

HISTORIA CLÍNICA

URGENCIAS CONSULTA

DATOS DEL PACIENTE

Tipo de Identificación Cédula_Ciudadanía **Numero Documento** 28075305 **No. Historia clínica:** 28075305
Nombre: AGUSTINA FLOREZ CHUZCANO **Sexo:** Femenino
Fec. Nacimiento: 29/08/1950 **Edad:** 75 Años \ 0 Meses \ 18 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: NOO REFIRE **Municipio** SOACHA **Teléfono:** NOO REFIERE
Nivel/Estrato: NIVEL 1 **Ocupación:** **Tipo regimen:** Subsidiado
Entidad: SANITAS EPS-S **Fecha ingreso :** 17 septiembre 2025 18:03
Ingreso : 983088 **Finalidad:** Otra
Causa externa : Enfermedad_general
Residencia: SOACHA
Acompañante: MARTHA REYES **Teléfono Acompañante:**
Responsable: REYES **Parentesco responsable:** 3206236357
Telefono Responsable: **Telefono Paciente:** 3206236357

FOLIO N° 1 **FECHA :** 17 de septiembre de 2025 07:04 p. m. **HISTORIA:** **28075305** **Pagina 1/2**

Victima del Conflicto Armado? No

DATOS DE LA CONSULTA

Datos de la consulta: Consulta de primera vez en el servicio **El paciente llego por sus propios medios:** Si
En que estado llego el paciente: Conciente - **Estado de embriaguez:** Si - **Estado de conciencia:** Somnoliento -
Accidente laboral o Enfermedad Profesional: No **Ocupación**

EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACION, O VIOLENCIA

Fecha de ocurrencia: **Sitio de ocurrencia:** **Causa basica que origina la atencion:**
Notificacion a la autoridad competente: **Notificacion a familiares:** **Notificacion al servicio de salud**

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: "ESTA MALA"

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 75 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAÍDA POR HIJA POR CUADRO CLÍNICO DE 4 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DIFICULTAD RESPIRATORIA NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA REFIERE SEGÚN FAMILIAR PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

REVISION POR SISTEMAS

Organos de los Sentidos: No refiere - **Osteomuscular:** No refiere -
Cardiovascular: No refiere - **Piel y Tegumentos:** No refiere -
Respiratorio: No refiere - **Neurológico:** No refiere -
Digestivo: No refiere - **Psiquiatrico:** No refiere -
Genitourinario: No refiere -

EXAMEN FISICO

Signos Vitales y Datos Corporales

Glasgow: **Ocular:** 4 **Verbal:** 5 **Motriz:** 6 **Total:** 15 **Peso:** 60,0 **Kgm** **Talla (M):** 160,00 **IMC:** 0,0
Tension Arterial: 50 / 22 mmHg **Frec. Cardíaca:** 30 x min **Frec. Respiratoria:** 22 x min **Temperatura:** 34,0 °C **% S02 :** 40

Piel y Faneras: Piel y fanelas sin alteraciones **Cabeza:** Normocefalo adecuada implantacion pilosa.Ojos: pupilas isocoricas normoreactivas a la luz y a la acomodación, escleras anictéricas. Orofaringeo: mucosa oral humeda, sin alteraciones, faringe normal, amigdalas grado I, sin placas ni exudado.Oido: pabellón auricular dentro de limites normales.Otoscopia bilateral normal.
Cuello: cuello móvil, No presencia de adenopatías ni adenomegalias. No injurgitación yugular. **Tórax:** Simétrico, adecuada expansibilidad.RSCS ritmico sin soplos.RSRS sin agregados pulmonares, no tiraje, no signos de dificultad respiratoria.
Abdomen: Blando depresible, ruidos intestinales normales, no doloroso a la palpacion, no masas, no megalías, no signos de irritacion peritoneal. **Columna:** sin alteraciones.
Genitourinario: Sin alteraciones **Extremidades:** Simétricas no edema, adecuada perfusión distal, fuerza conservada. adecuadoi llenado capilar menor a >3 segundos.
Neurológico: alerta orientado en las tres esferas, nomina comprende repite, lenguaje fluent, pupilas isocoricas normoreactivas, reflejos consensual conservado, movimientos oculares sin alteración , simetria facial conservada, paladar simétrico, úvula central, resto de pares craneales sin déficit, rot: +++/++++, fuerza muscular conservada en las 4 extremidades, marcha sin alteraciones, no signos meningeos. **Psiquiatrico:** alerta, adecuada presentación personal, limpio, normoactivo, normopresexico, orientado en personal tiempo y lugar, inteligencia normal, memoria sin alteraciones, afecto normal, sin evidencia de actividad alucinatoria, pensamiento lógico sin ideas delirantes, sin ideas de muerte o suicidio, juicio conservado y prospeccion adecuada.

