



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 7179533	
Paciente: WILSON GUAYACAN CUCHIBAGUE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/05/1981	
Edad y género: 37 Años, Masculino	
Identificador único: 174879	Financiador: NUEVA EPS-C SOAT

Página 1 de 10

INFORME DE EPICRISIS

INGRESO DEL PACIENTE

Servicio de Ingreso: **URGENCIAS**

Fecha y hora de ingreso: **15/04/2017 11:00**

Número de ingreso: **174879 - 2**

Remitido de otra IPS: **No Remitido**

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN INICIAL

Fuente de la información, motivo de consulta y enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 4 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DEPOSICIONES DIARREICAS CON MOCO SIN SANGRE , ASOCIADO A DOLOR ABDOMINAL DE INICIO PROGRESIVO A NIVEL DE MESOGASTRIO TIPO COLICO DE INTENSIDAD 7/10 , ADEMAS CEFALEA HEMICRANEANA TIPO PICADA SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA

Revisión por sistemas:

Signos y síntomas generales: DOLOR ABDOMINAL EN MESOGASTRIO.

Antecedentes actualizados en el sistema, para la fecha **15/04/2017**

Grupo	Descripción
Quirúrgicos	VARICOCELECTOMIA LADO IZQUIERDO
Farmacológicos	NO REFIERE
Alérgicos	NO REFIERE

Examen físico

Abdomen - Abdomen: Anormal. BLANDO DOLOROSO A LA PALPACION EN MESOGASTRIO SIN SIP, RSIS POSITIVOS AUMENTADOS

Cabeza y Cuello - Boca : Anormal. MUCOSA ORAL SECA

Cabeza y Cuello - Cabeza: Normal.

Cabeza y Cuello - Cuello: Normal.

Cabeza y Cuello - Ganglios Linfáticos: Normal.

Cabeza y Cuello - Nariz: Normal.

Cabeza y Cuello - Oídos : Normal.

Cabeza y Cuello - Ojos: Normal.

Genitourinario - Ano: Normal.

Genitourinario - Genitourinario: Normal.

Inspección General - Inspección general: Anormal. CONCIENTE ALERTA DESHIDRATADO

Músculo Esquelético - Columna: Normal.

Músculo Esquelético - Extremidades Inferiores: Normal.

Músculo Esquelético - Extremidades Superiores: Normal.

Neurológico y Mental - Neurológico y Mental: Normal. SIN DEFICIT APARENTE

Piel y Faneras - Piel y Faneras: Normal.

Tórax - Corazón : Normal.

Tórax - Pulmones: Normal.

Tórax - Tórax: Normal.

Signos vitales

PA Sistólica (mmHg): 97, PA Diastólica (mmHg): 66, Presión arterial media (mmHg): 76, Frecuencia cardiaca (Lat/min): 105, Frecuencia respiratoria (Respi/min): 20, Temperatura (°C): 37.5, Escala del dolor: 4, Saturación de oxígeno (%): 92, Fracción inspirada de oxígeno (%): 21

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 06/11/2018 18:22:24



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 7179533	
Paciente: WILSON GUAYACAN CUCHIBAGUE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/05/1981	
Edad y género: 37 Años, Masculino	
Identificador único: 174879	Financiador: NUEVA EPS-C SOAT

Página 2 de 10

INFORME DE EPICRISIS

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN INICIAL

Diagnósticos al ingreso

Diagnóstico principal

Código	Descripción del diagnóstico	Estado
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	Impresión diagnóstica

Conducta

PACIENTE QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO COMPATIBLE CON GASTROENTERITIS INFECCIOSA , CON DHT GRADO II POR LO QUE DECIDO INICIAR MANEJO CON LEV - HIOSCINA MAS DIPIRONA - RANITIDINA - SOLICITO HEMOGRAMA - PCR - COPROSCOPICO - NUEVA VALORACION CON RESULTADOS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Resumen general de la estancia del paciente

Fecha: 15/04/2017 11:50

Triaje médico - MEDICO GENERAL

Motivo de Consulta: DIARREA

Enfermedad Actual: PTE DE 35 AÑOS CON CUADRO DE 1 DIA DE MULTIPLES DESPOSICIONES DIARREICAS APROX 8 TOTALMENTE LIQUIDAS, SIN MOCO O SANGRE, ASOCIADO A NAUSEAS Y CEFALEA.

