

Prompt de nota médica de evolución

Prompt: Con [+++++], haz una [nota médica de evolución](#) de [seguimiento](#) actual y recomienda un [plan](#) con los siguientes datos día postquirúrgico si está operado. Molestias que refiere, trastornos del sueño si los hubiese. Situación de la ingesta alimenticia: Apunta si hay o no trastornos miccionales o defecatorios. Dime el estado de conciencia y orientación y si presenta focalidad neurológica. Estado de la herida quirúrgica si tiene Dime si tiene fiebre, como estan las constantes si recibe profilaxis antitrombótica. Si realiza rehabilitación. Fecha de la ultima analítica de sangre y trastornos si los hubiere y el último estudio de imagen con sus alteraciones.

Plan: En seguimiento médico/visto por servicio de y pendiente de

36º día de ingreso por HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (09/12/2024) POR ANEURISMA A.CEREBRAL POSTERIOR IZQUIERDA (P1) (DIAGNÓSTICO POR 2ª ARTERIOGRAFÍA, PRIMERA NEGATIVA), TRATADO ENDOVASCULARMENTE (STENT DERIVADOR DE FLUJO 10/1/2025). EN TRATAMIENTO CON DOBLE ANTIAGREGACIÓN.

Sin acompañantes en el momento de la visita. Barrera idiomática (sólo habla alemán) En cama, con medidas de contención mecánica. No refiere dolor. Consciente, orientada en persona. Moviliza las 4 extremidades de forma espontánea, sin asimetría facial. PICNR. Afebril. TA: 118/76. Portadora de sonda vesical.

Angiografía terapéutica (10/1/25): Dificultad de cateterización de AV izquierda por elongación vascular aortica y loop en el origen de la arteria vertebral. El envoy 6F no se puede avanzar sobre la microguia y microcateter. El Neuron Max es inestable y se disloca en arco aortico pese a cateter intermedio y micro en V4. Se rectifica curva proximal y se logra avanzar ambos. Aneurisma tipo blister conocido dorsal a P2 izdo. Se cateteriza la ACP izda y se despliega el flow diverter sin complicaciones. El cuello del aneurisma está totalmente cubierto. RECOMENDACIONES: Recomendando arteriografía de control en 6 meses. Control telefonico en consulta en un mes. Mantener doble antiagregación con AAS 100 mg cada 24 horas de por vida y Ticagrelor 90 mg/12 h al menos hasta el siguiente control angiografico en 6 meses.

Última analítica de sangre 12/1/2025: sin alteraciones iónicas. Hb 11.1 g/dL (previa 11.8 g/dL)

Se compara con TC previo del 30/12/2024.

Redistribución de los focos de HSA de los surcos frontoparietotemporales bilaterales. Resolución del hemoventrículo bilateral. Stent en teorica localización dle segmento P1 de la arteria cerebral posterior izquierda. Línea media centrada y cisternas basales permeables. Área hipodensa cortico-subcortical temporo-perietal derecha, en relación con probable área de isquemia en territorio de la ACM derecha, ya presente en estudio previo y sin cambios. Área hipodensa frontal derecha en el trayecto de antiguo catéter de DVE. Persiste talla ventricular aumentada con índice de Evans de 0,34 similar al estudio previo. Trépano frontal izquierdo con catéter de DVE con extremo distal en ventrículo lateral ipsilateral. Trépano frontal derecho.

Conclusión: Redistribución de los focos de HSA a nivel de los surcos frontoparietotemporales bilaterales y resolución del hemoventrículo. Persiste talla ventricular aumentada (índice de Evans: 0,34)

Nota Médica de Evolución y Plan Fecha: 14/01/2025 Paciente: Mujer ingresada por hemorragia subaracnoidea (HSA) secundaria a aneurisma en arteria cerebral posterior izquierda (P1), tratada endovascularmente el 10/01/2025 con stent derivador de flujo.

Evolución actual:

Estado general: Paciente consciente, orientada en persona. No refiere dolor. Sin acompañantes en la visita. Barrera idiomática significativa (sólo habla alemán). Exploración física: Moviliza espontáneamente las cuatro extremidades sin asimetría facial. Afebril. Tensión arterial: 118/76 mmHg. Neurológico: No signos de focalidad neurológica activa (PICNR). Estado funcional: En cama con medidas de contención mecánica. Soporte: Portadora de sonda vesical. Resultados recientes:

Angiografía terapéutica (10/01/2025): Se logró desplegar el flow diverter en arteria cerebral posterior izquierda, cubriendo completamente el cuello del aneurisma tipo blister en P2 sin complicaciones. Última analítica (12/01/2025): Sin alteraciones iónicas. Hemoglobina: 11.1 g/dL (previa 11.8 g/dL). TC craneal (30/12/2024 vs 12/01/2025): Redistribución de los focos de HSA en surcos frontoparietotemporales bilaterales. Resolución del hemoventrículo bilateral. Stent bien localizado en segmento P1 de ACP izquierda. Área hipodensa temporoparietal derecha, compatible con isquemia antigua sin cambios. Área hipodensa frontal derecha en trayecto de antiguo catéter DVE. Talla ventricular aumentada persistente (índice de Evans: 0,34). Cisternas basales permeables, línea media centrada. Conclusión: Evolución favorable tras tratamiento endovascular del aneurisma en P1. Resolución del hemoventrículo y redistribución de los focos de HSA. Persistencia de hidrocefalia compensada (índice de Evans: 0,34). No signos de complicaciones infecciosas ni neurológicas agudas.

Plan:

Seguimiento angiográfico:

Programar arteriografía de control en 6 meses (julio 2025). Control telefónico en 1 mes (febrero 2025). Tratamiento farmacológico:

Mantener doble antiagregación: AAS 100 mg cada 24 h de por vida. Ticagrelor 90 mg cada 12 h hasta el próximo control angiográfico en 6 meses. Control analítico:

Realizar hemograma y coagulación en 1 mes para monitorización de parámetros hematológicos. Soporte y cuidados:

Continuar medidas de contención mecánica mientras persista el riesgo de agitación o desconexión accidental. Fomentar movilización pasiva con ayuda fisioterapéutica para evitar complicaciones por inmovilidad. Idioma:

Solicitar intérprete de alemán para mejorar la comunicación en próximas visitas. Control radiológico:

Realizar TC de control en caso de deterioro clínico o signos de aumento de PIC. Firmado por: Dr. Juan Sales Llopis Servicio de Neurocirugía

Haz una **nota médica de evolución** de **seguimiento actual** en el cual que una mujer de 60a que ingresa por caídas y problema social, con sospecha de hidrocefalia crónica del adulto y diagnóstico de trastorno bipolar tipo 2. En lista de espera para test de infusión de Katzman no ves indicado que se realice durante el ingreso actual

Respuesta: **NOTA DE EVOLUCIÓN MÉDICA**

Paciente: Mujer, 60 años **Motivo de Ingreso:** Caídas de repetición y problemática social.

Antecedentes Relevantes: - Sospecha de hidrocefalia crónica del adulto (HCA). - Diagnóstico de trastorno bipolar tipo 2.

Evolución actual: Aunque está en lista de espera para la realización de un test de infusión de Katzman, no se considera indicado proceder con dicha prueba durante el ingreso actual debido a:

El carácter electivo de la prueba, siendo posible llevarla a cabo de forma programada en un contexto ambulatorio.

Desde el punto de vista social, se han documentado problemas que complican su manejo general. El equipo de trabajo social ha iniciado las gestiones pertinentes para garantizar apoyo a la paciente tras el alta, incluyendo la coordinación con servicios comunitarios.

Plan: 1. Mantener el manejo sintomático y multidisciplinar durante el ingreso, priorizando la estabilidad emocional y funcional. 2. Programar el test de infusión de Katzman en el ámbito ambulatorio una vez resueltos los aspectos sociales y asegurada la adherencia terapéutica. 3. Continuar con el ajuste del tratamiento psiquiátrico en colaboración con salud mental. 4. Coordinar el alta con el equipo de trabajo social para asegurar medidas de soporte adecuadas.

Conclusión: No se recomienda realizar el test de infusión durante el ingreso actual por razones clínicas y organizativas.

Aquí tienes una lista de prompts efectivos para realizar una nota médica de evolución clara, completa y profesional. Los prompts están organizados según las secciones habituales de la nota médica:

Identificación del Paciente - ¿Cuál es el nombre completo, edad y número de historia clínica del paciente? - ¿Qué día y a qué hora se está realizando esta nota de evolución?

Motivo de Evolución - ¿Cuál es el motivo principal por el que se realiza esta nota de evolución?

1. Ejemplo: "¿El paciente ha mostrado cambios significativos en su estado clínico?"

Antecedentes Relevantes - ¿Qué antecedentes médicos, quirúrgicos o familiares recientes son relevantes para la evolución actual?

Hallazgos Clínicos - Síntomas:

1. ¿Qué síntomas refiere el paciente desde la última revisión?
2. ¿Han cambiado en frecuencia, intensidad o duración?

- Exploración Física:

1. ¿Qué hallazgos relevantes se observaron durante la exploración física?
2. ¿Cómo está el estado general del paciente?
3. ¿Qué signos vitales se registraron (TA, FC, FR, temperatura, saturación)?

