

**YAZMIN ORTIZ ORTIZ**

**Fecha de Nacimiento:** 08.12.1983

**Convenio:** FAM COLS SUB-EVENTO  
GBOGOTA

**Centro medico:** CL CIUDAD ROMA

**Tipo Identificación:** CC

**Edad:** 34 Años 08 Meses 03  
días

**Episodio:** 0036307200

**Número Identificación:**

37578480

**Sexo:** F

**No. Habitación:**

Tipo de Registro: Evolución

Fecha: 11.08.2018

Hora: 13:56:54

-----SUBJETIVO-----

::: EVOLUCION OBSERVACION TURNO TARDE :::

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE:

1. IDEACION SUICIDA ESTRUCTURADA SAD PESON DE 4 PUNTOS
- 1.A TRASTORNO ANSIODEPRESIVO
2. INSOMNIO DE CONCIALIACION
3. DISFUNCION FAMILIAR
4. SECRETO MEDICO A FAMILIRES

S: PACIENTE EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN, TRANQUILA CON LEVE  
CEFALEA, NO OTRA SINTOMATOLOGIA ADICINAL

-----OBJETIVO-----

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ATENTA, ORIENTADA,  
HIDRATADA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SIGNOS  
VITALES FRECUENCIA CUARDIACA 75 LATIDOS POR MINUTO, FRECUENCIA  
RESPIRATORIA 17 RESPIRACIONES POR MINUTO, TENSION ARTERIAL 130/90 MMHG  
, TEMPERATURA - 36.5 °C. SAT: 94% AL AMBIENTE.  
NORMOCEFALOA ISOCORIA NORMOREACTIVA, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL  
HUMEDA SIN LESIONES, CUELLO MOVIL, SIN MASAS, NI ADENOPATIAS  
PALPABLES. TORAX SIMETRICO, SIN LESIONES, NORMOEXPANSIVO, RUIDOS CARDIACOS  
RITMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN  
AGREGADOS. ABDOMEN SIN DISTENCION, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, NI  
VICEROMEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE  
IRRITACION PERITONEAL  
GENITALES: NO EXAMINADOS  
EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIN EDEMA , LLENADO CAPILAR MENOR  
DE DOS SEGUNDOS  
NEUROLOGICO ALERTA, ACTIVA NO DEFICIT DE PARES CRANEANOS,  
FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADOS, REFLEJOS ++/++++, NO SIGNOS  
MENINFEOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION.

-----ANÁLISIS-----

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE,  
SINEPISODIOS DE HETERO Y AUTOAGRESION, TOPLEANDO LA VIA ORAL, EN MANEJO  
CONBENZODIACEPINAS ORALES, CON MEJOR PATRON DE SUEÑO, SE CONTINUA  
MANEJO MEDICO ACTUAL, PENCIENTE AMBULANCIA PARA REMISOIN

-----PLAN-----

REMISION PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA  
HOSPITALIZACION  
DIETA NORMOCALORICA  
LEV LACTATO RINGER 100CC/HORA  
OMEPRAZOL CAP 20 MG VO CADA DIA  
DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS  
ALPRAZOLAM TAB 0.25 MG VO CADA NOCHE  
VIGILANCIA DE PACIENTE  
CSV-AC

N. Identificación: 1024540782

Responsable: MOGOLLON, LEIDY

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Registro: Evolución  
Fecha: 11.08.2018  
Hora: 08:20:00

-----SUBJETIVO-----  
FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD EN SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS EN SU  
PRIMER DIA DE ESTANCIA HOSPIATALARIA CON DIAGNOSTICO DE

1. IDEACION SUICIDA ESTRUCTURADA SAD PESON DE 4 PUNTOS
- 1.A TRASTORNO ANSIODEPRESIVO
2. INSOMNIO DE CONCIALIAION
3. DISFUNCION FAMILIAR
4. SECRETO MEDICO A FAMILIRES