Frecuencia cardiaca: 105

Frecuencia respiratoria: 20

Temperatura: 37.5

Saturación de oxígeno: 92

Fracción inspirada de oxígeno: 21

Diagnósticos activos después de la nota: A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO .

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Clasificación del triaje: TRIAGE IV

Análisis y plan: PTE DE 35 AÑOS CON CUADRO DE 1 DIA DE MULTIPLES DESPOSICIONES DIARREICAS APROX 8 TOTALMENTE LIQUIDAS, SIN MOCO O SANGRE, ASOCIADO A NAUSEAS Y CEFALEA. ACTUALMENTE TAQUICARDICO, DESHIDRATADO, INGRESO A CONSULTA.

Fecha: 15/04/2017 13:05

Nota de Ingreso a Servicio - MEDICO GENERAL

Indicador de rol: A

Motivo de Consulta: TENGO DOLOR DE CABEZA Y DIARREA "

Enfermedad actual: PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 4 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DEPOSICIONES DIARREICAS CON MOCO SIN SANGRE , ASOCIADO A DOLOR ABDOMINAL DE INICIO PROGRESIVO A NIVEL DE MESOGASTRIO TIPO COLICO DE INTENSIDAD 7/10 , ADEMAS CEFALEA HEMICRANEANA TIPO PICADA SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA

Revisión por sistemas:

Signos y síntomas generales: Anormal

Presión arterial (mmHg): 97/66, Presión arterial media(mmHg): 76, Lugar toma: Brazo derecho

Frecuencia cardiaca: 105

Frecuencia respiratoria: 20

Temperatura: 37.5

Escala del dolor: 04

Saturación de oxígeno: 92

Fracción inspirada de oxígeno: 21

Estado de conciencia y estado mental: A

Examen Físico:

Inspección General

Inspección general : CONCIENTE ALERTA DESHIDRATADO

Cabeza y Cuello

Cabeza : Normal

Ojos : Normal

Oídos : Normal

Nariz : Normal

Boca : MUCOSA ORAL SECA

Ganglios Linfáticos : Normal

Cuello : Normal

Tórax

Tórax : Normal

Corazón : Normal

Pulmones : Normal

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 06/11/2018 18:22:24



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 7179533	
Paciente: WILSON GUAYACAN CUCHIBAGUE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/05/1981	
Edad y género: 37 Años, Masculino	
Identificador único: 174879	Financiador: NUEVA EPS-C SOAT

Página 3 de 10

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Abdomen

Abdomen : BLANDO DOLOROSO A LA PALPACION EN MESOGASTRIO SIN SIP, RSIS POSITIVOS AUMENTADOS

Genito^urinario

Genito^urinario : Normal

Ano : Normal

Músc^ulo Esq^uelético

Col^umna : Normal

Extremidades S^uperiores : Normal

Extremidades Inferiores : Normal

Piel y Faneras

Piel y Faneras : Normal

Ne^urológico y Mental

Ne^urológico y Mental : SIN DEFICIT APARENTE

Diagnósticos activos desp^ués de la nota: A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO .

Análisis y Plan: PACIENTE QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO COMPATIBLE CON GASTROENTERITIS INFECCIOSA , CON DHT GRADO II POR LO QUE DECIDO INICIAR MANEJO CON LEV - HIOSCINA MAS DIPIRONA - RANITIDINA - SOLICITO HEMOGRAMA - PCR - COPROSCOPICO - NUEVA VALORACION CON RESULTADOS

Fecha: 15/04/2017 16:34

Evol^ución - MEDICO GENERAL

Indicador de rol: T

S^ubjetivo: REFIERE PERSISTENCIA DE LAS DEPOSICIONES LIQUIDAS ABUNDANTES SIN MOCO SIN SANGRE, DISMINUCION DEL DOLOR ABDOMINAL, ASTENIA ADINAMIA

NO VOMITO

ORINA NORMAL

Presión arterial (mmHg): 108/67, Presión arterial media(mmhg): 80, L^ugar toma: Brazo derecho

Frec^uencia cardiaca: 84

Frec^uencia respiratoria: 20

Temperat^ura: 37.5

Escala del dolor: 02

Sat^uración de oxígeno: 92

Fracción inspirada de oxígeno: 21

Examen Físico:

Inspección General

Inspección general : REGULAR ESTADO GENERAL, AFEBRIL, DESHIDRATADO, ALERTA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA,

