

DATOS DE LA SOLICITUD

ID de la Teleconsulta: 68062

Estado Teleconsulta: Contestada

Médico solicitante: Yazmin Elisa Galvis Oviedo

Fecha y hora de envío: 24-09-2015 14:53:13

Nivel Establ. de origen: II

Nº registro: 17-17070-14

Establecimiento de origen: 134-046 SINERGIA UBA

Firma:




(Envigado)(ECG)PROG

Especialidad de destino: Medicina Interna

Prioridad en origen: Baja

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Maria Esperanza Torres de
Ruiz

Fecha de nacimiento: 08-04-1934

Edad: 81 años

Cedula de ciudadanía: 21360251

Sexo: Femenino

Procedencia:

Afiliación: R. Contributivo

Ocupación: ama de casa

Teléfono: -

Entidad Administradora: COOMEVA EPS

Email: -

Datos de la teleconsulta

Motivo teleconsulta: Orientación en diagnóstico, manejo y tratamiento

Motivo de consulta del
paciente: orientacion en control y manejo.

Diagnóstico médico general

Observaciones adicionales: paciente en el momento con estabilidad hemodinámica, cursando con dolor crónico de cadera derecha, adicionalmente con niveles de tsh en límites de hipotiroidismo subclínico, osteoporosis el cual amerita valoración y manejo por parte de medicina interna por telemedicina

DATOS DE LA SOLICITUD

ID de la Teleconsulta: 68062

Estado Teleconsulta: Contestada

Médico solicitante: Yazmin Elisa Galvis Oviedo

Fecha y hora de envío: 24-09-2015 14:53:13

Nivel Establ. de origen: II

Nº registro: 17-17070-14

Establecimiento de origen: 134-046 SINERGIA UBA

Firma:



(Envigado)(ECG)PROG

Especialidad de destino: Medicina Interna

Prioridad en origen: Baja

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Maria Esperanza Torres de
Ruiz

Fecha de nacimiento: 08-04-1934

Edad: 81 años

Cedula de ciudadanía: 21360251

Sexo: Femenino

Procedencia:

Afiliación: R. Contributivo

Ocupación: ama de casa

Teléfono: -

Entidad Administradora: COOMEVA EPS

Email: -

EVALUACION Y RESPUESTA DEL ESPECIALISTA

Médico especialista: Jose Julian Carvajal Rivera

Fecha y hora respuesta: 25-09-2015 13:43:30

Nº de registro: 13744999

Prioridad caso según especialista: Alta

Firma:



Diagnóstico CIE10: M819 - OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA
R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

Orientación diagnóstica: TELECONSULTA ? MEDICINA INTERNA

ASINCRONICA

ENVIADA DRA Yazmin Elisa Galvis Oviedo

Paciente femenino de 81 años, con antecedentes de osteoporosis y dolor crónico en cadera derecha con parestesias en Miembro inferior derecho, incapacidad para la

marcha, no puede ni subir ni bajar escalas. Remitida a medicina interna por medicina del dolor, niveles de TSH limítrofes.

Orientación en manejo y tratamientos: TRATAMIENTO ACTUAL

esomeprazol 40 mg 1 en ayunas

tramadol gotas 10 cada 8 horas

acetaminofen 2 tabl cada 8 horas

cianocobalamina 1 ampolla IM cada 15 días

EXAMEN FISICO

TA 120/80 mmHg, FC 80 lpm, FR 20 por min, Peso 45 Kg, Talla 142 CM; IMC 22.2 - NORMAL.

Al examen físico: ?Osteomuscular: marcha con ayuda de bastón , limitación a los movimientos completos de miembros inferior derecho por dolor en cadera, inferior izquierdo sin dolor con amplitud de arcos de movimientos?. Resto del examen normal.

PARACLINICOS RELEVANTES CONSULTA:

-PRODIAGNOSTICO, 19 Junio /2015 - Rx CADERA: Desplazamiento superior del fémur, disminución del espacio articular coxofemoral, osteopenia difusa, esclerosis y quistes subcondrales a nivel coxofemoral, edema de tejidos blandos adyacentes a la articulación coxofemoral, cambios degenerativos del esqueleto axial lumbar distal, ateromatosis calcificada aortoiliaca.

-UNIDAD DE OSTEOPOROSIS, 26 Agosto/2015 ? DENSITOMETRIA OSEA:
Osteoporosis

-LABORATORIO CLINICO ECHAVARRIA, 22 Septiembre/2015

T4 LIBRE 0.87 ng/dl

COLESTEROL TOTAL 143 mg/dl

TRIGLICERIDOS 117 mg/dl

HDL 58.60 mg/dl

HEMATOCRITO: 43.8%

HEMOGLOBINA : 13.8 mg/dl

NEUTROFILOS: 47.3%

LINFOCITOS: 40.1%

PLAQUETAS: 218000 MM2

RECuento DE GLOBULOS BLANCOS 8.4 xmil/m3

RECuento DE GLOBULOS ROJOS 5.47 xmil/m3

TGO: 34 U/L

TGP: 24 U/L

FOSFATASA ALCALINA: 182.0 U/L

HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES 6.903 uUI/MI

VITAMINA D: 13.1 ng/mL

Orientación para control y seguimiento: Valoración por ortopedia


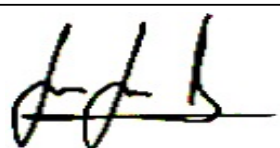
inicio de alendronato semanal

calcio + vitamina d


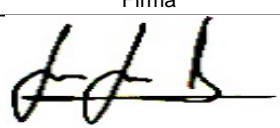
Fundamento del diagnóstico / Paciente con osteoporosis , evidencia de alteración en estructura ósea cadera se

Manejo y tratamiento: indica inicio de alendronato oral semanal, asegurar la ingesta de calcio + vitamina d por riesgo de hipocalcemia , valoración por ortopedia para definir si existe posibilidad quirúrgica ante dolor persistente

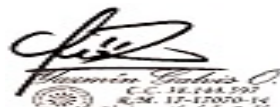
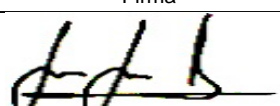
Recetario: CITA

1. Paciente		Fecha	Día: 25	Mes: 09	Año: 2015
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Torres		de Ruiz		Maria Esperanza	
Documento identificación	Número	Edad	Género		
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	21360251	81	F: _x_ M: ____		
Teléfono	Municipio	Dirección residencia		Departamento	
Afilación al S.G.S.S.S		Nombre de la entidad			
R. Contributivo		COOMEVA EPS			
2. Solicitudes					
MED INTERNA					
Diagnóstico					
Sin diagnósticos					
3. Profesional que remite el caso					
Nombre completo					
Yazmin Elisa Galvis Oviedo					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	38144597	17-17070-14			
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG		carrera 48 25 sur 136		ENVIGADO/ANTIOQ UIA	3017479709
4. Profesional					
Nombre completo					
Jose Julian Carvajal Rivera					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	13744999	13744999			
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
ITMS		Av. calle 26 # 69c 03 torre B piso 6		Bogotá	57-1-5931770
5. Entrega del medicamento (a diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)					
Apellidos y nombres de quien recibe				N° de identidad	
Apellidos y nombres de quien dispensa				N° de identidad	
Establecimiento farmacéutico minorista		Dirección		Fecha de despacho	
<div style="text-align: right;"> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> </div>					

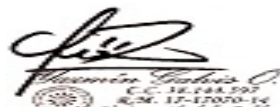
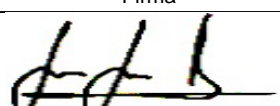
Fórmula para medicamentos

1. Paciente				Fecha	Día: 25	Mes: 09	Año: 2015
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres			
Torres		de Ruiz		Maria Esperanza			
Documento identificación		Número		Edad		Género	
21360251		81					
Teléfono		Municipio		Dirección residencia		Departamento	
Afiliación al S.G.S.S.S				Nombre de la entidad			
R. Contributivo				COOMEVA EPS			
2. Medicamentos							
Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis	Vía administración	Cantidad prescrita		
					En números	En letras	
Alendronato	70 mg	Tabletas	70 mg semanal	Oral	24	Veinticuatro	
Diagnóstico							
Sin diagnósticos							
3. Profesional que remite el caso							
Nombre completo							
Yazmin Elisa Galvis Oviedo							
Documento de identidad		Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°			Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____		38144597	17-17070-14				
Institución donde labora			Dirección		Ciudad	Teléfono	
134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG			carrera 48 25 sur 136		ENVIGADO/ANTIOQ UIA	3017479709	
4. Profesional							
Nombre completo							
Jose Julian Carvajal Rivera							
Documento de identidad		Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°			Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____		13744999	13744999				
Institución donde labora		Dirección		Ciudad		Teléfono	
ITMS		Av. calle 26 # 69c 03 torre B piso 6		Bogotá		57-1-5931770	
5. Entrega del medicamento (a diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)							
Apellidos y nombres de quien recibe				N° de identidad			
Apellidos y nombres de quien dispensa				N° de identidad			
Establecimiento farmacéutico minorista		Dirección			Fecha de despacho		
					Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		

Fórmula para medicamentos

1. Paciente				Fecha	Día: 25	Mes: 09	Año: 2015
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres			
Torres		de Ruiz		Maria Esperanza			
Documento identificación		Número		Edad		Género	
21360251		81					
Teléfono		Municipio		Dirección residencia		Departamento	
Afiliación al S.G.S.S.S				Nombre de la entidad			
R. Contributivo				COOMEVA EPS			
2. Medicamentos							
Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis	Vía administración	Cantidad prescrita		
					En números	En letras	
Alendronato	70 mg	Tabletas	70 mg semanal	Oral	24	Veinticuatro	
Calcio + vitamina D	600 mg	Tabletas	600 mg	Oral	90	Noventa	
Diagnóstico							
Sin diagnósticos							
3. Profesional que remite el caso							
Nombre completo							
Yazmin Elisa Galvis Oviedo							
Documento de identidad		Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°			Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____		38144597	17-17070-14				
Institución donde labora			Dirección		Ciudad	Teléfono	
134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG			carrera 48 25 sur 136		ENVIGADO/ANTIOQ UIA	3017479709	
4. Profesional							
Nombre completo							
Jose Julian Carvajal Rivera							
Documento de identidad		Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°			Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____		13744999	13744999				
Institución donde labora		Dirección		Ciudad		Teléfono	
ITMS		Av. calle 26 # 69c 03 torre B piso 6		Bogotá		57-1-5931770	
5. Entrega del medicamento (a diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)							
Apellidos y nombres de quien recibe					N° de identidad		
Apellidos y nombres de quien dispensa					N° de identidad		
Establecimiento farmacéutico minorista		Dirección			Fecha de despacho		
					Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		

Fórmula para medicamentos

1. Paciente				Fecha	Día: 25	Mes: 09	Año: 2015
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres			
Torres		de Ruiz		Maria Esperanza			
Documento identificación		Número		Edad		Género	
21360251		81					
Teléfono		Municipio		Dirección residencia		Departamento	
Afiliación al S.G.S.S.S				Nombre de la entidad			
R. Contributivo				COOMEVA EPS			
2. Medicamentos							
Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis	Vía administración	Cantidad prescrita		
					En números	En letras	
Alendronato	70 mg	Tableta	70 mg semanal	Oral	24	Veinticuatro	
Calcio + vitamina D	600 mg	Tableta	600 mg día	Oral	90	Noventa	
Diagnóstico							
Sin diagnósticos							
3. Profesional que remite el caso							
Nombre completo							
Yazmin Elisa Galvis Oviedo							
Documento de identidad		Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°			Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____		38144597	17-17070-14				
Institución donde labora			Dirección		Ciudad	Teléfono	
134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG			carrera 48 25 sur 136		ENVIGADO/ANTIOQ UIA	3017479709	
4. Profesional							
Nombre completo							
Jose Julian Carvajal Rivera							
Documento de identidad		Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°			Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____		13744999	13744999				
Institución donde labora		Dirección		Ciudad		Teléfono	
ITMS		Av. calle 26 # 69c 03 torre B piso 6		Bogotá		57-1-5931770	
5. Entrega del medicamento (a diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)							
Apellidos y nombres de quien recibe					N° de identidad		
Apellidos y nombres de quien dispensa					N° de identidad		
Establecimiento farmacéutico minorista		Dirección			Fecha de despacho		
					Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		