PACIENTE REFIERE EN EL MOMENTO PRESENTAR CEFALEA GLOBAL DE  
CARACTERISTICAS PULSATILES NIEGA FIERBE NIEVA VOMITO TOLERA LA VIA ORAL  
PERO HIPOREXICA NO NAUSEAS O VOMITO O INDUCCION DEL MISMO, EN EL MOMENTO  
DE ENTREVISTA CON MAYOR INTERACCION CON EL ENTREVISTADOR COMENTA TODO  
ACERCA DE CONDCION ACTUAL, REFEIRE PUDO DORMIR MEJOR CON RESPECTO A  
DIASANTERIORES, REFIERE AUN IDEACION DE MINSUVIALIA Y DE MUERTE, SIN  
ALTERACION EN SENSOPERCEPSION

S: Male sex 0 PUNTOS  
A: Age (<19 or >45 years) 0 PUNTOS  
D: Depression 1 PUNTO  
P: Previous attempt 0 PUNTOS  
E: Excess alcohol or substance use 0 PUNTOS  
R: Rational thinking loss 0 PUNTOS  
S: Social supports lacking 1 PUNTO  
O: Organized plan 1 PUNTO  
N: No spouse 1 PUNTO  
S: Sickness 0 PUNTO

TEL 3177807739 MILENA GOMEZ DE ACOMPAÑANTE PARA REMISION

-----OBJETIVO-----  
ALERTA ACTIVA CONCIENTE ORIENTADO AFEBRIL SIN DISTRES RESPIRATORIO CON  
SV DE TA DE 95/55 FC DE 63 FR DE 21 T DE 36.7 SAT DE 97.0 AMBIENTE

NORMOCEFALO ISOCORIA REACTIVA MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL NO  
MENINGIMSO  
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS MV CONSERVADO NO AGREGADO  
ABD RI BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO IRRITACION PERITONEAL  
EXT EUTROFICOS  
SNC ALERTA ACTIVO CONCIENTE ORIENTADO GLAGOW DE 15/15  
MENTAL PORTE DESARREGLADO ANIMO TRISTE ORIENTADO CONCIENTE MEMORIA SIN  
ALTERACION INTELIGENCIA CONSERVADA NO ALTERACION EN SENSOPERCEPSION CON  
PERSISTENCIA DE IDEACION DE MINUSVALIA Y DE MUERTE ESTRUCTURA Y  
PERSISTEEN EL MOMENTO NO LLANTO Y MEJORIA DE ANSIEDAD, IDEAS  
ANTICIPATORIAS NEGATIVISTAS. RECURSOS DE AFRONTAMIENTO INTERNOS Y  
EXTERNOS ESCASOS. JUICIO Y RACIOCINIO COMPROMETIDAS. INTROSPECCIÓN Y  
PROSPECCIÓN ESCASAS. CON ALTERACION EN PATRON DE SUEÑO Y ALIMENTACION

-----ANÁLISIS-----  
FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD CON MULTIPLES FACTORES DE RIESGO Y ADEMAS  
DEEVENTOS VITALES COMO DISFUNCION FAMILIAR DE PAREJA Y ECONOMICOS QUE  
CONLLEVAN A EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y POSTERIO IDEACION SIICIDA  
ESTRUCTURA Y PERMANENTE QUE CONLLEVA A RIESGO DE AUTOAGRESION CON  
ALTEACRACION EN PATRON DE SUEÑO Y ALIMENTACION, SE CONSIDERA CON  
SERVICIO DE PSICOLOGIA QUIEN REQUIERE MANEJO EN CLINICA DE UNIDAD  
MENTAL, SE MANEJERA DOLOR ADEMAS DE INICIO DE BENZODIACEPINAS EN HORAS  
DE LA NOCHE PARA MEJOIRA DE PATRON DE SUEÑO, SE EXPLICA A PACIENTE

ACERCA DE CONDICION Y CONDUCTA MEDICA, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

-----PLAN-----

PLAN

REMISION PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA  
HOSPITALIZACION  
DIETA NORMOCALORICA  
LEV LACTATO RINGER 100CC/HORA  
OMEPRAZOL CAP 20 MG VO CADA DIA  
DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS  
ALPRAZOLAM TAB 0.25 MG VO CADA NOCHE  
VIGILANCIA DE PACIENTE  
CSV-AC

N. Identificación: 1016011014  
Responsable: GALINDO, JUAN  
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Registro: Evolución  
Fecha: 10.08.2018  
Hora: 21:14:30

-----SUBJETIVO-----

EVOLUCION MEDICINA GENERAL OBSERVACION TURNO NOCHE

PACIENTE DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICOS:

1. T. DE ANSIEDAD Y DEPRESION
2. IDEACION SUICIDA
3. TRASTORNO DEL SUEÑO

PACIENTE REFIERE EN EL MOMENTO PRESENTAR CEFALEA GLOBAL, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA.

-----OBJETIVO-----

PACIENTE CON SIGNOS VITALES : TA:108/75 MMHG, FC:84 LPM, FR: 19 RMP, SATO2 96 % AL MEDIO, T° 37 °C NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN EVIDENCIA DE NISTAGMUS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES, CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION NI MOVILIZACION, NO SE PALPAN ADENOMEGALIAS NI MASAS ,TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIMETRICO, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, PERISTALTISMO NORMAL, PUÑO PERCUSION RENAL BILATERAL NEGATIVA, EXTREMIDADES SIMETRICAS Y EUTROFICAS CON LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO, SIN EDEMAS, PIEL: INTEGRAL SIN LESIONES, NO SE OBSERVA TINTE ICTÉRICO, SNC: ALERTA, CONSCIENTE, CON AFECTO PLANO NO CONTACTO VISUAL CON EL EXAMINADOR IDEAS DE SUICIDIO, MINUSVALIA POBRE INTROSPECCION, NO ALTERACIONES NEUROLOGICAS.

-----ANÁLISIS-----

PACIENTE DE 34 AÑOS CON TRASTORNO DEPRESIVO ACTUALMENTE IDEACION SUICIDAPERSISTENTE , CON AFECTO PLANO, PACIENTE QUIEN REQUIERE VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA POR LO CUAL, SE INSISTE EN TRAMITES DE REMISION, SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA.

-----PLAN-----

REMISION PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA  
HOSPITALIZACION  
NADA VIA ORAL  
CANALIZAR  
LEV LACTATO RINGER 100CC/HORA

RANITIDINA 50MG IV CADA 8 HORAS  
DIPIRONA 1 GR IV AHORA  
CSV-AC

N. Identificación: 1010186709  
Responsable: BERNAL, ANA  
Especialidad: MEDICINA GENERAL

**YAZMIN ORTIZ ORTIZ**

**Fecha de Nacimiento:** 08.12.1983

**Convenio:** FAM COLS SUB-EVENTO

**GBOGOTA**

**Centro medico:** CL CIUDAD ROMA

**Tipo Identificación:** CC

**Edad:** 34 Años 08 Meses 02 días

**Episodio:** 0036307200

**Número Identificación:**

37578480

**Sexo:** F

**No. Habitación:**

Tipo de Registro: Evolución

Fecha: 10.08.2018

Hora: 16:47:01

-----SUBJETIVO-----

NOTA DE INGRESO A OBSERVACION

ASISTE SOLA

ESTILISTA

TEL.3006648628

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SENACION DE ANGUSTIA, MALESTAR GENERAL, SENSACION DE DESESPERO, ANSIEDAD, IMPOSIBILIDAD PARA CONSOLIDAR EL SUEÑO, REFIERE QUE EL DIA DE HOY INTENTO HACERSE DAÑO AL INTENTAR CORTARSE.

REFIERE QUE NO HA TOMADO MEDICAMENTOS.

REFIERE QUE ACTUALMENTE NO TIENE TRABAJO.

MADRE SOLTERA DE 4 HIJOS .

SE SEPARO HACE 2 AÑOS POR MALTRATO FISICO Y VERBAL POR PARTE DE PAREJA.

REFIERE QUE RECIBE AGRESION FISICA Y VERBAL POR PARTE DE SUS HIJOS,

REFIERE QUE SUS HIJOS LE EMPACARON LA ROPA EN UNA MALETA PARA

HECHARLOS.TERMINO HACE POCO RELACION SENTIMENTAL CON OTRA PAREJA SENTIMENTA.

ANTECEDNETES PEERSONALES

PATOLOGICOS: TVP

FARMACOLOGICOS: SUSPENDIDOS

QUIRURGICOS: POMEROY - CESAREA

RH:A+

ALERGICOS: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS:

DIURESIS Y DEPOSCIIONES NORMALES.