C/C MUCOSA ORAL SECA, CONJUNTIVAS ROSADAS, PALIDEZ CUTANEA

C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES

ABD: RSIS AUMENTADOSS, BLANDO DEPRESIBLE, LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA DIFUSA, NO MASAS NO MEGALIAS

NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

EXT NO EDEMAS

NEUROL: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO,

RESTO NORMAL

Interpretación de res^ultados: COPROSCOP PH 8.0 SANGRE OCULTA POSITIVO, FLORA BAC LIGERAMENTE AUMENTADA, LEUCOC 10-15XC

HEMATIES 6-8 QUISTES DE B HOMINIS

CH LEUCOC 2700 N 74.2 L 16.2 HB 17.1 HTO 49.6 PLAQ 243000 PCR 0.12

Análisis: PÁCIENTE CON EDA DE ALTO GASTO, MIXTA, CON DHT GRADO II, LLAMA LA ATENCION LA LEUCOPENIA, SE INICIA MA NEJO

MEDICO, ENDOVENOSO, Y MAÑANA CH DE CONTROL

Plan de manejo: AISLAMIENTO PROTECTOR

DIETA ASTRINGENTE

SSN BOLO DE 1000 CC LUEGO A 120 CC/HORA

AMPICILINA 1 G IV CADA 6 HORAS

METRONIDAZOL 500 MG VO CADA 8 HORAS

HIOSCINA 20 MG IV CADA 6 HORAS

RANITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS

CONTROL CH MAÑANA

REVALORAR

Fecha: 16/04/2017 12:40

Evol^ución - MEDICO GENERAL

Indicador de rol: A

S^ubjetivo: PCIENTE REFIERE AUSENCIA DE DEPOSICIONES DESDE HACE 24 HORAS

EPISODIOS OCASIONALES DE DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO

Firmado electrónicamente

Doc^umento impreso al día 06/11/2018 18:22:24

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 7179533	
Paciente: WILSON GUAYACAN CUCHIBAGUE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/05/1981	
Edad y género: 37 Años, Masculino	
Identificador único: 174879	Financiador: NUEVA EPS-C SOAT

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

NIEGA OTROS SINTOMAS

Presión arterial (mmHg): 98/60, Presión arterial media(mmHg): 72, Lugar toma: Brazo derecho

Frecuencia cardiaca: 67

Frecuencia respiratoria: 20

Temperatura: 36.2

Escala del dolor: 02

Saturación de oxígeno: 93

Fracción inspirada de oxígeno: 21

Interpretación de resultados: LEUCOS 1800 N 49.5 HB 14 HCTO 39.8 PLAQ 170.000

Análisis: PÁCIEN CONSULTO POR DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A DEPOSICIONES LIQUIDAS, SE DOCUMENTA GASTROENTERITIS MIXTA POR LO QUE SE INICIA MANEJO CON METRONIDAZOL + AMPICILINA. CON MEJORIA EN LA CARACTERISTICA DE LA DEPOSICION PERO CON PERSISTENCIA DE LEUCOPENIA (LEUCOS EN DESCENSO) SE CONSIDERA TOMA DE VIH, VALORACION POR MEDICINA INTERNA PARA DETERMINAR NECESIDAD DE CONDUCTA ADICIONAL

Plan de manejo: SS: VALORACION POR MEDICINA INTERNA

Fecha: 16/04/2017 13:17

Nota de Ingreso a Servicio - MEDICINA INTERNA

Indicador de rol: I

Motivo de Consulta: *** VALORACION MEDICINA INTERNA ***

Enfermedad actual: PACIENTE DE SEXO MASCULINO, DE 35 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE ACTUAL EN SORA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES BASICAS DIARIAS; ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN MULTIPLES DEPOSICIONES DIARREICAS SIN MOCO NI SANGRE, ASOCIADO A CEFALEA HOLOCRAEANA PERSISTENTE, SENSACION DE FIEBRE Y MAREO. PACIENTE REFIERE SINTOMAS SIMILARES EN NOV/2016 QUE REQUIRIO HOSPITALIZACION CON POSTERIOR MEJORIA, PACIENTE NO RECUERDA MEDICACION. MANEJADO INTRAHOSPITALARIAMENTE EL DIA DE AYER POR EL SERVICIO DE URGENCIAS QUIENES DOCUMENTAN GASTROENTERITIS MIXTA POR LO QUE INICIAN MANEJO CON METRONIDAZOL + AMPICILINA. ACTUALMENTE PACIENTE REFIERE REMISION DE EPISODIOS DIARREICOS Y CEFALEA. ANTE LA EVIDENCIA DE LEUCOPENIA SOLICITAN VALORACION POR NUESTRO SERVICIO. FAMILIAR REFIERE PERCIBIR DISMINUCION DE PESO, ASTENIA, ADINAMIA E HIPOREXIA.

ANTECEDENTES:

- PATOLOGICOS: NIEGA

- FARMACOLOGICOS: NIEGA

- HOSPITALARIOS: NO/2016 POR CUADRO SIMILAR

- QUIRURGICOS: VARICOCELE HACE 13 AÑOS

- ALERGICOS: NIEGA

- TOXICOS: NIEGA

Revisión por sistemas:

Signos y síntomas generales: VER E.A

Presión arterial (mmHg): 98/60, Presión arterial media(mmHg): 72, Lugar toma: Brazo derecho

Frecuencia cardiaca: 67

Frecuencia respiratoria: 20

Temperatura: 36.2

Escala del dolor: 02

Saturación de oxígeno: 93

Fracción inspirada de oxígeno: 21

Examen Físico:

Inspección General

Inspección general : PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA, AFEBRIL, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSA ORAL SECA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS PULMONARES, ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA DIFUSA, NO MASAS NO MEGALIAS NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES NO EDEMAS

, NEUROLOGICO: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO,

GLASGOW 15/15.

Interpretación de resultados de paraclínicos: - COPROSCOP PH 8. 0 SANGRE OCULTA POSITIVO, FLORA BAC LIGERAMENTE AUMENTADA, LEUCOC 10-15XC HEMATIES 6-8 QUISTES DE B HOMINIS

- HEMOGRAMA 15/04/17: LEUCOS: 2700 N 74. 2 L 16. 2 HB 17. 1 HTO 49. 6 PLAQ 243000 // PCR 0. 12

- HEMOGRAMA 16/04/17: LEUCOS 1800 N 49. 5 HB 14 HCTO 39. 8 PLAQ 170. 000

Diagnósticos activos después de la nota: A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO .

Análisis y Plan: PACIENTE CUADRO AGUDO DE GASTROENTERITIS LA CUAL SE AUTOLIMITO , EN EL MOMENTO PARACLINICAMENTE CON LEUCOPENIA, Y NEUTROPENIA EN EL ULTIMO CH, LOS CUALES PUEDEN ESTAR EXPLICADOS POR POSIBLE PROCESO VIRAL??, SE ESPERA ELISA HIV SS/ LDH

REVALORAR CON REPORTES

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 7179533	
Paciente: WILSON GUAYACAN CUCHIBAGUE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/05/1981	
Edad y género: 37 Años, Masculino	
Identificador único: 174879	Financiador: NUEVA EPS-C SOAT

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Fecha: 16/04/2017 17:24
Evolución - MEDICINA INTERNA
Indicador de rol: A
Sujeto: NOTA TURNO MEDICINA INTERNA
Presión arterial (mmHg): 113/77, Presión arterial media(mmHg): 89, Lugar toma: Brazo derecho
Frecuencia cardiaca: 102
Frecuencia respiratoria: 20
Temperatura: 36.2
Escala del dolor: 02
Saturación de oxígeno: 91
Fracción inspirada de oxígeno: 21
Examen Físico:
Inspección General
Inspección general : SIN CAMBIOS RESPECTO A ULTIMO EXAMEN FISICO

Interpretación de resultados: VIH: NEGATIVO

LDH: NORMAL

Análisis: PACIENTE RESOLVIO CUADRO GASTROINTESTINAL, NO PRESNETA FIEBRE. SE DA SALIDA CON ORDEN DE CH EN 3 SEMANAS Y CITA CONTRO POR MEDICINA INTERNA EN 3 SEMANAS.