ANALISIS

PACIENTE DE 75 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAÍDA POR HIJA POR CUADRO CLÍNICO DE 4 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DIFICULTAD RESPIRATORIA NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA REFIERE SEGÚN FAMILIAR PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO . SE TOMAN SIGNOS VITALES PACIENTE CON FC:30 LPM, NO SE LOGRA SATURACIÓN NI TENSIÓN ARTERIAL, PASA A CAMILLA PARA MONITORIZACIÓN

SIN EMBARGO PACIENTE EN PARADA CARDIACA SE PROCEDE A PASO A SALAS DE REANIMACIÓN SIENDO LAS 16+21, SE MONITORIZA VERIFICAN PULSOS PACIENTE SIN PULSO SE COLOCAN PALAS DEL DESFIBRILADOR CON ASISTOLIA SE INICIA REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR SIENDO LAS 16+21, COMPRESIONES TORÁCICAS Y VENTILACIONES ASISTIDAS CON BVM, SE PROCEDE A ADMINISTRACIÓN DE PRIMERA DOSIS DE ADRENALINA UNA AMPOLLA A LAS 16+23, SE CONTINÚAN COMPRESIONES POR CICLO DE 2 MINUTOS SE VERIFICAN PULSOS RESPUESTA ALGUNA, SE ADMINISTRA SEGUNDA DOSIS DE ADRENALINA A LAS 16+26 SE CONTINÚAN COMPRESIONES POR CICLO DE 2 MINUTOS SE VERIFICAN PULSOS RESPUESTA ALGUNA, PACIENTE DURANTE REALIZACIÓN DE COMPRESIONES PRESENTAMOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO Y BILIOSO, SE REALIZA SUCCIÓN Y ASPIRACIÓN SE PROCEDE A INTUBACIÓN OROTRAQUEAL A LAS 16+29 PACIENTE CON ABUNDANTE SECRECIÓN OROTRAQUEAL SE SOLICITA SUCCIÓN POSTERIOR A ELLO SECUENCIA DE INTUBACIÓN CRASH CON TUBO 6.5 EXITOSA PRIMER INTENTO, LOGRANDO SATURACIONES DE 90%, SE CONTINÚAN COMPRESIONES POR UN CICLO MÁS SIN RESPUESTA SE PROCEDE A ADMINISTRACIÓN DE TERCERA DOSIS DE ADRENALINA A LAS 16+32, SE VERIFICA PULSO SIN ÉXITO SE CONTINÚAN COMPRESIONES POR UN CICLO MÁS SE VERIFICA PULSO SIN RESPUESTA SE PASA CUARTA DOSIS DE ADRENALINA A LAS 16+35 SE COLOCAN PALAS NO MARCA TRAZADO SE VERIFICA DE NUEVO PULSO SIN RESPUESTA SE ADMINISTRA QUINTA DOSIS DE ADRENALINA 16+38 SE VERIFICAN PULSOS SE CONTINÚAN COMPRESIONES POR DOS CICLO MÁS SE ADMINISTRA SEXTA DOSIS DE ADRENALINA A LAS 16+42 SE REvisa PULSO PACIENTE SIN RESPUESTA MONITOR CON RITMO ORGANIZADO SE PALPA PULSO CAROTÍDEO FUERTE Y BRADICARDICO SE REALIZA REANIMACIÓN POR 20 MIN SE DECIDE ADMINISTRACIÓN DE ULTIMA DOSIS DE ADRENALINA SÉPTIMA DOSIS A LAS 16+45 SE DETIENE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN SE ACOPLA PACIENTE A VENTILADOS Y SE DECIDE INICIO DE NORADRENALINA POR VENA PERIFÉRICA A 0.05 MCG/KG/MIN. PACIENTE QUIEN POSTERIORMENTE ENTRA EN PARO CARDIORESPIRATORIO A LAS 18+10 SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACIÓN POR 10 MIN MÁS SIN LOGRAR RECUPERACIÓN DE PULSOS NI RITMO CARDIACO, SE VERIFICAN SIGNOS DE MUERTE, ENCONTRANDO AUSENCIA DE REFLEJOS PUPILARES, NO REFLEJO CORNEAL NI NAUSEOSO, AUSENCIA DE AUTOMATISMO RESPIRATORIA Y CARDIACO, POR LO QUE SE DETIENE REANIMACIÓN Y SE DECLARA FALLECIMIENTO DEL PACIENTE A LAS 18+20 SE EXPLICA A FAMILIAR EN CALIDAD DE HIJA MARLENE REYES FLOREZ CC 1098150060 DEL PACIENTE ACOMPAÑAMIENTO POR MÉDICO TRATANTE SE PERMITE PROCESO DE DUELO, SE INTERROGA SOBRE ANTECEDENTES DEL PACIENTE FAMILIAR REFIERE PACIENTE CON ANTECEDENTE DIABETES MELLITUS EN MANEJO CON INSULINA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD ATEROESCLERÓTICA. SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN NÚMERO 25093420228563 .SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PAZ. SE EXPLICA A FAMILIARCONDUCTA MÉDICA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

FICHA GINECO OBSTETRICA

Menarquia	Ciclo	I.V.S.	I.V.O.	Gestaciones	Partos	Cesareas
Abortos	Esponaneos	Mort.	Vivos	E.G.	F.P.P.	
F.U.P.	F.U.M.		Fecha Última Citologia	PLANIFICA NO	PLANIFICA SI	

Resultado Citología: Normal -

ANTECEDENTES

DIAGNOSTICOS

I213 INFARTO TRANSMURAL AGUDO DEL MIOCARDIO, DE SITIO NO ESPECIFICADO

PRINCIPAL

☒

ORDENES MÉDICAS (INDICACIONES MÉDICAS)

Tipo de Indicación: Morgue

PLAN

TRASLADO A SALA DE PAZ

C.C. 1010186949 - SASTOQUE PINTO MIGUEL ANGEL

Registro Medico: 1010186949 - MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA