



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Acosta Solis, Lorena Monserrath

Tutora: Dra. Esp. Salame Ortiz, Evelyn Dayanara

Ambato – Ecuador
Noviembre, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION”** de Acosta Solis Lorena Monserrath estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2015

LA TUTORA

.....
Dra. Esp. Salame Ortiz, Evelyn Dayanara

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación; **“TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN”**, como también los contenidos presentados, ideas, análisis y síntesis son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este Trabajo de Grado.

Ambato, Agosto del 2015.

LA AUTORA

.....
Acosta Solis, Lorena Monserrath

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte del documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto del 2015

LA AUTORA

.....
Acosta Solis, Lorena Monserrath

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN”** de Acosta Solís Lorena Monserrath estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre de 2015

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

Después de una ardua tarea que el ser humano realiza con dedicación y perseverancia se puede observar el fruto de ese gran esfuerzo, y es hoy que un sueño se ha convertido en realidad, estas razones me inspiraron a dedicar este trabajo: a mi familia, a Daniel, que me apoyaron en todo momento de mi vida, inculcándome siempre valores y perseverancia en toda acción que emprendiera. En especial dedico este trabajo que no ha sido nada fácil para Dios y mi persona, porque sacrifiqué los mejores momentos, pero hoy que he alcanzado esta meta deseada, dedico este trabajo a las personas especiales que me crearon e hicieron de mi una persona responsable en la etapa estudiantil y en todos los actos de mi vida. Hoy me siento una persona realizada y he podido comprender que todo lo que el ser humano se propone, lo logra pero a través del esfuerzo constante y con esto se puede comprobar que “el hombre no vale por lo que tiene, sino por lo que aprende”

L. Monserrath Acosta S.

AGRADECIMIENTO

Hoy he comprobado que la vocación profesional que escogí no fue equivocada, por eso, me enorgullezco de haber terminado esta etapa de estudio y que gracias a la perseverancia, esfuerzo y dedicación que me propuse, pude lograr esta meta planteada. Al culminar el presente trabajo me permito agradecer a Dios por su bondad omnipotente que tiene para los seres humanos, que nos hace grande en todas las dimensiones.

A mi padre, por la paciencia, dedicación y sacrificio en mi carrera que me empujó para seguir adelante. A mi madre, por la comprensión y ayuda en los momentos difíciles de mi carrera. A mi Tía Ivonne, la impulsadora incondicional, quien supo entregarme su apoyo y comprensión. A mis hermanos con quienes compartí momentos buenos, difíciles y supieron ayudarme. A mi gran Amor Daniel, que es la razón de ser, de mi preparación y de mi esfuerzo, quiero transmitirle a él, mi dedicación, esfuerzo y perseverancia. A mis Tutores Dra. Evelyn Salame, Dra. Noemi Acosta, Dr. Rafael Alvarez, y Dr. Jose Losada orientadores y amigos, quienes siempre me brindaron apoyo, confianza y se hicieron merecedores de mi estímulo, respeto y consideración.

Gracias a todos mis docentes quienes con sus sabios conocimientos supieron formarme como un profesional capaz de poner mis servicios a la sociedad. Gracias a todas las personas que me impulsaron a estudiar y a comprometerme en esta noble carrera que la sabré ejercer con empeño y dedicación.

L. Monserrath Acosta S.

ÍNDICE

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	ix
SUMMARY	xi
INTRODUCCIÓN	1
RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	3
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	3
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL	8
FACTORES DE RIESGO	11
FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL SER. DE SALUD	12
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO	14
OPORTUNIDADES DE MEJORA	17
TRATAMIENTO ALTERNATIVO FARMACOLÓGICO	18
TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS	18
CONCLUSIONES	19

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION”

Autora: Acosta Solis, Lorena Monserrath

Tutora: Dra. Esp.Salame Ortiz, Evelyn Dayanara

Fecha: Agosto, 2015

RESUMEN

Paciente que acude a Hospital Regional con cefalea, síntomas de tristeza, anhedonia, soledad, a causa del fallecimiento de su madre es valorada por médico especialista en Psiquiatría quien diagnostica Trastorno Ansioso Depresivo e inicia el tratamiento con Alprazolam 50 mg cada día, Amitriptilina 30mg antes de dormir durante 4 años, a posterior paciente busca transferencia para atención en el Instituto de seguridad Social Ambato donde es atendida en el servicio de Psiquiatria y se decide rotar el tratamiento a Clonazepam 2mg hora sueño vía oral mas Venlafaxina 150mg vía oral cada día. Hace aproximadamente 4 meses pcte acude a consulta externa del servicio de Neurología con el motivo de consulta de cefalea constante que no cede con la medicación, teniendo como causa aparente problemas de índole familiar, cuadro que se caracteriza por dolor intenso, opresivo, que no se modifica con decúbitos ni deposiciones, acompañado de nausea que no llega al vómito, astenia, labilidad emocional, tristeza, mialgias e ideas autolíticas por lo que médico decide su ingreso hospitalario para tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Al examen físico ingresa con signos vitales que reportan TA 110/70 mmhg, FC: 64 xmin, FR: 19 xmin, SAT 92% FIO2 021%, T: 36°C axilar, paciente vigil, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, hidratada, biotipo pignico, presenta exoftalmos, cardiopulmonar normal, abdomen suave depresible presencia de psicatriz de aproximadamente 5cm a nivel de hipocondrio derecho, venas varicosas en miembros inferiores. Glasgow 15/15, Examen Mental pcte con facies depresivas, voz baja, tensa, ansiosa, abúlica, acompañada de distimia, astenia, labilidad emocional, ideas autolíticas. Luego de varios días de hospitalización se realizan exámenes de laboratorio de imagen con reportes normales por lo que se decide su transferencia a clínica de convenio por falta de respuesta al tratamiento.

PALABRAS CLAVES: SINDROME_ANSIOSODEPRESIVO, TRASTORNO_ANSIOSO, DSM-V, ALTERACIONES_ANSIEDAD, DEPRESIÓN.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

"DISORDER MIXED ANXIETY AND DEPRESSION"

Autora: Acosta Solis, Lorena Monserrath

Tutora: Dra. Esp.Salame Ortiz, Evelyn Dayanara

Fecha: Agosto, 2015

SUMMARY

Patient who comes to Regional Hospital with headache, symptoms of sadness, anhedonia, loneliness, because of the death of his mother is valued by specialist in psychiatry who diagnosed anxiety disorder Depressive and start treatment with Alprazolam 50 mg daily, Amitriptyline 30mg each day for 4 years, looking back CETP transfer for care at the Institute of Social Security Ambato where he is treated at the Department of Psychiatry and decided to rotate the treatment time to sleep Clonazepam 2mg orally more Venlafaxine 150mg orally every day. About 4 months ago CETP attends outpatient neurology service with complaint of constant headache that does not yield to the medication, with the apparent cause family problems, condition characterized by intense pain, oppressive, not modified with decubitus or stools, with nausea that fails to vomiting, fatigue, emotional lability, sadness, myalgia and ideas autolytic doctor decides which hospital admission for psychological and psychiatric treatment.

Physical examination admitted with vital signs reporting TA 110/70 mmHg, HR: 64 xmin, FR: 19 xmin, SAT 92% FIO2 021% T: 36 ° C axillary, patient vigil, oriented in

time, space and person, afebrile, hydrated, pignico biotype presents exoftalmos normal cardiopulmonary, abdominal soft pitting psicatriz presence of approximately 5cm level right upper quadrant, varicose veins in the lower limbs. Glasgow 15/15, Mental Exam CETP with depressive facies, low, tense, anxious, apathetic, accompanied by dysthymia, fatigue, emotional lability, autolytic voice thoughts. After several days in hospital imaging lab tests with standard reports at your clinic transfer agreement is decided by lack of response to treatment are performed.

KEYWORDS: SINDROME_ANSIOSO DEPRESSIVE ANXIETY DISORDER, DSM-V, CHANGES ANXIETY, DEPRESSION.

I. INTRODUCCIÓN

Salud Mental según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es aquel estado de bienestar en el desarrollo y su uso óptimo de potencialidades psicológicas de carácter cognitivo, afectivo y de relación, dirigidas al cumplimiento de metas ya sea de tipo individual o colectivo en coordinación con la justicia y el bien común, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y ser capaz de hacer una contribución en la comunidad, interactuando entre sí con el medio. No obstante hablamos entonces de Salud cuando un individuo se encuentra en un estado de completo bienestar, físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedades. ⁽¹⁾

El concepto de "trastorno mixto de ansiedad y depresión" en vista de su prevalencia sustancial en entornos médicos generales, su discapacidad asociada y su importancia para la salud pública, que merece ser reconocido y visto como continua con las formas más graves. Por lo que se incluye en Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) destinado a la atención primaria. ^(2,3)

Según la clasificación DSM-V el trastorno mixto ansioso depresivo no predomina ningún síntoma ni tiene la intensidad suficiente para justificar un diagnóstico por separado se caracteriza esencialmente por un estado de tristeza y ansiedad persistente o recurrente que tiene duración de al menos un mes acompañado de dificultad para concentración o de memoria, trastorno del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, sensación de peligro inminente, desesperanza o pesimismo del futuro, baja autoestima o sentimientos de inutilidad, con deterioro de actividad social, laboral familiar e individual. ^(4,5)

Este trabajo emerge por la necesidad de enfocar la mirada sobre la política de Salud Mental que brinde la atención de calidad a la paciente con dicha patología, de manera integral. Con el objetivo de intervenir, reducir y prevenir el impacto que produce el trastorno mental sobre ella, su familia y comunidad. Este análisis nos invita a un cambio en la concepción misma de la salud, ampliando el panorama de la intervención exclusiva sobre lo orgánico y otorgando relevancia al componente psíquico, emocional, espiritual y relacional. Tomando en cuenta además que el rango poblacional se da en sexo femenino acompañado de problemas de índole familiar, económico, de pareja.

II. OBJETIVOS

1. GENERAL

Proporcionar un correcto diagnóstico y un adecuado tratamiento farmacológico a la paciente, con el fin de prevenir el impacto que producen los trastornos mentales sobre el individuo, familia y la comunidad.

2. ESPECÍFICOS

- Describir la patología Trastorno mixto de Ansiedad y Depresión, el resumen de historia clínica y otros estudios de laboratorio.
- Determinar los factores de riesgo y las relaciones con los servicios de salud.
- Proponer un plan de tratamiento alternativo al que ha recibido.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

Paciente sexo femenino, tiene 56 años de edad, nacida y residente en Ambato barrio la Floreana, casada, de instrucción secundaria completa, ocupación diseñadora de calzado, diestra, de religión católica, grupo sanguíneo ORH positivo.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Clínicos: Cefalea tipo migrañosa fue tratada con Sertralina y Propanolol, Síndrome de premenstruación hace 4 años, Disfunción sexual hace 4 años, Tendinitis rotuliana bilateral, migraña Reumática, Fascitis plantar izquierdo hace 5 años en tratamiento con infiltraciones. Síndrome Posmenopausico hace 3 años, Osteopenia de Fémur hace 3 años en tratamiento con calcio. Fibroadenosis de mama hace 3 años. Hiperlipemia hace 3 años fue tratada con Gemfibrozilo. Obesidad desde hace 3 años. Hipoacusia leve a moderado hace 3 años. Deformidad septal Fosa Nasal Izquierda hace 3 años, Rinosinusitis crónica alérgica hace 3 años tratada con corticoide inhalatorios y antihistamínicos. Artrosis Patelar femoral hace 3 años fue tratada con Diclofenaco 5mg intramuscular, Bursitis suprapatelar rodilla izquierda hace 3 años fue tratada con paracetamol y fisioterapia, Pterigion grado 2 en ojo derecho, Ptosis palpebral en ojo izquierdo, Queratitis superficial en hendidura palpebral mayor en ojo izquierdo hace 3 años fue tratada con lagrimas artificiales y lubricante ocular en gel, Dorsalgia hace 3 años, Vulvovaginitis hace 2 años en tratamiento fitoestrógenos, Infección de vías urinarias hace 2 años fue tratada con nitrofurantoina, Hipotiroidismo desde hace 2 años en tratamiento con levotiroxina 50 mg. Venas varicosas en miembros inferiores desde hace 3 años.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Colecistectomía hace 16 años, Discartrosis severa en L5 y S1, anterolistesis e inestabilidad vertebral hace 2 años fue tratada con pregabalina y se realizó bloqueo por enfermedad facetaria.

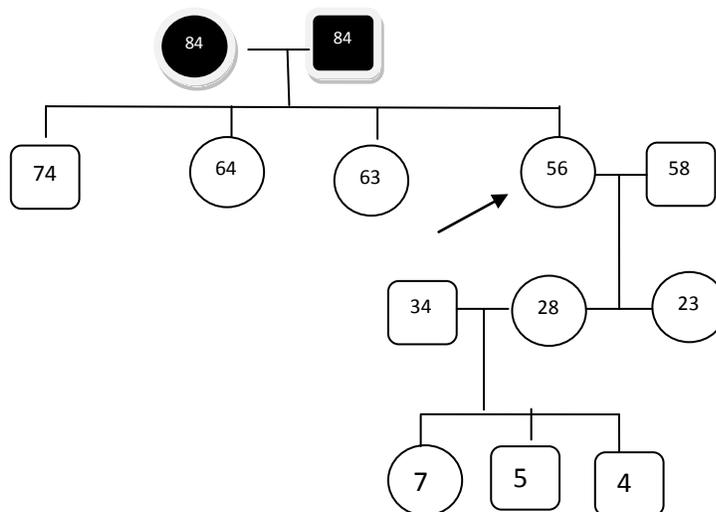
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Madre falleció con Diabetes Mellitus tipo 2, Padre fallece con Hipertensión Arterial.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Menarquía a los 11 años, G2 P2 C0 A 1 FUM 52 años

FAMILIOGRAMA:



ANTECEDENTES DE VIDA

NIÑEZ: poco recuerda de su infancia, fue pobre, jugaba con el primo a la cocinita, a las bolas, económicamente nunca le faltó nada, ella no vivió con sus padres, se quedaba mirando a la ventana como otros padres jugaban con sus hijos. No jugaba con sus hermanos porque tenían más edad que ella, recuerda que su papa llegaba en estado etílico al hogar se embriagaba cada semana y maltrataba físicamente a su madre. Paciente no recuerda que su madre se haya ocupado de ella. Ella dormía con su hermana mayor en una sola cama, no recuerda pelear con sus hermanos.

Su primer hermano venía con un señor, sentada en el camión, le manoseaba y le indujo a tener sexo oral, ella le rechazaba cerraba sus piernas, ella tenía 8 años entonces y no le daban importancia aquello.

Ella se iba a una hacienda con sus primos de sus sobrinos y se escondían en una bodega para tocarse sus partes íntimas, jugaban al doctor y se desvestían, se fue a un baño con una prima de ella y se tocaron sus partes íntimas.

ADOLESCENCIA: paciente acudió al colegio Hispano América, le gustaba jugar, hacer deporte, era dejada, perdió el año en primer curso, pero a partir de tercer curso fue la mejor alumna y la mejor egresada de su promoción, le llamó la atención el momento de menstruar a los 11 años, perdió el año en el colegio en 2 materias, en primer curso y se retiró sin embargo termina el colegio, tuvo su primer enamorado a los 12 años, nunca se besó. A los 13 años conoció otro chico muy guapo le gustaba besarse mucho con él. A los 15-16 años tuvo una relación con su primo él venía a su habitación la paciente dormía con su sobrina, sin embargo se empezó a tocarse con su primo, él se burlaba y le decía ojona. Paciente recuerda haber sufrido choque con un tren que los arrojó a metros

de distancia por lo que se fractura la clavícula y 2 costillas y múltiples contusiones. A los 17 años su cuñado quería tocarle los senos y la llamaba pechona. Nunca dijo nada a nadie. A raíz de accidente dice paciente que empieza tener dolores de cabeza previo a mirar una mancha negra, el dolor era intenso tipo opresivo no recuerda la duración.

JUVENTUD: tenía lindas amigas quería estudiar bellas artes le encantaba dibujo técnico pero no había aquí en Ambato lo que ella quería estudiar, estudio la universidad un año solamente no tomaba muy enserio sus estudios. Paciente continuaba la relación con su primo, pero luego cambio de novio, empezó a trabajar.

ADULTEZ: su primera relación sexual tuvo a los 23-24 años, era amigo de su cuñado, y se embarazo por primera vez, defrauda a sus padres y aborta, ella consiguió el dinero, estuvieron 5 años juntos hubo mucha infidelidad, se fue desilusionando de él. Luego conoció a su actual esposo y se caso se embarazo y tuvieron dos hijas.

EMBARAZO: los primeros meses tenía muchas migrañas, busco un médico que le ayude a sobrellevar su embarazo, el parto fue normal sin ninguna complicación su segundo embarazo fue luego 4 años, también tuvo migrañas el parto fue normal, ella les dio el seno materno si se ocupo de sus hijos.

RELACIÓN CON SUS HIJAS: con su primera hija, era muy tímida, tiene problemas de ansiedad y depresión, baja autoestima por su color de piel, ella se deja manipular por un enamorado le daba haciendo los exámenes, las tareas, se embaraza y decepciona a sus padres, intenta suicidarse, se va de la casa durante 15 días aborta al bebe, termina con esa relación, inicia otra relación con un hombre no muy diferente, la maltrata física y psicológicamente y se embaraza, su madre le pide que aborte que ese hijo no debe nacer, sin embargo ella decide tener a su hijo deja a su pareja y conoce a una nueva persona

con la que vive en la actualidad y tiene 2 hijos más. La relación entre ellas son por problemas de dinero madre le hace un crédito a su nombre, por lo que comenta a una amiga el caso y eso hace que se moleste su hija y peleen por eso.

LA RELACIÓN CON SU SEGUNDA HIJA refiere que discuten mucho porque la paciente y su hija tienen el mismo carácter, ella tiene más control de las cosas, tiene un enamorado con el que pelea mucho.

La paciente dice que es estricta e irritable, sus hijas reclaman que ella no es cariñosa, vivieron en un mismo hogar, ahí tenían su negocio y cuidan de sus hijas.

RELACIÓN CON SU ESPOSO cuando lo conoció “era un hombre muy lindo, generoso, pobre, trabajador, no tenía padres”, sin embargo el mismo no fue aceptado por la familia, él salía de viaje y ella se desesperaba con sus dos hijas, refiere que él se dedicaba a ellas y a trabajar, le gustaba beber alcohol fines de semana y tener relaciones sexuales en ese estado, es extrovertido, pero sobrio es muy serio.

RELACIÓN SEXUAL: Entre la paciente y el esposo no tienen relaciones sexuales desde hace 3 meses, refiere que “él no es tierno, es brusco y grosero”, además padece de anorgasmia. La paciente cometió un error, hizo una cita con su antigua pareja, se sintió querida, tuvieron relaciones, le fue infiel con su esposo, en la actualidad no son amigos solo hablan lo necesario y cuando hablan él grita, le reclama, todo le parece mal.

ECONÓMICAMENTE: tenían su negocio propio de calzado gracias a eso se construyeron su casa, ella ayudaba administrar el negocio, en la actualidad cerraron el negocio no les fue bien y viven del pago de los departamentos de arriendo, sus hijas ya son independientes.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que acude a Hospital Regional con cefalea, síntomas de tristeza, anhedonia, soledad, a causa del fallecimiento de su madre es valorada por médico especialista en Psiquiatría quien diagnostica Trastorno Ansioso Depresivo e inicia el tratamiento con Alprazolam 50 mg, Amitriptilina media tableta cada día durante 4 años, a posterior pte busca transferencia para atención en el Instituto de seguridad Social Ambato donde es atendida en el servicio de Psiquiatria y se decide rotar el tratamiento a Clonazepam 2mg hora sueño vía oral mas Venlafaxina 150mg vía oral cada día. Hace aproximadamente 4 meses pte acude a consulta externa del servicio de Neurología con el motivo de consulta de cefalea constante que no cede con la medicación, teniendo como causa aparente problemas de índole familiar, cuadro que se caracteriza por dolor intenso, opresivo, que no se modifica con decúbitos ni deposiciones, acompañado de nausea que no llega al vómito, astenia, labilidad emocional, tristeza, mialgias e ideas autolíticas por lo que médico decide su ingreso hospitalario para tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Al examen Físico ingresa con signos vitales que reportan TA 110/70 mmhg, FC: 64 xmin, FR: 19 xmin, SAT 92% FIO2 021%, T: 36°C axilar, paciente vigil, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, hidratada, biotipo pígnico, presenta exoftalmos, cardiopulmonar normal, abdomen suave depresible presencia de psicatriz de aproximadamente 5cm a nivel de hipocondrio derecho, venas varicosas en miembros inferiores. Glasgow 15/15, Examen Mental pte con facies depresivas, voz baja, tensa,

ansiosa, abúlica, acompañada de distimia, astenia, labilidad emocional, ideas autolíticas. Luego de varios días de hospitalización se realizan exámenes de laboratorio de imagen con reportes normales por lo que se decide su transferencia a clínica de convenio por falta de respuesta al tratamiento.

IV. DESARROLLO

El presente caso se trata de una paciente de sexo femenino, tiene 56 años de edad, nacida y residente en Ambato, casada, es diseñadora de calzado.

Antecedentes patológicos personales diagnosticada de migraña desde los 16 años, síndrome ansioso depresivo desde hace 14 años en tratamiento con Alprazolam 50 mg, cada día, migraña desde su adolescencia, hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina 50 mg cada día, Hernia discal hace 3 años.

Paciente que a sus 42 años acude a Hospital Regional docente Ambato donde diagnostican Trastorno Mixto Ansioso Depresivo e inician su tratamiento con Alprazolam 50mg cada día, Escitalopram 20 mg cada día, por parte del servicio de Psiquiatría durante cuatro años, paciente siente que la relación con el médico no es adecuada y consigue ser transferida a sus 46 años a Hospital IESS Ambato para ser atendida por médico Especialista en servicio de Psiquiatría donde es atendida por presentar una recaída ya que refiere angustia persistente y se decide modificar el esquema terapéutico con Amitriptilina 30 mg antes de dormir, Alprazolam 50 mg, Onlazapina 10mg cada día, se realizan controles posteriores donde se observa evolución favorable por cortos períodos sin embargo las recaídas son constantes y se desencadenan por continuos conflictos familiares. En las consultas siguientes paciente acude con la decisión de dejar la medicación no obstante el médico decide mantener el esquema terapéutico y seguimiento por parte de área de psicología para conseguir terapia de

apoyo. Pate dese hace 3 años acude a las citas regularmente en estados ambivalentes y en terapéutica con Alprazolam 1mg cada día, Risperidona 3 gotas antes de dormir y Venlafaxina 75 mg cada día, menciona que su relación con su familia y pareja mejoran paulatinamente. Se refiere a la paciente a Neurología por sus intensas cefaleas donde es estudiada minuciosamente con exámenes de laboratorio se realiza tomografías con reporte normales. Hace un año en los controles siguientes pate acude con cefalea y ansiedad persistente por lo que envían Clonazepam 2mg antes de dormir y Venlafaxina 75mg cada día. En la actualidad la paciente presenta un pronóstico pobre en cuanto al esquema de tratamiento la cefalea persisten además se evidencia pensamientos intensos autolíticos y reporte de discapacidad del 40% por lo que acude al servicio de Neurología y se decide ingreso de la paciente para tratamiento psicológico y psiquiátrico. Durante su hospitalización la cefalea es intensa hay estudios con reporte normal las ideas autolíticas persisten no hay respuesta adecuada al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico por lo que se decide transferir a clínica de especialidad a la pate para tratamiento con terapia electroconvulsiva.

FACTORES DE RIESGO

El sexo femenino donde está presente la menopausia.

Su baja autoestima en la etapa adolescente y su prejuicios por lo que sufrió cuando niña.

El trauma de su infancia, especialmente el abuso sexual.

La pérdida de sus padres (duelo)

Sentimientos de culpa ambivalente por pecados de omisión y comisión hacia su esposo.

Visión negativa de la paciente misma, del mundo y del futuro.

El trastorno mixto de ansiedad y depresión se asocian con importantes niveles de incapacidad y con un impacto considerable en el bienestar personal y en las relaciones sociales y laborales.

El padecimiento de un nutrido grupo de enfermedades ya descritas en los antecedentes personales.

El consumo de medicamentos por largos años.

La migraña crónica, trastornos crónicos de ansiedad y depresión.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL SERVICIO DE SALUD

Tenemos a los trastornos mentales ya que constituyen una importante carga social y económica, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen.

El tiempo que se tomo para lograr transferencia que se realizó por pedido de la paciente desde el Hospital Regional hasta el Hospital del seguro de Ambato.

Dificultad al momento de remisión de la pacte a la clínica de convenio especializada por documentación para aprobación y traslado.

El medio de transporte en este caso una sola ambulancia que esta en funcionamiento activo en el área hospitalaria.

La atención donde la pacte no tiene buena relación con el médico por lo que solicita transferencia.

Retrasos en cuanto la realización de trámites administrativos y respuestas rápidas de los establecimientos de salud.

Mala relación médico pacte

El tiempo de atención de un individuo a otro que no es el necesario.

Paciente que acude a valoración con otros motivos de consulta mas no de salud mental.

Desinterés por parte de paciente y familiares para continuar con terapias psicológicas.

Escasa información por parte del personal de salud a los familiares acerca del manejo apropiado del paciente a nivel domiciliario y de sus complicaciones que pudiese presentar sobre ideas suicidas.

Retraso en la derivación del paciente a clínica de convenio.

Tardanza en el consentimiento familiar para la derivación oportuna desde la recepción al paciente al área hospitalaria a unidad de convenio.

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

En la práctica de la atención primaria es frecuente encontrar un grupo de pacientes que se presentan con una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos que no alcanzan a calificar para un cuadro ansioso o depresivo clásico. Sin embargo los síntomas mixtos de menos severidad resultan en un cuadro de mayor gravedad: más discapacidad, más distres subjetivo y un curso más prolongado de ambos trastornos por si solos. ⁽⁶⁾

La ansiedad y depresión son trastornos neuroconductuales.⁽⁷⁾ La depresión es más frecuente en el sexo femenino y eso se debe a la trasmisión genética, fisiología endocrina y desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad. En relación con la edad la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo. El autoestima disminuido se manifiesta por una evaluación negativa exagerada de valor propio o de culpa sobre faltas pasadas aun mínimas. ⁽⁸⁾ Por otro lado tenemos La ansiedad que es un breve episodio en el que la paciente siente un miedo intenso acompañado por una diversidad de síntomas físicos comienza repentinamente y alcanza su punto máximo de manera rápida, además es un síntoma que se encuentra en casi todos los trastornos mentales. ⁽⁹⁾ Esencialmente podemos evidenciar síntomas como estado de tristeza, ansiedad persistentes además de dificultad para concentración, trastorno de sueño, astenia, irritabilidad, labilidad emocional, desesperanza, pesimismo del futuro, baja autoestima, sentimiento de inutilidad, compatibles con el trastorno mixto de ansiedad y depresión provocando un importante deterioro en cuanto la actividad social, laboral y familiar en la paciente.^(2,10)

