIVO, ANTICUERPOS ANTINMDA), EL CUAL ES NORMAL, PENDIENTE ANTICUERPOS ANTINMDA, CONTINUA MONITORIZADA EN UCI INTERMEDIOS, SE SOLICITA IRM CEREBRAL CONTRASTADA SIN REPORTE OFICIAL DONDE OBSERVO IMAGEN HIPERINTENSA EN T2 Y FLAIR EN LOBULO TEMPORAL IZQUIERDO, ASI COMO EN INSULA ANTERIOR BILATERAL, IMAGEN HIPERINTENSA EXTENSA EN T2 SAGITAL EN TALLO CEREBRAL, CON APARENTE CAPTACION DEL MEDIO DE CONTRASTE, SIN RESTRICCION A LA DIFUSION, ENFERMEDAD MULTIFOCAL ISQUEMICA DE PEQUEÑOS VASOS EN SUSTANCIA BLANCA, ATROFIA CORTICOSUBCORTICAL, PENDIENTE EEG, HOLTER EKG, ECOCARDIOGRAMA Y ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO. TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA, CONTINUA MONITOREO NEUROLOGICO Y DE SIGNOS VITALES. SE EXPLICA A FAMILIAR, EL ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE Y CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. PLAN- HOSPITALIZAR EN UCI INTERMEDIOS- LEVETIRACETAM AMP 500 MG IV C 8 HORAS- OMEPRAZOL AMP 40 MG IV CADA DIA- ASA TAB 100 MG VO C DIA- ATORVASTATINA TAB 40 MG VO C DIA- ENOXAPARINA AMP 40 MG SC C DIA- TERAPIAS FONOAUDIOLOGICA DIARIA- PTE HOLTER EKG DE 24 HORAS- PTE CULTIVO, AC ANTINMDA EN LCR- PTE REPORTE DE IRM CEREBRAL SIMPLE Y CON CONTRASTE - PTE EEG- PTE ECOCARDIOGRAMA TT Y ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO- CONTROL DE SIGNOS VITALES- MONITOREO NEUROLOGICO - RESTO DE ORDENES POR MEDICINA CRITICA

12/10/2021 08:09 a. m.

Impresión Diagnóstica HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EVOLUCIÓN MÉDICA DIA FECHA: 12/10/2021 NOMBRE: ANA LUCIA PAEZ DE CORREA EDAD: 62 AÑOS CC: 30769570 APACHE II AL INGRESO 18 PUNTOS, MORTALIDAD 24 % Médico Paciente femenina de 62 años de edad con ldx:13. Síndrome neurológico agudo secundario a: j. Encefalopatía hipertensiva. k. Encefalitis autoinmune vs encefalitis infecciosa l. Acv

14. Crisis epiléptica sintomática aguda 15. Secuelas de encefalitis autoinmune por historia clínica 16. Hipertensión arterial no controlada en manejo Subjetivo Problemas: • Deterioro Irregular control de presiones arteriales Soportes: • Monitoreo hemodinámico continuo Resultado Diagnóstico PARA CLINICOS HB 14.4 HTO 43.8 LEUC 13.45 NEU 69.8 LINF 18 PLAQ 334 BUN 14 CREAT 0.68 NA 140 K 4.7 CL 104 Análisis, Recomendaciones y Conducta Se valora paciente con los elementos de protección personal acuerdo normatividad vigente Instituto nacional de salud, para prevención de propagación y contagio covid 19. Paciente femenina de 62 años de edad, en regulares condiciones generales, hospitalizada en unidad de cuidados intermedios con diagnósticos y hallazgos previamente descritos, quien presenta evolución clínica y neurológica de carácter fluctuante. Tolerando oxígeno ambiente, adecuado patrón respiratorio y saturaciones por oximetría de pulso. Actualmente signos vitales en metas, clínica y hemodinámicamente estables. No fiebre, no datos de sírs activos. Diuresis espontánea y adecuada, azoados dentro de valores de referencia, sin trastorno electrolítico, con leucocitosis sin neutrofilia, resto de líneas celulares dentro de rangos de normalidad. Tolera vía oral, adecuado control glucémico. Neurológicamente variable con episodios de agresividad a pesar de recibir terapia con antipsicótico, pendiente interconsulta por psiquiatría para apoyo terapéutico. Sin nuevos episodios convulsivos en seguimiento por parte de neurología, se le realiza resonancia magnética cerebral simple y contrastada bajo sedación, pendiente reporte para definir nuevas conductas. Pendiente realización de doppler de vasos de cuello, reporte de ecocardiograma y perfil autoinmune. Dado a mejoría clínica de la paciente y no necesidad de soportes se considera no necesaria intervención en unidad de cuidados intensivos. Se considera traslado a sala general ORDENES MÉDICAS Traslado a sala general - Monitoría continua - Hoja neurológica horario - Alimentación líquida por sng - Alimentación para propósitos medico ensure clinical una lata por sng cada 6h - Oxígeno por cánula nasal a 3l/min Si sao2 < 92% - Lactato de ringer 500cc a 5cc/ hora - Haloperidol amp. 5 mg aplicar 2.5 mg cada 8 hora siv PRN - Esomeprazol tab 40mg por sng Losartan tab 50 mg por sng cada 12 horas - Amlodipino tab 10 mg por sng cada 24hr - Hidroclorotiazida tab 25mg por sng cada 24hr - Levetiracetam tab 500mg vo cada 8 horas :.....nuevo:..... - Ácido acetil salicílico tab 100mg por sng cada 24hr - Atorvastatina tab 40mg por sng cada 24hr - Enoxaparina amp 40mg sc cada 24hr - p/ reporte RMN cerebral simple y contrastada bajo sedación (realizado 09/10/2021) - p/ realización electroencefalograma - p/ reporte ecocardiograma, - pendiente doppler de vasos de cuello - p/p anas, ancas, anticardiolipina, anticoagulante lupico, antídoto de triple cadena, anti ro, anti la - Glucometrías cada 6hr - p/ interconsulta por psiquiatría - Control estricto de líquidos eliminados - líquidos administrados - Cuidados de en medicas antiescara- Cambios de posición cada 2hr - Csv y acDR. IVAN DAIZ - INTENSIVISTA DR. ENDER CAMPILLO - MÉDICO GENERAL UCIA


Ivan Diaz Juan
Médico Internista - M. Crítico
DIAZ JUAN IVAN ALFREDO

13/10/2021 11:40 a. m. Impresión Diagnóstica NOMBRE: ANA LUCIA PAEZ DE CORREACC: 30769570 EDAD: 62 AÑOS FECHA DE INGRESO: 05/10/2021 FECHA DE VALORACIÓN 13/10/2021 HORA: 09:15 IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS - SÍNDROME NEUROLÓGICO AGUDO SECUNDARIO A: ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA-REACTIVACIÓN DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE DESCARTADA- EVENTO CEREBRO VASCULAR AGUDO ?-CRISIS EPILEPTICA SINTOMÁTICA AGUDA -SECUELAS DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR HISTORIA CLÍNICA-HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MANEJO- SÍNDROME DE INMOVILIDAD MODERADA BARTHEL DE 50 Subjetivo SUBJETIVO: PACIENTE EN COMPAÑÍA DE LA CUIDADORA QUIEN REFIERE VERLA MÁS DESPIERTA EN SU ESTADO BASAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA SÍNTOMAS URINARIOS, REFIERE DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES. Resultado Apoyo Diagnóstico PARACLÍNICOS LABORATORIOS 07/10/2021: ANTI DNA NEGATIVO, ANTI RNP 0.42, ANTI SM 0.12, ANTI RO 0.16, ANTI-LA 0.70, ANA NEGATIVOS, C-ANCA - P ANCA NEGATIVO, C3 209.2, C4 56.4 IMÁGENES 09/10/2021: IRM CEREBRAL SIMPLE: DISCRETA ENFERMEDAD MULTIFOCAL ISQUÉMICA DE PEQUEÑOS VASOS EN AMBOS HEMISFERIOS CEREBRALES SIN ZONAS DE INFARTOS TERRITORIALES ANTIGUOS O RECIENTES, SUPRA E INFRATENTORIALES. LESIONES MALÁICAS CICATRIZIALES EN A INSULA IZQUIERDA, EN LA CIRCUNVOLUCIÓN SUPERIOR DEL LÓBULO TEMPORAL IZQUIERDO, EN LA PUNTA DE ESTE LÓBULO Y EN EL HIPOCAMPO CORRESPONDIENTE, HALLAZGOS QUE PUEDEN SER SECUNDARIOS A UN PROCESO DE ENCEFALITIS ANTIGUA, SI EXISTE EL ANTECEDENTE FRANCO DE ESTA ENFERMEDAD; NO HAY SIGNOS DE LESIÓN INFLAMATORIA AGUDA RECIDIVANTE. AMPLITUD COMPENSATORIA DEL ESPACIO SUBARACNOIDEO DE AMBAS REGIONES SILVIANAS, ESPECIALMENTE LA DEL LADO IZQUIERDO POR LAS LESIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE. Análisis, Recomendaciones y Conducta SE VALORA PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ACUERDO NORMATIVIDAD VIGENTE INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, PARA PREVENCIÓN DE PROPAGACIÓN Y CONTAGIO COVID 19. PACIENTE FEMENINA EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA QUIEN EGRESA DE UCI EL DÍA DE AYER HOSPITALIZADO CON DIAGNÓSTICO DE ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA, CON SECUELAS DE ENCEFALOPATÍA AUTOINMUNE PREVIA EN QUIEN SE DESCARTO LA CAUSA INFECCIOSA CON CULTIVO EN LCR EL CUAL NO REPORTÓ PRESENCIA DE MICROORGANISMOS, SE SOLICITÓ RMN EN LA CUAL REPORTA HALLAZGO DE ENFERMEDAD ISQUÉMICA MULTIFOCAL DE PEQUEÑOS VASOS DISCRETA, POR LO QUE SE INICIÓ MANEJO CON ANTICOAGULACIÓN, ANTIISQUÉMICO Y SE SOLICITARON ESTUDIOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR, ECOCARDIOGRAMA YA TOMADO SIN EMBARGO PENDIENTE REPORTE, PENDIENTE REALIZACIÓN DE DOPPLER DE VASOS DE CUELLO, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN APORTE DE OXÍGENO SATURACIONES EN METAS, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA PARACLÍNICOS CON HALLAZGO DE COMPLEMENTO AUMENTADO SIN EMBARGO NEGATIVO PARA PERFIL INMUNOLÓGICO, AYER PRESENTA EPISODIO DE HIPOGUCEMIA DE ETIOLOGIA NO CLARA CON VALOR DE 30 MG/DL, SIN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA POR LO QUE SE DECIDE SEGUIMIENTO Estricto DE GLUCOMETRIAS, SE REINTERROGA A LA FAMILIAR DE LA PACIENTE DONDE REFIEREN MISMO ESTADO BASAL QUE EN LA CASA Y REFIERE TOS OCASIONAL POR LO QUE SE SOLICITA RX DE TORAX, SE CALCULA ESCALA DE BARTHEL 50/100 SE DECIDE COMPLEMENTAR RIESGO CARDIOVASCULAR CON PERFIL TIROIDEO Y PERFIL LIPÍDICO, CON RESULTADOS DEFINIREMOS EGRESO. SE AJUSTA MANEJO ANTIHIPERTENSIVO. SE EXPLICA A CUIDADORA QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

13/10/2021 11:40 a. m.

Impresión Diagnóstica NOMBRE: ANA LUCIA PAEZ DE CORREACC: 30769570 EDAD: 62 AÑOS FECHA DE INGRESO: 05/10/2021 FECHA DE VALORACIÓN 13/10/2021 HORA: 09:15 IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS - SÍNDROME NEUROLÓGICO AGUDO SECUNDARIO A: ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA-REACTIVACIÓN DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE DESCARTADA- EVENTO CEREBRO VASCULAR AGUDO ?-CRISIS EPILEPTICA SINTOMÁTICA AGUDA -SECUELAS DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR HISTORIA CLÍNICA-HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MANEJO- SÍNDROME DE INMOVILIDAD MODERADA BARTHEL DE 50 Subjetivo SUBJETIVO: PACIENTE EN COMPAÑÍA DE LA CUIDADORA QUIEN REFIERE VERLA MÁS DESPIERTA EN SU ESTADO BASAL, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA SÍNTOMAS URINARIOS, REFIERE DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES. Resultado Apoyo Diagnóstico PARACLÍNICOS LABORATORIOS 07/10/2021: ANTI DNA NEGATIVO, ANTI RNP 0.42, ANTI SM 0.12, ANTI RO 0.16, ANTI-LA 0.70, ANA NEGATIVOS, C-ANCA - P ANCA NEGATIVO, C3 209.2, C4 56.4 IMÁGENES 09/10/2021: IRM CEREBRAL SIMPLE: DISCRETA ENFERMEDAD MULTIFOCAL ISQUÉMICA DE PEQUEÑOS VASOS EN AMBOS HEMISFERIOS CEREBRALES SIN ZONAS DE INFARTOS TERRITORIALES ANTIGUOS O RECIENTES, SUPRA E INFRATENTORIALES. LESIONES MALÁICAS CICATRIZIALES EN A INSULA IZQUIERDA, EN LA CIRCUNVOLUCIÓN SUPERIOR DEL LÓBULO TEMPORAL IZQUIERDO, EN LA PUNTA DE ESTE LÓBULO Y EN EL HIPOCAMPO CORRESPONDIENTE, HALLAZGOS QUE PUEDEN SER SECUNDARIOS A UN PROCESO DE ENCEFALITIS ANTIGUA, SI EXISTE EL ANTECEDENTE FRANCO DE ESTA ENFERMEDAD; NO HAY SIGNOS DE LESIÓN INFLAMATORIA AGUDA RECIDIVANTE. AMPLITUD COMPENSATORIA DEL ESPACIO SUBARACNOIDEO DE AMBAS REGIONES SILVIANAS, ESPECIALMENTE LA DEL LADO IZQUIERDO POR LAS LESIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE. Análisis, Recomendaciones y Conducta SE VALORA PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ACUERDO NORMATIVIDAD VIGENTE INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, PARA PREVENCIÓN DE PROPAGACIÓN Y CONTAGIO COVID 19. PACIENTE FEMENINA EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA QUIEN EGRESA DE UCI EL DÍA DE AYER HOSPITALIZADO CON DIAGNÓSTICO DE ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA, CON SECUELAS DE ENCEFALOPATÍA AUTOINMUNE PREVIA EN QUIEN SE DESCARTO LA CAUSA INFECCIOSA CON CULTIVO EN LCR EL CUAL NO REPORTÓ PRESENCIA DE MICROORGANISMOS, SE SOLICITÓ RMN EN LA CUAL REPORTA HALLAZGO DE ENFERMEDAD ISQUÉMICA MULTIFOCAL DE PEQUEÑOS VASOS DISCRETA, POR LO QUE SE INICIÓ MANEJO CON ANTICOAGULACIÓN, ANTIISQUÉMICO Y SE SOLICITARON ESTUDIOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR, ECOCARDIOGRAMA YA TOMADO SIN EMBARGO PENDIENTE REPORTE, PENDIENTE REALIZACIÓN DE DOPPLER DE VASOS DE CUELLO, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN APORTE DE OXÍGENO SATURACIONES EN METAS, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA PARACLÍNICOS CON HALLAZGO DE COMPLEMENTO AUMENTADO SIN EMBARGO NEGATIVO PARA PERFIL INMUNOLÓGICO, AYER PRESENTA EPISODIO DE HIPOGUCEMIA DE ETIOLOGIA NO CLARA CON VALOR DE 30 MG/DL, SIN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA POR LO QUE SE DECIDE SEGUIMIENTO Estricto DE GLUCOMETRIAS, SE REINTERROGA A LA FAMILIAR DE LA PACIENTE DONDE REFIEREN MISMO ESTADO BASAL QUE EN LA CASA Y REFIERE TOS OCASIONAL POR LO QUE SE SOLICITA RX DE TORAX, SE CALCULA ESCALA DE BARTHEL 50/100 SE DECIDE COMPLEMENTAR RIESGO CARDIOVASCULAR CON PERFIL TIROIDEO Y PERFIL LIPÍDICO, CON RESULTADOS DEFINIREMOS EGRESO. SE AJUSTA MANEJO ANTIHIPERTENSIVO. SE EXPLICA A CUIDADORA QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Dr. Cesar I. Castro
GATTA RIVERA CANDY
YAZMIN

10/2021 03:45 p. m. Impresión Diagnóstica

Fecha Actual : viernes, 15 octubre 2021

SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DEL INS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID 19. PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD HOSPITALIZADA EN UCI INTERMEDIOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:- ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA RESUELTA- ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR HC- CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDA- ACV PROTUBERANCIAL. Subjetivo REFIERE SENTIRSE BIEN Resultado Apoyo Diagnóstico PARACLÍNICOS LABORATORIOS 07/10/2021 : ANTI DNA NEGATIVO, ANTI RNP 0.42, ANTI SM 0.12, ANTI RO 0.16, ANTI-LA 0.70, ANA NEGATIVOS, C-ANCA - P-ANCA NEGATIVO, C3 209.2, C4 56.4 IMÁGENES 09/10/2021: IRM CEREBRAL SIMPLE : DISCRETA ENFERMEDAD MULTIFOCAL ISQUÉMICA DE PEQUEÑOS VASOS EN AMBOS HEMISFERIOS CEREBRALES SIN ZONAS DE INFARTOS TERRITORIALES ANTIGUOS O RECIENTES, SUPRA E INFRATENTORIALES. LESIONES MALÁRICAS CICATRICIALES EN A ÍNSULA IZQUIERDA, EN LA CIRCUNVOLUCIÓN SUPERIOR DEL LÓBULO TEMPORAL IZQUIERDO, EN LA PUNTA DE ESTE LÓBULO Y EN EL HIPOCAMPO CORRESPONDIENTE, HALLAZGOS QUE PUEDEN SER SECUNDARIOS A UN PROCESO DE ENCEFALITIS ANTIGUA, SI EXISTE EL ANTECEDENTE FRANCO DE ESTA ENFERMEDAD; NO HAY SIGNOS DE LESIÓN INFLAMATORIA AGUDA RECIDIVANTE. AMPLITUD COMPENSATORIA DEL ESPACIO SUBARACNOIDEO DE AMBAS REGIONES SILVIANAS, ESPECIALMENTE LA DEL LADO IZQUIERDO POR LAS LESIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE. Análisis, Recomendaciones y Conducta PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE, CURSA CON EPISODIO DE ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA, ASOCIADO A CRISIS EPILEPTICA, Y CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, CON SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS PREVIOS, AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA SIN FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA, TIENE TAC CEREBRAL SIMPLE DONDE NO EVIDENCIA LESIONES AGUDAS, SOLO CAMBIOS POR ATROFIA Y ENFERMEDAD MICROANGIOPATICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SE CONSIDERA PROBABLE CUADRO DE ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA Y/O ENCEFALITIS DE PROBABLE ORIGEN AUTOINMUNE, EN RECAIDA, SIN EMBARGO EN REPORTE DE IRM CEREBRAL NO EVIDENCIA LESIONES AGUDAS DE ENCEFALITIS O INFARTOS TERRITORIALES, EN T2 Y EN T1 CONTRASTADO OBSERVO LESION HIPERINTENSA EXTENSA EN TALLO CEREBRAL, NO REPORTADA, NO SE DESCARTA ACV DE CIRCULACION POSTERIOR, NO HA PRESENTADO NUEVAS CRISIS, TIENE LCR NORMAL, PERFIL AUTOINMUNE NEGATIVO, PENDIENTE ANTICUERPOS ANTINMDA, PENDIENTE EEG, REPORTE DE HOLTER EKG, ECOCARDIOGRAMA Y ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO. CONTINUA TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA, CONTINUA MONITOREO NEUROLÓGICO Y DE SIGNOS VITALES. SE EXPLICA A FAMILIAR, EL ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE Y CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR PLAN- HOSPITALIZAR EN SALA GENERAL- LEVETIRACETAM TAB 500 MG VO C 8 HORAS- OMEPRAZOL 20 MG VO CADA DIA- ASA TAB 100 MG VO C DIA- ATORVASTATINA TAB 40 MG VO C DIA- ENOXAPARINA AMP 40 MG SC C DIA- TERAPIAS FONOAUDIOLOGICA DIARIA- PTE REPORTE DE HOLTER EKG DE 24 HORAS- PTE CULTIVO, AC ANTINMDA EN LCR - PTE EEG- PTE REPORTE DE ECOCARDIOGRAMA TT Y ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO- CONTROL DE SIGNOS VITALES- MONITOREO NEUROLÓGICO