Plan de manejo: SALIDA

CITA CONTOL MEDICINA INTERNA

INCAPACIDAD POR 3 DIAS A PARTIR DE EGRESO DEL HOSPITAL

METRONIDAZOL TAB 500 MG VO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS

AMPICILINA 500 MG VO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS

Fecha: 16/04/2017 17:31

Egreso Vivo - MEDICINA INTERNA

Resumen del egreso: SALIDA

CITA CONTOL MEDICINA INTERNA

INCAPACIDAD POR 3 DIAS A PARTIR DE EGRESO DEL HOSPITAL

METRONIDAZOL TAB 500 MG VO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS

AMPICILINA 500 MG VO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS

Presión arterial (mmHg): 115/76, Presión arterial media(mmHg): 89

Frecuencia cardiaca: 82

Frecuencia respiratoria: 20

Temperatura: 36

Saturación de oxígeno: 94

Fracción inspirada de oxígeno: 21

Diagnósticos activos después de la nota: A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO .

Requiere cita de control?: S

Requiere incapacidad?: S

Hospitalización domiciliaria: N

Oxígeno: N

Traslado en ambulancia: N

Referida para anticoncepcion: N

Código	Descripción del diagnóstico	Estado
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	Impresión diagnóstica
Código CUPS	Descripción del procedimiento	Total
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1
890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1
Descripción de exámenes		Total
HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO		2
DESHIDROGENASA LACTICA - LDH		1
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS		1
PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO		1
COPROSCOPICO		1



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 7179533	
Paciente: WILSON GUAYACAN CUCHIBAGUE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/05/1981	
Edad y género: 37 Años, Masculino	
Identificador único: 174879	Financiador: NUEVA EPS-C SOAT

Página 6 de 10

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Otros medicamentos

AMPICilina (SAL SODICA) 1 GR DE BASE POLVO PARA INYECCION
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO+DIPIRONA (20 MG + 2.5 GR/5 ML) SOLUCION INYECTABLE
LACTATO RINGER (SOLUCION HARTMAN) 500 ML SOLUCION INYECTABLE
RANITIDINA (CLORHIDRATO) 50 MG/2 ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE
SODIO CLORURO 0.9% X 500 ML SOLUCION INYECTABLE

Especialidades tratantes MEDICO GENERAL

Especialidades interconsultantes MEDICINA INTERNA

Especialidades de apoyo MEDICINA INTERNA, MEDICO GENERAL

Tipo de tratamiento recibido durante la estancia Médico ☒ Quirúrgico ☐

INFORMACIÓN DEL EGRESO

Causa de egreso: ALTA DE LA ATENCION

Condiciones generales a la salida:

SALIDA
CITA CONTOL MEDICINA INTERNA
INCAPACIDAD POR 3 DIAS A PARTIR DE EGRESO DEL HOSPITAL
METRONIDAZOL TAB 500 MG VO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS
AMPICILINA 500 MG VO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS

Medicamentos Ambulatorios:

MEDICAMENTOS

- AMPICilina ANHIDRA O TRIHIDRATO 500 MG CAPSULA: 500 mg, Oral, CADA 8 HORAS, por 3 Días. A partir del: 2017-04-16
- METRONIDazol 500 MG TABLETA: 500 mg, Oral, CADA 8 HORAS, por 3 Días. A partir del: 2017-04-16

LABORATORIO CLINICO

- 902208 HEMOGRAMA II HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS SEMIAUTOMATIZADO: Realizar el: 2017-04-16

INCAPACIDAD

- INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL: Número de días: 4, Prorroga: No, A partir del: 2017-04-16

Unidades de estancia del paciente

URGENCIAS

Diagnóstico principal de egreso

A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Remitido a otra IPS: No

Servicio de egreso: URGENCIAS

Fecha y hora: 16/04/2017 20:00

Médico que elabora el egreso:

JAVIER ORLANDO BARON BARON, MEDICINA INTERNA, Registro 141102, CC 7168772



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 7179533	
Paciente: WILSON GUAYACAN CUCHIBAGUE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/05/1981	
Edad y género: 35 Años, Masculino	
Identificador único: 174879	Financiador: NUEVA EPS-C

Página 7 de 10

INFORME DE EPICRISIS

INGRESO DEL PACIENTE

Servicio de Ingreso: **URGENCIAS**

Fecha y hora de ingreso: **06/11/2018 10:46**

Número de ingreso: **174879 - 3**

Remitido de otra IPS: **No Remitido**

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN INICIAL

Fuente de la información, motivo de consulta y enfermedad actual

refiere cuadro de mas de 3 dias de volación consistente en ideas de autoagresion tras presentar a nivel familiar una ruptura amorosa., ante el cuadro a estado pensando como quitarse la vida. refiere se fue a un avismo mas penso en sus hijos arrepintiendose de lo que inva a realizar.

Revisión por sistemas:

Signos y síntomas generales: DOLOR ABDOMINAL EN MESOGASTRIO. Sistema Neurológico Y Mental: ideas de auto lesion , ingesta de alcohol..

Antecedentes actualizados en el sistema, para la fecha 06/11/2018

Grupo	Descripción
Quirúrgicos	VARICOCELECTOMIA LADO IZQUIERDO
Farmacológicos	NO REFIERE
Alérgicos	NO REFIERE

Examen físico

Abdomen - Abdomen: Normal.

Cabeza y Cuello - Boca : Normal.

Cabeza y Cuello - Cabeza: Normal.

Cabeza y Cuello - Cuello: Normal.

Cabeza y Cuello - Ganglios Linfáticos: Normal.

Cabeza y Cuello - Nariz: Normal.

Cabeza y Cuello - Oídos : Normal.

Cabeza y Cuello - Ojos: Normal.

Genitourinario - Ano: Normal.

Genitourinario - Genitourinario: Normal.

Inspección General - Inspección general: Normal.

Músculo Esquelético - Columna: Normal.

Músculo Esquelético - Extremidades Inferiores: Normal.

Músculo Esquelético - Extremidades Superiores: Normal.

Neurológico y Mental - Neurológico y Mental: Normal.

Neurológico y Mental - Reflejos: Normal.

Piel y Faneras - Piel y Faneras: Normal.

Tórax - Corazón : Normal.

Tórax - Pulmones: Normal.

Tórax - Tórax: Normal.

Signos vitales

PA Sistólica (mmHg): 120, PA Diastólica (mmHg): 78, Presión arterial media (mmHg): 92, Frecuencia cardiaca (Lat/min): 78, Frecuencia respiratoria (Respi/min): 20, Temperatura (°C): 36.5, Escala del dolor: 1, Saturación de oxígeno (%): 96, Fracción inspirada de oxígeno (%): 21

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 06/11/2018 18:22:24

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 7179533	
Paciente: WILSON GUAYACAN CUCHIBAGUE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/05/1981	
Edad y género: 35 Años, Masculino	
Identificador único: 174879	Financiador: NUEVA EPS-C

INFORME DE EPICRISIS

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN INICIAL

Diagnósticos al ingreso

Diagnóstico principal

Código	Descripción del diagnóstico	Estado
F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos de ingreso

Código	Descripción del diagnóstico	Estado
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	Impresión diagnóstica

Conducta

paciente con cuadro de presivo tras pérdida o ruptura de relación, consulta con ideas de auto agresión se solicita val por especialista

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Resumen general de la estancia del paciente

Fecha: 06/11/2018 11:15

Triage médico - MEDICO GENERAL

Motivo de Consulta: ME INTENTE SUICIDAR

Enfermedad Actual: PACIENTE QUE EL DIA SABADO INTENTE QUEITRSE LA VIDA, EN EL MOMENTO " SE ME ESTA PASANDO LO PEOR POR LA CABEZA"

Presión arterial (mmHg): 114/78, Presión arterial media(mmHg): 90

Frecuencia cardiaca: 80

Frecuencia respiratoria: 20

Temperatura: 36

Saturación de oxígeno: 96

Diagnósticos activos después de la nota: A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO , F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION .

Clasificación del triage: TRIAGE II

Fecha: 06/11/2018 14:18

Nota de Ingreso a Servicio - MEDICO GENERAL

Motivo de Consulta: tengo ganas de matarme

Enfermedad actual: refiere cuadro de mas de 3 dias de violencia consistente en ideas de autoagresion tras presentar a nivel familiar una ruptura amorosa., ante el cuadro a estado pensando como quitarse la vida. refiere se fue a un avismo mas penso en sus hijos arrepintiendose de lo que iba a realizar.

Revisión por sistemas:

Sistema Neurológico Y Mental: ideas de auto lesion , ingestas de alcohol.

Presión arterial (mmHg): 120/78, Presión arterial media(mmHg): 92

Frecuencia cardiaca: 78

Frecuencia respiratoria: 20

Temperatura: 36.5

Escala del dolor: 01

Saturación de oxígeno: 96

Fracción inspirada de oxígeno: 21

Examen Físico:

Inspección General

Inspección general : Normal

Cabeza y Cuello

Cabeza : Normal

Ojos : Normal

Oídos : Normal

Nariz : Normal

Boca : Normal

Ganglios Linfáticos : Normal

Cuello : Normal

Tórax

Tórax : Normal

Corazón : Normal

Pulmones : Normal

Abdomen

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 7179533	
Paciente: WILSON GUAYACAN CUCHIBAGUE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/05/1981	
Edad y género: 35 Años, Masculino	
Identificador único: 174879	Financiador: NUEVA EPS-C

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Abdomen : Normal
Genitourinario
Genitourinario : Normal
Ano : Normal
Músculo Esquelético
Columna : Normal
Extremidades Superiores : Normal
Extremidades Inferiores : Normal
Piel y Faneras
Piel y Faneras : Normal
Neurológico y Mental
Neurológico y Mental : Normal
Reflejos : Normal

Análisis y Plan: paciente CON CUADRO DE PRESIVO TRAS PERDIDA O RUPTURA DE RELACION, CONSULTA CON IDEAS DE AUTO AGRESION SE SOLICITA VAL POR ESPECIALISTA

Fecha: 06/11/2018 14:50

Nota de Ingreso a Servicio - PSIQUIATRIA

Motivo de Consulta: VALORACION PSIQUIATRIA

NATURAL: TUNJA

PROCEDENTE: SORACA

OCUPACION: MANEJA PULIDORA

CONVIVE: SOLO

ACOMPANANTE: MADRE (MARIA TERESA CUCHIBAGUE)

Enfermedad actual: MC: " ME QUIERO QUITAR LA VIDA"

EA: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CONSISTENTE EN LABILIDAD EMOCIONAL, IDEAS DE MINUSVALIA Y DESESPERANZA E IDEAS DE MUERTE (ME QUIERO LANZAR DESDE UN AVISMO, ENVENENAR, AHORCAME) INSOMNIO DE CONCILIACION, PERDIDA DE PESO 8 KG EN UN AÑO, SECUNDARIO A RUPTURA CON SU PAREJA SENTIMENTAL (EXESPOSA) CON LA QUE TIENE 3 HIJOS DE (14-12-3 AÑOS) HACE 4 DIAS PACIENTE REFIERE QUE SU EX PAREJA SENTIMENTAL ESTA VIVIENDO CON OTRO HOMBRE LO QUE EXACERBA SUS SINTOMAS ADEMAS DE PRESENTAR CONDUCTAS DE RIESGO, DONDE SE DOCUMENTAN CONDUCTA DE ABUSO Y CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL HASTA LA EMBRIAGUEZ, COMPORTAMIENTOS DE VIOLENCIA FISICA CON LA PAREJA NUEVA DE SU EX EXPOSA, PACIENTE REFIERE ADEMAS QUE LA MADRE DE SUS HIJOS TIENE PROBLEMAS CON EL ALCOHOL " SE EMBORRACHA Y DEJA LOS NIÑOS ENCERRADOS" " SALE A TOMAR CON LOS NIÑOS MENORES" COMENTA QUE EL VIENE A QUE LE AYUDEN A QUITAR LOS PENSAMIENTOS DE MUERTE. RELATA ADEMAS HABER INFORMADO SOBRE DICHA SITUACION EN COMISARIA DE FAMILIA.
NO ANTECEDENTES PERSONALES, NI FAMILIARES DE CONDICIONES PSIQUIATRICAS.

ANTECEDENTES:

- PATOLOGICOS: BICITOPENIA EN ESTUDIO

- FARMACOLOGICOS: NIEGA

- QUIRURGICOS: VARICOCELE (AÑO 2000)

- ALERGICOS: NIEGA

- HEMOCLASIFICACION: O+

- TOXICOS: ALCOHOL CEVERZA PATRON DE CONSUMO CADA 15 DIAS, NIEGA CONSUMO DE CIGARRILLO O SPA.

CUENTA CON RED DE APOYO A NIVEL FAMILIAR

Revisión por sistemas:

Signos y síntomas generales: Normal

Presión arterial (mmHg): 105/60, Presión arterial media(mmHg): 75

Frecuencia cardiaca: 73

Frecuencia respiratoria: 19

Temperatura: 34.6

Saturación de oxígeno: 96

Examen Físico:

Neurológico y Mental

Neurológico y Mental : PACIENTE ALERTA, ORIENTADO EN TRES ESFERAS, ESTABLECE CONTACTO VISUAL Y VERBAL ESPONTANEO, ALIÑADA, ACTITUD COLABORADORA, LLANTO FACIL, MEMORIA CONSERVADA, PENSAMIENTO LOGICO, EUPSIQUICO, IDEAS DE MINUSVALIA Y DESESPERANZA, IDEAS DE MUERTE Y DE SUICIDIO ESTRUCTURADAS, REFERENCIADAS A ESTRESORES DE PAREJA, NO DELIRANTE, LENGUAJE COHERENTE, AFECTO DE FONDO TRISTE, LLANTO FACIL, SENSORPERSEPCION SIN ALTERACION, JUICIO DEBILITADO, INTROSPECCION Y PROSPECCION POBRES. NO SX DE PSICOSIS

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 7179533	
Paciente: WILSON GUAYACAN CUCHIBAGUE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/05/1981	
Edad y género: 35 Años, Masculino	
Identificador único: 174879	Financiador: NUEVA EPS-C

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Análisis y Plan: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES FAMILIARES O PERSONALES DE CONDICIONES PSIQUIÁTRICAS, QUIEN COMENTA CUADRO CLÍNICO DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN DE SÍNTOMAS AFECTIVOS DE CARACTERÍSTICAS MIXTAS DEPRESIVAS Y ANSIOSAS, ALTERACIONES DE PATRÓN DE SUEÑO Y ALIMENTARIO, CONDUCTAS DE ABUSO Y CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL, CUADRO QUE SE AGUDIZA DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA DONDE SE DOCUMENTA INESTABILIDAD EMOCIONAL, IDEAS ESTRUCTURADAS DE AUTOAGRESIÓN Y CONDUCTAS DE HETEROAGRESIÓN, COMENTA COMO DESENCADENANTES TERMINACIÓN DE RELACIÓN CON PAREJA E INICIO DE NUEVA RELACIÓN SENTIMENTAL POR PARTE DE SU EX PAREJA QUE COMPROMETEN SU JUICIO DE REALIDAD Y REQUIEREN MANEJO HOSPITALARIO, SE COMENTA CONDICIÓN CLÍNICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTEDRE Y ACEPTAR, REQUIERE ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE LAS 24 HORAS. SE SOLICITAN PARACLÍNICOS E INICIO DE PSICOFÁRMACOS.

IDX:

- EPISODIO DEPRESIVO MAYOR MODERADO- GRAVE- RIESGO DE AUTOAGRESIÓN
- DUELO NO ELABORADO
- HISTORIA PERSONAL DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS (ABUSO)
- ESTRESORES DE PAREJA
- ADECUADA RED DE APOYO

PLAN:

- HOSPITALIZAR POR PSIQUIATRÍA 5 PISO
- ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE POR FAMILIAR 24 HORAS
- DIETA NORMAL
- SERTRALINA TAB 50 MG - UNA DESPUES DEL DESAYUNO
- LORAZEPAM TAB 1 MG CADA 8 HORAS
- HALOPERIDOL SUSPENSIÓN DAR 5 GOTAS VO NOCHE
- SS INTERCONSULTA A TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGÍA
- SS HEMOGRAMA, GLICEMIA, BUN, CREATININA, TGO, TGP, BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA, PT, PTT, SEROLOGÍA,
- SS TAC DE CRÁNEO SIMPLE
- REMISIÓN A USM PSIQUIATRÍA PRIORITARIA
- CSV-AC

Código	Descripción del diagnóstico	Estado
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	Impresión diagnóstica
F109	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO - NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica
F322	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Impresión diagnóstica
F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	Impresión diagnóstica
Z630	PROBLEMAS EN LA RELACIÓN ENTRE ESPOSOS O PAREJA	Impresión diagnóstica

Código CUPS	Descripción del procedimiento	Total
890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	1
879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	1

Descripción de exámenes	Total
HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1
BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	2
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1
NITRÓGENO UREICO - BUN	1
TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRUVICA ALANINO AMINO TRANSFERASA - TGP-ALT	1
TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA - TGO-AST	1
PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL - VDRL	1
UROANÁLISIS	1

Especialidades tratantes MEDICO GENERAL

Especialidades de apoyo PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA

Tipo de tratamiento recibido durante la estancia Médico ☒ Quirúrgico ☐