Frente a pacientes con éste diagnóstico es razonable instaurar un tratamiento dado el nivel de interferencia que presenta, debido a los síntomas y su frecuente agravamiento en el tiempo, que a menudo se transforman en otra patología psiquiátrica. Lo más discutible es el uso de psicofármacos. ⁽⁶⁾ Tomando en cuenta que hay crisis de ansiedad donde se realiza pruebas de laboratorio en incluso electrocardiograma con reportes normales, sometiendo a la paciente a exhaustivos e innecesarios exámenes centrados en los síntomas que somatiza la paciente tener. ⁽¹¹⁾

El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad y depresión tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas y evitar las secuelas, con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación. En la prescripción de los antidepresivos los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento. ⁽¹²⁾

Según la evidencia se recomienda la utilización de los antidepresivos como uno de los tratamientos farmacológicos de elección así como los Inhibidores Selectivos de la recaptación de Serp-tonina (paroxetina, sertralina o escitalopram), los Inhibidores Selectivos de la recaptación de Noradrenalina y Serotonina (venlafaxina de liberación prolongada) y los Antidepresivos Triciclicos (imipramina). ⁽¹²⁾

Los antidepresivos como la venlafaxina que hasta la actualidad muestra su eficacia sobre síntomas psíquicos ⁽¹³⁾ no obstante no se recomienda la prescripción de la venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardíacas o infarto de miocardio reciente, y en pacientes hipertensos sólo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada. ⁽¹²⁾

Por otro lado tenemos el alprazolam, lorazepam y diazepam han demostrado ser eficaces en el tratamiento sin embargo se recomienda la utilización a corto plazo de las benzodiazepinas, no más allá de 4 semanas, y cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera a la respuesta del tratamiento con antidepresivos. ⁽¹²⁾

Terapia Electroconvulsiva la hospitalización es necesaria cuando el riesgo suicida es alto y también cuando existen relaciones interpersonales muy hostiles o destructivas. Al interrumpirlas es más fácil establecer una buena relación terapéutica con el paciente y aumentar la efectividad del tratamiento. La Terapia Electroconvulsiva está indicada en las depresiones psicóticas, cuando existe un riesgo alto suicida y en aquellos casos que no responden de manera adecuada a los tratamientos farmacológicos y psicológicos. ⁽⁸⁾

Psicoterapia en depresiones crónicas llamadas también caracterológicas, el tratamiento debe ser exclusivamente psicoterapéutico, de tipo dinámico, conductual. ⁽⁸⁾ Enfatizando de este modo el propósito fundamental de salud mental que es el de proteger, promover y mejorar la vida y el bienestar mental de los pacientes, ⁽¹⁴⁾ ya que episodios depresivos sobre todo de duelo suelen tener precipitantes dando como resultado deterioro en su calidad de vida de pareja, de tipo laboral o familiar. ⁽¹⁵⁾

Brindar el tratamiento adecuado sirve para poder evitar altos costos, alta tasa financiera de uso de servicios de salud además de promover la salud y calidad de vida evitando así el empeoramiento del sufrimiento psíquico ⁽¹⁶⁾ y el saber diferenciar entre un trastorno mental de un dolor neuropático ⁽¹⁷⁾ y muchos síntomas sin explicación médica ⁽¹⁸⁾.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Entrevista a la paciente	Tanto el paciente como su familia deben ser educados para entender las causas biológicas de la enfermedad y su interacción con los aspectos psicosociales
Tratamiento Psicológico	<p>Identificar los factores desencadenantes de la preocupación y los síntomas físicos</p> <p>Indagar sobre la forma en el que el paciente está enfrentando el problema.</p> <p>Identificar y reforzar las actividades que se está realizando exitosamente.</p> <p>Ayudar al paciente a planificar acciones específicas que pueda llevar a cabo en las próximas semanas para enfrentar el problema</p>
Medidas que mejoran el régimen terapéutico y disminuyen las recidivas que son consecuencia de una suspensión temprana del tratamiento.	Explicar que el consumo de medicación no causa adicción, ya que su efecto es lento y administración es prolongada.
Tratamiento Cognitivo Conductual en Atención Primaria	<p>Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales en los centros de salud por profesionales entrenados, preferiblemente de manera individual, mediante exposición y reestructuración cognitiva.</p> <p>Se aconseja la realización de talleres grupales basados en relajación y técnicas cognitivas aplicables en los centros de salud.</p> <p>Los talleres grupales deben tener una duración de al menos 8 sesiones (1 por semana), realizarse de forma reglada y ser dirigidos por el médico.</p>

TRATAMIENTO ALTERNATIVO FARMACOLÓGICO

Se puede emplear ciclopirrolona como zopiclona iniciando con dosis bajas de 5 mg vía oral cada día, un ansiolítico no benzodiazepínico que tiene una buena tolerancia y acarrea menor dependencia. ⁽¹⁹⁾

Por otro lado tenemos a la Buspirona 5mg vía oral cada ocho horas cada día, que pertenece al grupo de las azapironas ó azaspirodecanodionas no posee efectos sedantes, hipnóticos, miorrelajantes ó anticonvulsivantes y tiene un bajo potencial de abuso. ⁽²⁰⁾

TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

El uso de Omega 3 tiene efecto antidepresivo reduciendo los síntomas en dosis de 1g al día. ⁽²¹⁾

El tratamiento cognitivo conductual dando un enfoque psicoeducativo, diseñado para modificar cogniciones como conductas, recuperando las actividades habituales y resolviendo los problemas de una forma activa. ⁽²¹⁾

Disminuir o discontinuar la cafeína y otros estimulantes del sistema nervioso central (SNC). Minimizar el uso de alcohol y otros sedantes o hipnóticos. Regular el ejercicio aeróbico, de forma que dure más de 20 minutos. ⁽²²⁾

V. CONCLUSIONES

- Se ha podido llegar a corroborar el diagnóstico como el más ajustado a los criterios evaluados a través de la interpretación de los signos y síntomas, pudiendo de esta manera proveer el tratamiento farmacológico más adecuado pudiendo así mejorar la calidad de vida en un corto tiempo para la paciente y la familia.
- Gracias a revisiones de guías clínicas, evidencias científicas de tratamiento, revistas, artículos científicos y la fuente de información más importante que es la historia clínica encontrándonos con una paciente de 56 años, con antecedentes de migraña hace 36 años y con diagnóstico de Trastorno mixto de Ansiedad y Depresión hace 10 años, en tratamiento con Alprazolam y Amitriptilina que luego es modificado a Venlafaxina y Clonazepam acude a consulta externa de neurología quien descarta patología orgánica y decide su ingreso para tratamiento psicológico y psiquiátrico, tras algunos días de hospitalización se decide transferencia por falta de respuesta a tratamiento y persistencia de ideas autolíticas. Llegando así a entender de mejor manera este trastorno mental
- Se ha podido llegar a determinar factores de riesgo como autoestima baja, abuso sexual, duelo, sentimientos de culpa ambivalente por infidelidad con su esposo, una visión negativa de si misma, del mundo del futuro y múltiples comorbilidades, así como también relacionados con los servicios de salud como la misma enfermedad que constituye una importante carga social y económica por la discapacidad que produce, trámites administrativos para transferencias, mala relación médico paciente, corto tiempo para atención en sus controles y somatización por parte de la paciente.

- Y se propone el plan de tratamiento alternativo como ansiolíticos para que sea aplicable a la paciente y mejorar su estilo de vida.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA:

1. Acuña J, Botto A, Jiménez JP eds. *Psiquiatría para la Atención Primaria y el Médico General Depresión, Ansiedad y Somatización*, Mediterráneo. Santiago de Chile; 2009.⁽⁶⁾
2. Alarcon R, Mazzotti G, Nicolini H. *Psiquiatría, 2ª ed.* Organización Panamericana de la Salud. El Manual Moderno, D.F, México; 2005. ⁽¹³⁾
3. Black, Andreasen eds. *Introducción a la Psiquiatría, 5ª ed*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires-Argentina 2012. ⁽¹¹⁾
4. Goldberg., Kendler., Sirovatka., Regier eds, *Temas de Investigación DSM-V Depresión y Trastornos de Ansiedad Generalizada*, Médica Panamericana S.A., Madrid -España 2011.⁽⁷⁾
5. Morroson J, Morrison J; Garduño M, Enríquez G, Larios P. eds. *DSM-IV Guía para el Diagnóstico Clínico*. El Manual Moderno Aznar-México; 2008.⁽⁹⁾
6. Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J eds. *Fundamentos de Medicina, Psiquiatría, 5ª ed*, Corporación para Investigadores Biológicas, Medellín-Colombia; 2010.⁽⁸⁾

LINKOGRAFÍA

7. Ayola C. La Buspirona; 2002. ⁽²⁰⁾
http://www.psiquiatria.com/tratamientos/tratamientos_biologicos/farmacos-152/la-buspirona/
8. Culy C, Castañer J, Bayés M eds. *La ciclopirrolona eszopiclona es un agente hipnótico agonista del receptor del ácido gamma aminobutírico tipo A actualmente evaluado para el tratamiento de los cuadros de insomnio*. Drugs of the Future. Barcelona; 2003. www.intramed.net/userfiles/81725.pdf ⁽¹⁹⁾
9. Dios C, Goikolea J, Colom F, Moreno C, Vieta E eds. Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones DSM-5 y CIE-11. *Revista de Psiquiatria y Manual de salud mental*. Elsevier; 2014. <http://m.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-los-trastornos-bipolares-las-nuevas-90359704>. ⁽⁴⁾
10. Garrido P ed. *Manejo de la ansiedad en Atención Primaria*, Terapeutica en Atención Primaria, Madrid, Elsevier; 2008. <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-terapeutica-atencion-primaria-manejo-ansiedad-13127219>. ⁽²²⁾
11. Grupo de trabajo Guía de la buena práctica clínica. *Guía clínica de la Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad*, Madrid, Internacional Marketing y Communications, S.A; 2003.
https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion.pdf. ⁽¹⁾

12. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con *Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008.

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_resum.pdf ⁽³⁾

13. Grupo de Trabajo de Psicología. *Guía de Manejo para trastornos de ansiedad Colombiana de Salud*. Cali, Ministerio de protección social y fundación FES social; 2014.

www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_resum.pdf ⁽⁵⁾

14. Grupo de trabajo de Guía de actuación en atención primaria. *Trastorno de Ansiedad y Adaptación en la atención Primaria*.

<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap033ansiedad.pdf> ⁽¹⁰⁾

15. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con *Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo;2008.

<http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/resumida/apartado04/psicoterapia03.html#nota> ⁽¹²⁾

16. Luna M, *Clínica de la Ansiedad*, Psicólogos y psiquiatras en Madrid y Barcelona; 2002.

<http://www.clinicadeansiedad.com/02/128/Ansiedad-y-depresion.htm> ⁽²⁾

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA

17. **EBSCOHOST:** García J, Fernando Caballero, Perez M, Vanessa López eds, *Pain related factors in newly diagnosed Generalized Anxiety Disorder patients*. Actas Esp Psiquiatr; 2012

[http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=18&sid=ee9f22f8-7db1-4b0e-a724-](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=18&sid=ee9f22f8-7db1-4b0e-a724-87bc31e46c1f%40sessionmgr4004&hid=4106&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=82084671&db=a9h)

[87bc31e46c1f%40sessionmgr4004&hid=4106&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=82084671&db=a9h](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=18&sid=ee9f22f8-7db1-4b0e-a724-87bc31e46c1f%40sessionmgr4004&hid=4106&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=82084671&db=a9h) ⁽¹⁷⁾

18. **EBSCOHOST:** García C, Felipe Vázquez E, Avalos F, Viridiana L, Sánchez S eds. *Clinical effectiveness of group cognitive behavioural therapy for depressed older people in primary care: A randomised controlled trial*. Salud Mental; 2015.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=a04764e6-e173-4e85-bb50-f30dc4b1e255%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4106&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=101711882&db=a9h> ⁽¹⁸⁾

19. **EBSCOHOST:** Silva J, Albuquerque M, Souza S, Silva F, Esteve G eds. *Sintomas Depressivos e Capacidade Funcional em Idosos Institucionalizados*. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 2015.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=99b753a7-8e9d-4c1f-8336-a6b96e1266ae%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4106&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=103452508&db=a9h>⁽¹⁶⁾

20. **EBRARY:** World Health Organizations ed, *Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*; World Health Organizations 2006.

<http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10190693>⁽¹⁴⁾

21. **EBSCOHOST:** Zachar P ed, *Grief, depression, and the DSM-5: a review and reflections upon the debate*, Revista Latinoamericana Psicopat. Fund., São Paulo; 2015.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1ed56788-4f10-4896-bd12-0fb1d5d426dc%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4106>⁽¹⁵⁾

VII. ANEXOS

Entrevista a la paciente: información que se obtiene de la Historia Clínica

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí misma?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzada, sin esperanzas?
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecida?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
10. ¿Se ha sentido en tensión?
11. ¿Ha estado muy preocupada por algo?
12. ¿Se ha sentido muy irritable?
13. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
14. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
15. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
16. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
17. ¿Ha estado preocupada por su salud?
18. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormida?

INFORME DE PSICOLOGÍA

2011-2015

Paciente nace y reside en Ambato, 52 años, casada con dos hijas, empleada privada, modelaje de calzado, vive con esposo e hija. Antecedentes Patológicos Personales: migrañas desde los 16 años. Antecedentes Patológicos Familiares: madre muere con diabetes a los 85 años, padre hipertenso muere con paro cardiaco a los 84 años, familia materna con antecedentes de diabetes.

Motivo de consulta: pcte que acude a consulta preocupada porque refiere que desea dejar de tomar medicación para la depresión y la ansiedad.

Refiere que a raíz de la muerte de su madre que fue hace 9 años empieza a tomar medicación y desde entonces no ha podido dejar la medicación. Se evidencia facies depresivas con labilidad emocional. Problemas familiares y de pareja. Se aplican reactivos psicológicos de depresión y ansiedad. Test de Zung de depresión: presencia de depresión moderada con un valor de Síndrome De Ansiedad y Depresión de 66. Test de Zung ansiedad: presencia de ansiedad moderada con un valor de 3. Se realiza psicoterapia de apoyo y se da recomendaciones en cuanto a ejercicios de relajación, terapia expresiva y de apoyo. Paciente acude a próximos controles tranquila, menciona algunos aspectos negativos de su niñez y preocupada por la mala relación con su hija, se observa en ella sentimientos de culpa. Se realiza terapia expresiva cognitiva conductual. Pcte acude a control manifiesta sentirse intranquila, triste, se muestra apática, ambivalente, con pensamientos autolíticos. Se sugiere ingreso a clínica de convenio.

17/07/2015

Exámenes de Laboratorio

BH: RECUENTO LEUCOCITARIO: 7.90, RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS: 4.62, HEMOGLOBINA: 14.1, HEMATOCRITO: 41.8, RECUENTO PLAQUETAS: 255, NEUTROFILOS %: 45.0, LINFOCITOS %: 47.6, MONOCITOS %: 5.3, EOSINÓFILOS %: 2.1, BASÓFILOS %: 0.0
QS: GLUCOSA: 109.60, UREA: 37.7, CREATININA: 0.7
ELECTROLITOS: NA: 134.0, K 4.10, CA: 1.230
PL: TRIGLICERIDOS: 216, COLESTEROL: 218, HDL: 48.6, LDL: 126
PH: BILIRRUBINA TOTAL: 0.20, BILIRRUBINA DIRECTA: 0.09, BILIRRUBINA INDIRECTA: 0.11, AST: 12, ALT: 19
PT: T4 LIBRE: 1.68, TSH: 1.08, T3 LIBRE: 0.203

LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA ELECTROENCEFALOGRAFIA

Nombre: Elizabeth Rojas

Edad: 36 años

Fecha: 4 de Julio de 1995

INFORME: Registro EES con la paciente en vigilia. Utilizando el Sistema Internacional 10-20, con Sensibilidades de 10 uV /mm, una constante de tiempo de 0.3 segundos, y una velocidad de 30 mm/segundo.

Tiempo de registro 20 minutos.

Presenta una actividad de fondo, constituida por frecuencias en las bandas beta y alfa, con un ritmo alfa occipital mal regulado de 8 a 10 Hz, que alcanza los 50 uV de amplitud, demostrando una buena reactividad a la apertura ocular, y una buena simetría y sincronía interhemisferica.

Durante el registro se presenta una leve somnolencia, que se expresa con una desincronización de la actividad de fondo, en la banda thets a 7 Hz.

Se observa en los montajes monopares, con derivación auricular, la presencia de EKG como artefacto.

La maniobra de la Hiperventilación, no modificara mayormente las características de la actividad de fondo, ni activa este registro.

CONCLUSIÓN: Registro EEG en vigilia y leve somnolencia, presenta una actividad de fondo normal.

**LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGIA
ELECTROENCEFALOGRAFIA**

**Drs. Gastón Rodríguez T.
Fernando Alarcón E.**

Direc. Ramírez Dávalos No. 264
Centro Médico Esculapio
Of. 7 - Telf.
Quito - Ecuador

Nombre: ELIZABETH ROJAS
Edad: 36 años
Fecha: 4 de Julio de 1995

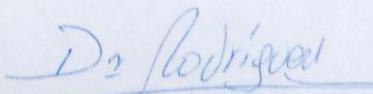
Informe: Registro EEG con la paciente en vigilia. Utilizando el Sistema Internacional 10-20, con Sensibilidades de 10 uV/mm, una constante de tiempo de 0.3 segundos, y una velocidad de 30 mm/segundo. Tiempo de registro 20 minutos.

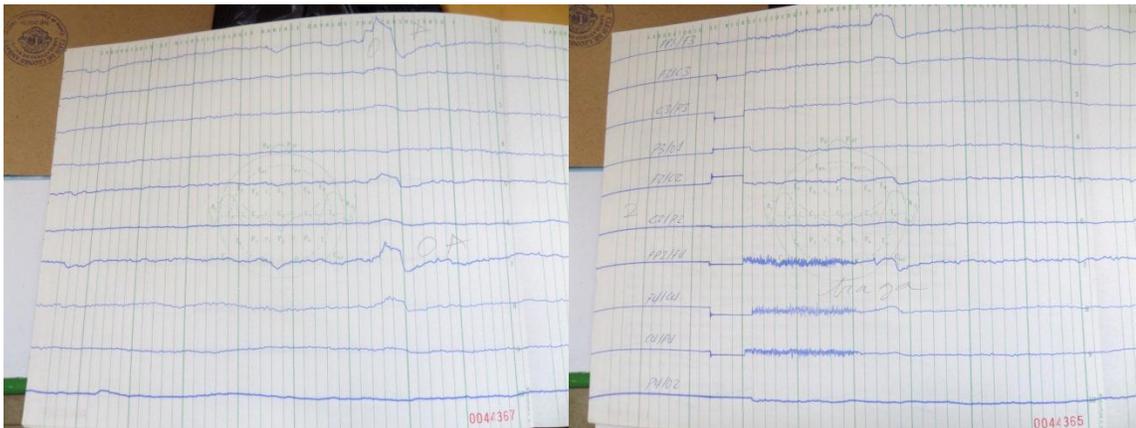
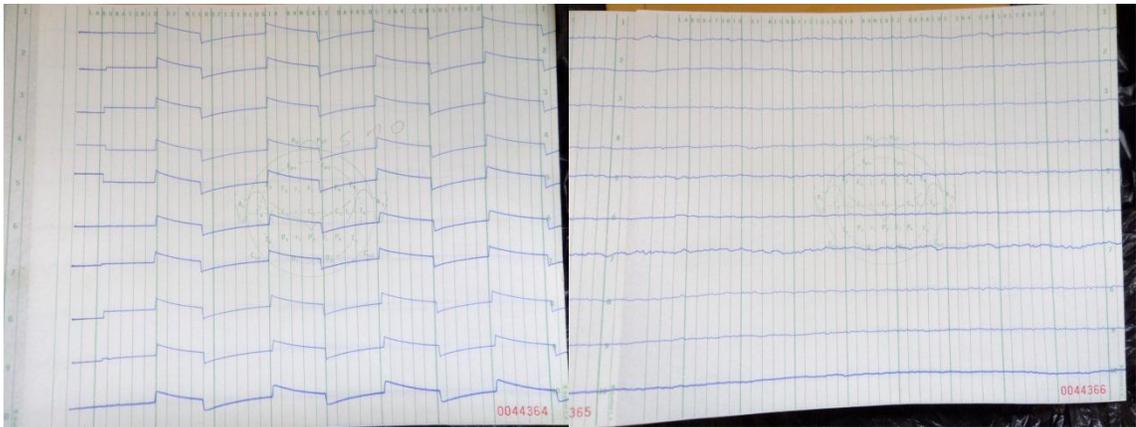
Presenta una actividad de fondo, constituida por frecuencias en las bandas beta y alfa, con un ritmo alfa occipital mal regulado de 8 a 10 Hz, que alcanza los 50 uV de amplitud, demostrando una buena reactividad a la apertura ocular, y una buena simetría y sincronía interhemisférica. Durante el registro se presenta una leve somnolencia, que se expresa con una desincronización de la actividad de fondo, y un enlentecimiento del ritmo alfa, y un enlentecimiento de la actividad de fondo, en la banda theta a 7 Hz.