ESTRADA MATTOS
JHONATAN

13/10/2021 11:09 p. m. Impresión Diagnóstica** EVOLUCION NOCHE** SE VALORA PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA INSTITUCIÓN DE ACUERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE POR EL INS Y EL MINISTERIO DE SALUD PARA PREVENCIÓN DE INFECCIONES CRUZADAS POR CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19. PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD CON IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS -SÍNDROME NEUROLÓGICO AGUDO SECUNDARIO A: ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA-REACTIVACIÓN DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE DESCARTADA- EVENTO CEREBRO VASCULAR AGUDO ?-CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDA -SECUELAS DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR HISTORIA CLÍNICA-HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MANEJO- SÍNDROME DE INMOVILIDAD MODERADA BARTHEL DE 50 Subjetivo PACIENTE EN COMPAÑÍA DE HIJA, REFIERE QUE PASO BUEN DIA, MAS DESPIERTA. NIEGA CONVULSIONES, CEFALEA, MAREO, NAUSEAS, VOMITO, TOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR TORACICO, PALPITACIONES, FIEBRE U OTRA SINTOMATOLOGIA. Análisis, Recomendaciones y Conducta PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD CON IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS -SÍNDROME NEUROLÓGICO AGUDO SECUNDARIO A: ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA-REACTIVACIÓN DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE DESCARTADA- EVENTO CEREBRO VASCULAR AGUDO ?-CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDA -SECUELAS DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR HISTORIA CLÍNICA-HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MANEJO- SÍNDROME DE INMOVILIDAD MODERADA BARTHEL DE 50. ACTUALMENTE CLINICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE SIRS APARENTES, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA NI REQUERIMIENTO DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, TOLERANDO VIA ORAL. ES VALORADA POR MEDICINA INTERNA TIENE LCR NORMAL, COMPLEMENTO AUMENTADO SIN EMBARGO PERFIL AUTOINMUNE NEGATIVO, SE DECIDE COMPLEMENTAR RIESGO CARDIOVASCULAR CON PERFIL TIROIDEO Y PERFIL LIPÍDICO, AJUSTA MANEJO ANTIHIPERTENSIVO. PENDIENTE EEG (MAÑANA 7:00 AM), REPORTE DE HOLTER EKG, ECOCARDIOGRAMA Y ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO. CONTINUA TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA. PENDIENTE VALORACION PSIQUIATRIA. CONTINUA HOSPITALIZADO, ORDENES POR ESPECIALIDAD TRATANTE. ATENTOS A EVOLUCION Y AL LLAMADO. PRONOSTICO SUJETO A EVOLUCION. SE EXPLICA CONDICION CLINICA Y CONDUCTA MEDICA A SEGUIR A ACOMPAÑANTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Mano Paula Mazza M
Mano Paula Mazza M
Medico
R.M. 1047195492
MAZZA PAULA MARIA
PAULA

14/10/2021 08:16 a. m. Impresión Diagnóstica DX: -SÍNDROME NEUROLÓGICO AGUDO SECUNDARIO A: ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA- EVENTO CEREBRO VASCULAR AGUDO ?-CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDA -SECUELAS DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR HISTORIA CLÍNICA-HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MANEJO. Subjetivo REFIERE SENTIRSE BIEN, ADECUADO PATRON DE SUEÑO Análisis, Recomendaciones y Conducta PACIENTE SIN HISTORIL DE ENFERMEDAD MENTAL EN EL MOMENTO SI SINTOMATOLOGIA QUE AMERITE TRATAMIENTO POR PSIQUIATRIA. CIERRO INTERCONSULTA.

Mano Osorio Vasquez Amira
Mano Osorio Vasquez Amira
OSORIO VASQUEZ AMIRA
FERNANDA

DIAGNOSTICAS -SINDROME
DESCARTADA- EVENTO CEREBRO VASCULAR AGUDO 7-CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDA -SECUELAS DE
ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR HISTORIA CLINICA-HIPERTENSION ARTERIAL EN MANEJO- SINDROME DE
INMOVILIDAD MODERADA BARTHIE DE 50 SubjetivoSUBJETIVO: PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA CUIDADORA QUIEN
REFIERE VERLA MÁS CONECTADA CON EL MEDIO, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA
SINTOMAS URINARIOS, REFIERE DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES, TOLERANDO Y ACEPTANDO LA VÍA
ORAL.Resultado Apoyo DiagnósticoPARACLINICOS LABORATORIOS 12/10/2021: LEU 13.450, HB 14.4, HTO 43.8, PLAQ
334.000, NEU 69%, LINF 18%, GLI 112, UN 14.6, HA 140, CREAT 0.68, CL 104.

07/10/2021 : ANTI DHA NI
SM 0.12, ANTI RO 0.16, ANTI-CA 0.70, ANA NEGATIVOS, C-ANCA - P ANCA NEGATIVO, C3 209.2, C4 56.4 IMÁGENES
12/10/2021 RX DE TÓRAX: MALA TÉCNICA, PLACA ROTADA, NO BIEN PENETRADA, NO INSPIRADA, SIN EMBARGO
PRESENCIA DE CEFALIZACIÓN DE FLUJO. 09/10/2021: IRM CEREBRAL SIMPLE : DISCRETA ENFERMEDAD MULTIFOCAL
ISQUÉMICA DE PEQUEÑOS VASOS EN AMBOS HEMISFERIOS CEREBRALES SIN ZONAS DE INFARTOS TERRITORIALES
ANTIGUOS O RECIENTES, SUPRA E INFRATENTORIALES. LESIONES MALÁICAS CICATRICALES EN A ÍNSULA
IZQUIERDA, EN LA CIRCUNVOLUCIÓN SUPERIOR DEL LÓBULO TEMPORAL IZQUIERDO, EN LA PUNTA DE ESTE LÓBULO
Y EN EL HIPOCAMPO CORRESPONDIENTE, HALLAZGOS QUE PUEDEN SER SECUNDARIOS A UN PROCESO DE
ENCEFALITIS ANTIGUA, SI EXISTE EL ANTECEDENTE IRANCO DE ESTA ENFERMEDAD; NO HAY SIGNOS DE LESIÓN
INFLAMATORIA AGUDA RECIDIVANTE. AMPLITUD COMPENSATORIA DEL ESPACIO SUBARACNOIDEO DE AMBAS
REGIONES SILVIANAS, ESPECIALMENTE LA DEL LADO IZQUIERDO POR LAS LESIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.
Análisis, Recomendaciones y ConductaANÁLISISSE VALORA PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
ACUERDO NORMATIVIDAD VIGENTE INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, PARA PREVENCIÓN DE PROPAGACIÓN Y
CONTAGIO COVID 19.PACIENTE FEMENINA EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA QUIEN EGRESA DE UCI EL DÍA DE
AYER HOSPITALIZADO CON DIAGNÓSTICO DE ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA, CON SECUELAS DE ENCEFALOPATÍA
AUTOINMUNE PREVIA EN QUIEN SE DESCARTO LA CAUSA INFECCIOSA CON CULTIVO EN LCR EL CUAL NO REPORTÓ
PRESENCIA DE MICROORGANISMOS, SE SOLICITÓ RMN EN LA CUAL REPORTA HALLAZGO DE ENFERMEDAD ISQUÉMICA
MULTIFOCAL DE PEQUEÑOS VASOS DISCRETA, POR LO QUE SE INICIÓ MANEJO CON ANTICOAGULACIÓN,
ANTIISQUÉMICO Y ESTUDIOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR, YA TOMADOS SIN EMBARGO PENDIENTES DE REPORTES,
EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN
APORTE DE OXÍGENO, SATURACIONES EN METAS, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA,
PARACLINICOS CON HALLAZGO DE COMPLEMENTO AUMENTADO SIN EMBARGO NEGATIVO PARA PERFIL
INMUNOLÓGICO, GLUCOMETRIAS EN METAS, CIFRAS TENSIONALES EN METAS CON MANEJO ACTUAL, PERFIL LIPÍDICO
DENTRO DE VALOR DE REFERENCIA, RX DE TÓRAX CON MALA TÉCNICA SIN EMBARGO SIN EVIDENCIA DE
CONSOLIDACIONES, SIN INFILTRADOS, EL DÍA DE HOY SE REALIZA ELECTROENCEFALOGRAMA PENDIENTE REPORTE,
POR EL MOMENTO NO REQUIERE MANEJO ADICIONAL POR SERVICIO DE MEDICINA INTERNA YA QUE
COMORBILIDADES EN ADECUADO CONTROL CONTINUA MANEJO POR SERVICIO DE NEUROLOGÍA, Y CONTROL DE
RESULTADOS AMBULATORIAMENTE, QUEDAMOS ATENTOS A NUEVOS LLAMADOS. SE EXPLICA A CUIDADORA QUIEN
REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