- Pruebas Diagnósticas:

1. ¿Se han realizado nuevas pruebas diagnósticas? ¿Qué resultados relevantes hay?

Tratamiento Actual - ¿Qué tratamiento se está administrando actualmente? - ¿Ha habido cambios recientes en la medicación o en el manejo terapéutico? - ¿Se observan efectos adversos o secundarios del tratamiento?

Evolución - ¿Cómo ha evolucionado el paciente desde la última nota?

1. ¿Ha habido mejoría, empeoramiento o estabilidad en su condición clínica?
2. ¿Qué aspectos destacan en la evolución funcional, orgánica o sintomática?

Plan de Manejo - Propuestas Terapéuticas:

1. ¿Qué ajustes o nuevas recomendaciones terapéuticas se plantean?

- Pruebas Complementarias:

1. ¿Es necesario solicitar nuevas pruebas diagnósticas o de control?

- Seguimiento:

1. ¿Cuál es el plan de seguimiento inmediato?
2. ¿Cuándo será la próxima evaluación del paciente?

Análisis y Opinión - ¿Cuál es tu impresión clínica sobre la evolución del paciente? - ¿Hay alguna hipótesis diagnóstica nueva o priorización en el manejo?

Firma y Contacto - ¿Quién realiza la nota? Indicar nombre completo, cargo y número de colegiado.

Prompt: Nota Médica de Evolución Indicación: Crear una nota médica de evolución detallada, precisa y profesional. Contexto: Evolución clínica diaria de un paciente hospitalizado. Propósito: Registrar el estado actual del paciente, intervenciones realizadas, y plan a seguir.

Formato Identificación del Paciente:

Nombre completo. Número de historia clínica. Edad y sexo. Diagnóstico principal. Fecha y Hora:

Indicar fecha y hora exacta de la evolución. Motivo de la Evolución:

Breve descripción del objetivo de la evaluación actual. Subjetivo:

Resumen de lo referido por el paciente (síntomas actuales, mejoras, molestias). Incluye comentarios de familiares si son relevantes. Objetivo:

Signos vitales (FC, FR, TA, T°, SpO2). Exploración física (aspecto general, hallazgos por sistemas). Resultados de estudios de laboratorio o imagenología recientes. Análisis e Interpretación:

Resumen breve de la evolución desde el ingreso. Interpretación clínica de los hallazgos subjetivos y objetivos. Correlación con el diagnóstico y la respuesta al tratamiento. Plan de Manejo:

Cambios o ajustes en el tratamiento. Exámenes adicionales. Procedimientos programados. Indicaciones de monitoreo. Comentarios Adicionales:

Información relevante del equipo interdisciplinario. Opiniones de especialistas si corresponde. Firma:

Nombre del médico. Cargo (e.g., Residente, Especialista). Registro profesional.

Nombre: Juan Pérez Gómez **Historia Clínica:** 12345678 **Edad/Sexo:** 55 años, masculino
Diagnóstico Principal: Infarto cerebral isquémico en la arteria cerebral media derecha.

Fecha y Hora: 14/01/2025, 09:00 AM

Motivo de la Evolución: Evaluar respuesta a tratamiento trombolítico y estado neurológico actual.

Subjetivo: El paciente refiere menor intensidad en la hemiparesia izquierda, aunque persiste debilidad. Niega cefalea o dolor torácico. Refiere haber dormido bien.

Objetivo: - FC: 72 lpm, FR: 16 rpm, TA: 135/85 mmHg, T°: 36.5 °C, SpO2: 98% en ambiente. - Exploración neurológica: Escala NIHSS = 8. Parálisis facial izquierda moderada, fuerza 3/5 en brazo izquierdo, 4/5 en pierna izquierda. Habla disártrica. - Estudios: TAC cerebral de control muestra resolución parcial del área de hipodensidad.

Análisis e Interpretación: El paciente muestra mejoría clínica neurológica parcial tras trombolisis. Persisten déficit motores que justifican terapia rehabilitadora intensiva. TAC de control sin hemorragia.

Plan de Manejo: 1. Continuar con rehabilitación física intensiva. 2. Mantener tratamiento antitrombótico con aspirina 100 mg/día. 3. Programar ecocardiograma transtorácico. 4. Reevaluar en 24 horas para ajustar plan según evolución clínica.

Comentarios Adicionales: Coordinación con fisioterapia y logopedia iniciada.

Firma: Dr. Juan Sales Residente de Neurocirugía Registro: 87654321

Last
update:
2025/05/03 23:56 prompt_de_nota_medica_de_evolucion https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=prompt_de_nota_medica_de_evolucion

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=prompt_de_nota_medica_de_evolucion

Last update: **2025/05/03 23:56**