-----OBJETIVO-----

EXAMEN FISICO:

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, NO ALGICA, HIDRAADA, AFEBRIL

SV: FC 88XMIN FR: 18XMIN T: 36.6°C SAT: 96% TA: 120/70MMHG

C/C: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, FONDO DE OJO SIN

ALTERACION , MUCOSA ORAL HUMEDA, FARINGE SIN ALTERACION, OTOSCOPIA

NORMAL. CUELLO MOVIL, SIN RIGIDEZ.

TORAX NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES.

C/P: RUIDOS CARDIACOS Y RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS.

ABDOMEN/. PERISTALTIMOS NORMAL, NO DISTENDIDO, NO DOLOROSO, SIN

IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI VISCEROMEGALIAS, PERCUSION SIN

ALTERACION.

G/U: SIN ALTERACION

EXTREMIDADES /. SIN EDEMAS, NORMOPERFUNDIDAS.

NEUROLOGICO/.ALERTA, ACTIVA-REACTIVA, ORIENTADA EN 3 ESFERAS, PUPILAS

ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, NO NISTAGMUS, NO ALTERACION DE AGUDEZA

VISUAL, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA 5/5,

REFLEJOS OM SIN ALTERACION , COORDINACION MOTORA SIN ALTERACION, SIN

SIGNOS DE FOCALIZACION NI MENINGEOS, GLASGOW 15/15.

EXAMEN MENTAL:

PORTE Y ACTITUD: ADECUADO

ATENCION : EUPROSEXIA.

ORIENTACION: SIN ALTERACION

CONCIENCIA: ALERTA

LENGUAJE : BRADILALIA  
AFECTO : DE FONDO TRISTE, LABIL, LLANTO FACIAL  
PENSAMIENTO ILOGICO- IDEACION SUICIDA- IDEAS DE MINUSVALIA.  
COORDINACION SIN ALTERACION  
ALIMENTACION HIPOREXIA  
SUEÑO: INSOMINIO E IMPOSIBILIDAD PARA CONSOLIDAR EL SUEÑO  
CALCULO SIN ALTRACION  
SENSOPERCEPCION SIN ALTRACION  
JUICIO Y RACIOCINIO INADECUADO.  
INTROSPECCION ADECUADA  
PROSPECCION NULA .

-----ANÁLISIS-----

IDX:

1. T. DE ANSIEDAD Y DEPRESION
2. IDEACION SUICIDA
3. TRASTORNO DEL SUEÑO.

ANALISIS/ PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD CON MULTIPLES FACTORES  
PSICOSOCIALES ASOCIADO A INESTABILIDAD EMOCIONAL, EN EL MOMENTO PACIENTE  
EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL TIPO ORGANICO, SIN EMBARGO PACIENTE EN EL  
MOMENTO BAJO ESTADO DE ANSIEDAD GENERALIZADA , CON LLANTO FACIAL, CON  
IDEACION SUICIDA , ASOCIADO A ELLO ALTERACION DE CICLO DEL SUEÑO, SIN  
ESTADO DE EXCITACION O ESTADO PSICOTICO, SIN EMBARGO CONSIDERO INGRESAR  
PACIENTE A OBSERVACION PARA INICIAR MANEJO PARA ESTABILIDAD DE CICLO DE  
SUEÑO, SE CONSIDERA TOMA DE PARACLINICOS , SE INICIA REMISION PARA  
VALORACION POR PSIQUIATRIA, SE EXPLICA A PACIENTE QUEIN REFIERE  
ENTENDERY ACEPTAR.

-----PLAN-----

OBSERVACION  
NADA VIA ORAL  
CANALIZAR  
LEV LACTATO RINGER 100CC/HORA  
RANITIDINA 50MG IV CADA 8 HORAS  
MIDAZOLAM 2.5MG IV DOSIS UNICA  
SS/ VALORACION POR PSICOLOGIA.  
SS/ REMISION PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA  
CSV-AC

N. Identificación: 1013580715  
Responsable: VALENCIA, STEFFANNY  
Especialidad: MEDICINA GENERAL