14/10/2021 04:49 p. m. Impresión DiagnósticaSE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SIGUIENDO LAS
RECOMENDACIONES DEL INS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID 19. PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD
HOSPITALIZADA EN UCI INTERMEDIOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:- ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA
RESUELTA- ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR HC- CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDA- ACV PROTUBERANCIAL
SubjetivoREFIERE SENTIRSE BIEN, FAMILIAR REFIERE AGITACION DURANTE LA NOCHEResultado Apoyo
DiagnósticoEEG:RITMO ALFA DOMINANTE POSTERIOR A 8-10 HZ, SIMETRICO, REACTIVO, ACTIVIDAD THETA
INTERMITENTE TEMPORAL, SIN ACTIVIDAD ICTAL O INTERICTAL Análisis, Recomendaciones y ConductaPACIENTE CON
ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE, CURSA CON EPISODIO DE ALTERACION DE LA CONCIENCIA, ASOCIADO
A CRISIS EPILEPTICA, Y CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, CON SINTOMAS PSIQUIATRICOS PREVIOS, AL EXAMEN
FISICO SE ENCUENTRA SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, TIENE TAC CEREBRAL SIMPLE DONDE NO EVIDENCIO
LESIONES AGUDAS, SOLO CAMBIOS POR ATROFIA Y ENFERMEDAD MICROANGIOPATICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA
INFLAMATORIA SISTEMICA, SE CONSIDERA PROBABLE CUADRO DE ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA Y/O ENCEFALITIS
DE PROBABLE ORIGEN AUTOINMUNE, EN RECAIDA, SIN EMBARGO EN REPORTE DE IRM CEREBRAL NO EVIDENCIA
LESIONES AGUDAS DE ENCEFALITIS O INFARTOS TERRITORIALES, EN T2 Y EN T1 CONTRASTADO OBSERVO LESION
HIPERINTENSA EXTENSA EN TALLO CEREBRAL, NO REPORTADA, NO SE DESCARTA ACV DE CIRCULACION POSTERIOR,
NO HA PRESENTADO NUEVAS CRISIS, TIENE LCR NORMAL, PERFIL AUTOINMUNE NEGATIVO, PENDIENTE
ANTICUERPOS ANTINMDA, EEG SIN EVIDENCIA DE ACTIVIDAD EPILEPTIFORME, ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO
SIN ALTERACIONES HEMODINAMICAS SIGNIFICATIVAS, PENDIENTE REPORTE DE HOLTER EKG,
ECOCARDIOGRAMA .CONTINUA TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA, CONTINUA MONITOREO NEUROLOGICO Y DE
SIGNOS VITALES. SE INDICA QUETIAPINA , SE EXPLICA A FAMILIAR, EL ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE Y CONDUCTA
A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. PLAN- HOSPITALIZAR EN SALA GENERAL- LEVETIRACETAM TAB 500 MG VO
C 8 HORAS- OMEPRAZOL 20 MG VO CADA DIA- ASA TAB 100 MG VO C DIA- ATORVASTATINA TAB 40 MG VO C DIA-
ENOXAPARINA AMP 40 MG SC C DIA- QUETIAPINA TAB 25 MG VO C NOCHE- TERAPIAS FONOAUDIOLOGICA DIARIA-
PTE REPORTE DE HOLTER EKG DE 24 HORAS- PTE CULTIVO, AC ANTINMDA EN LCR - PTE REPORTE DE
ECOCARDIOGRAMA TT - CONTROL DE SIGNOS VITALES- MONITOREO NEUROLOGICO

ESTRADA MATTOS
JHONATAN

14/10/2021 08:59 p. m. Nota Médica: SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DEL INS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID 19. PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD HOSPITALIZADA EN UCI INTERMEDIOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:- ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA RESUELTA- ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR HC- CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDA- ACV PROTUBERANCIALSIGNOS VITALESPACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE, CURSA CON EPISODIO DE ALTERACION DE LA CONCIENCIA, ASOCIADO A CRISIS EPILEPTICA, Y CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, CON SINTOMAS PSIQUIATRICOS PREVIOS, AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, TIENE TAC CEREBRAL SIMPLE DONDE NO EVIDENCIA LESIONES AGUDAS, SOLO CAMBIOS POR ATROFIA Y ENFERMEDAD MICROANGIOPATICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SE CONSIDERA PROBABLE CUADRO DE ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA Y/O ENCEFALITIS DE PROBABLE ORIGEN AUTOINMUNE, EN RECAIDA, SIN EMBARGO EN REPORTE DE IRM CEREBRAL NO EVIDENCIA LESIONES AGUDAS DE ENCEFALITIS O INFARTOS TERRITORIALES, EN T2 Y EN T1 CONTRASTADO OBSERVO LESION HIPERINTENSA EXTENSA EN TALLO CEREBRAL, NO REPORTADA, NO SE DESCARTA ACV DE CIRCULACION POSTERIOR, NO HA PRESENTADO NUEVAS CRISIS, TIENE LCR NORMAL, PERFIL AUTOINMUNE NEGATIVO, PENDIENTE ANTICUERPOS ANTINMDA, EEG SIN EVIDENCIA DE ACTIVIDAD EPILEPTIFORME, ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO SIN ALTERACIONES HEMODINAMICAS SIGNIFICATIVAS, PENDIENTE REPORTE DE HOLTER EKG, ECOCARDIOGRAMA. CONTINUA TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA, CONTINUA MONITOREO NEUROLOGICO. QUEDAMOS ATENTOS A EVOLUCION DE PACIENTE.

[Firma]
MILANA MORENO UPARELA
Médica Generalista
C.R. 10000
SARMIENTO 090700
MALKA IRINA

15/10/2021 04:02 p. m. Impresión Diagnostica SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DEL INS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID 19. PACIENTE FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD HOSPITALIZADA EN SALA GENERAL CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:- ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA RESUELTA - ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR HC- CRISIS EPILEPTICA SINTOMATICA AGUDA- ACV PROTUBERANCIAL Subjetivo: REFIERE SENTIRSE BIEN, FAMILIAR REFIERE MEJORIA DE LA AGITACION Resultado Apoyo Diagnostico: HOLTER EKG: ritmo sinusal de base sin pausas o bloqueos importantes sin trastornos significativos del st extrasístoles ventriculares monomórficas aisladas extrasístoles supraventriculares y/o auriculares frecuentes, con dupletas bigeminismo y trigeminismo etc limitrofe 465ms variabilidad de la frecuencia cardiaca disminuida Análisis, Recomendaciones y Conducta: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE, CURSA CON EPISODIO DE ALTERACION DE LA CONCIENCIA, ASOCIADO A CRISIS EPILEPTICA, Y CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, CON SINTOMAS PSIQUIATRICOS PREVIOS, AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, TIENE TAC CEREBRAL SIMPLE DONDE NO EVIDENCIA LESIONES AGUDAS, SOLO CAMBIOS POR ATROFIA Y ENFERMEDAD MICROANGIOPATICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SE CONSIDERA PROBABLE CUADRO DE ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA Y/O ENCEFALITIS DE PROBABLE ORIGEN AUTOINMUNE, EN RECAIDA, SIN EMBARGO EN REPORTE DE IRM CEREBRAL NO EVIDENCIA LESIONES AGUDAS DE ENCEFALITIS O INFARTOS TERRITORIALES, EN T2 Y EN T1 CONTRASTADO OBSERVO LESION HIPERINTENSA EXTENSA EN TALLO CEREBRAL, NO REPORTADA, NO SE DESCARTA ACV DE CIRCULACION POSTERIOR, NO HA PRESENTADO NUEVAS CRISIS, TIENE LCR NORMAL, PERFIL AUTOINMUNE NEGATIVO, PENDIENTE ANTICUERPOS ANTINMDA, EEG SIN EVIDENCIA DE ACTIVIDAD EPILEPTIFORME, ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO SIN ALTERACIONES HEMODINAMICAS SIGNIFICATIVAS, HOLTER EKG SIN ARRITMIAS O PAUSAS SIGNIFICATIVAS, PTE REPORTE DE ECOCARDIOGRAMA. CONTINUA TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA, OCUPACIONAL Y FISICA, ANTE MEJORIA CLINICA, SE CONSIDERA DAR ALTA MEDICA, CON MANEJO AMBULATORIO. CITA CONTROL POR LA CONSULTA EXTERNA JUEVES 21/10/2021 7 AM, SE EXPLICA A FAMILIAR CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. PLAN: ALTA POR NEUROLOGIA- LEVETIRACETAM TAB 500 MG VO C 8 HORAS- OMEPRAZOL 20 MG VO CADA DIA- ASA TAB 100 MG VO C DIA- ATORVASTATINA TAB 40 MG VO C DIA- QUETIAPINA TAB 25 MG VO C NOCHE- VALSARTAN AMLODIPINO TAB 160/10 MG VO C DIA- HIDROCLOROTIAZIDA TAB 25 MG VO C DIA- TERAPIAS FISICA, OCUPACIONAL Y FONOAUDIOLOGICA 3 VECES X SEMANA- RECLAMAR CULTIVO, AC ANTINMDA EN LCR, REPORTE DE ECOCARDIOGRAMA TT. -CITA POR LA CONSULTA EXTERNA 21/10/2021 7:00 AM

ESTRADA MATTOS
JHONATAN

SANDY MILENA MORENO UPARELA
MEDICINA GENERAL