Se observa en los montajes monopares, con derivación auricular, la presencia de EKG como artefacto.

La maniobra de la hiperventilación, no modifica mayormente las características de la actividad de fondo, ni activa este registro.

CONCLUSION: Registro EEG en vigilia y leve somnolencia, presenta una actividad de fondo normal.


DR GASTON RODRIGUEZ T
NEUROLOGO



TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE CRANEO

Nombre: Rojas Elizabeth

Edad: 51 a

Servicio: CE

NCHL. 36070

Archivo: 2192

Fecha: 21 de Enero del 2010

INFORME:

No se evidencia alteraciones en la densidad del parénquima cerebral.

Sistema cisterno ventricular conservado

Tronco encéfalo y cerebelo normal.

Ángulos ponto cerebelosos libres

En ventana ósea no se observa fractura

IDG:

Estudio Normal



PACIENTE: Sra. María Rojas

MEDICO: Sr. Dr. IESS

ESTUDIO: TAC SENOS DE LA CARA

FECHA: Ambato, 14 de diciembre de 2012

METODOLOGIA: Se realizan cortes tomográficos de los senos de la cara en cortes axiales y coronales

ANALISIS: Los senos frontales, maxilares, etmoidales, y esfenoidales se hallan normales,

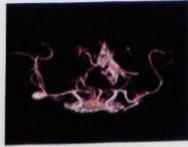
Los cornetes se hallan hipertróficos.

El tabique óseo y cartilaginoso se halla desviado hacia la izquierda de la línea media.

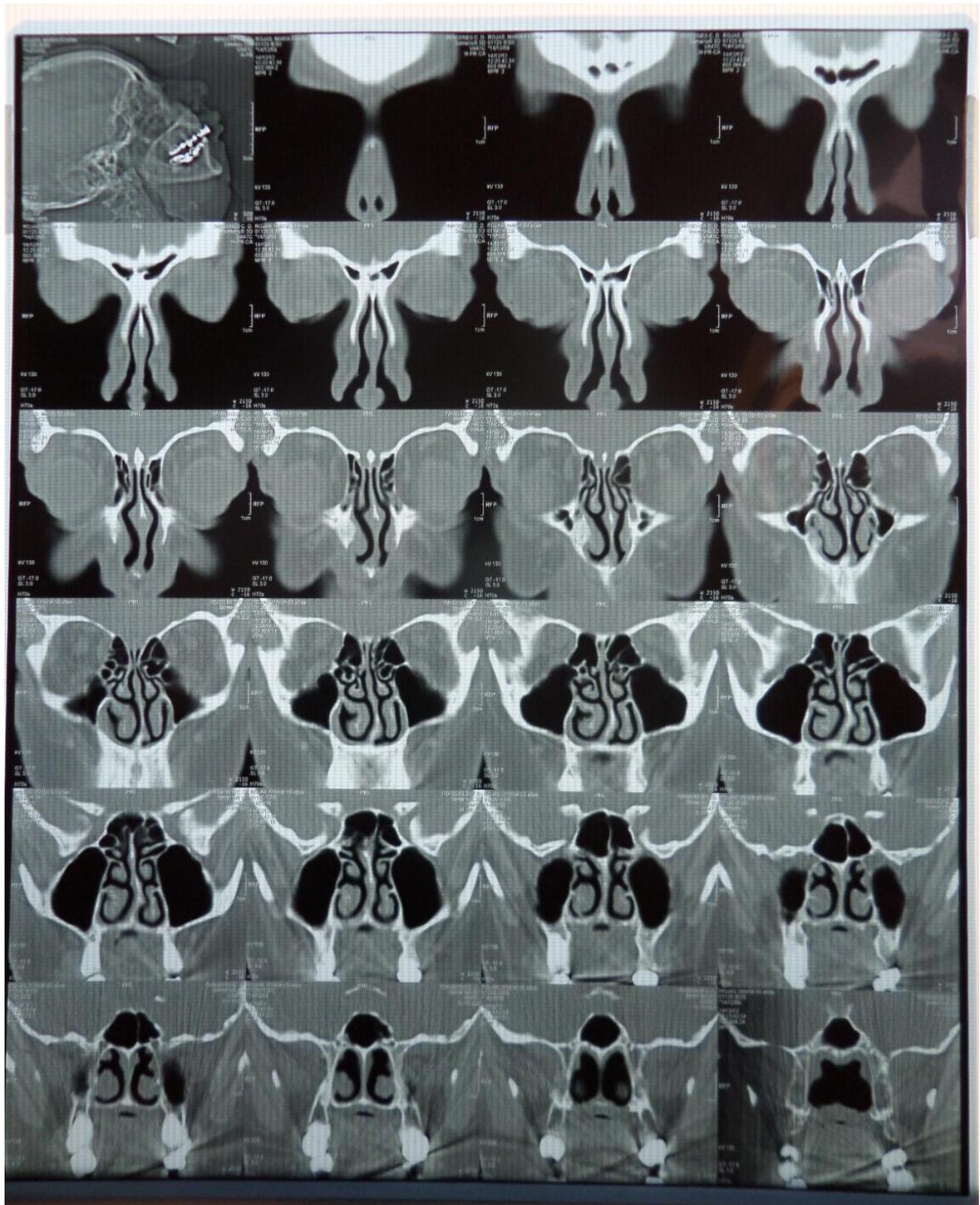
CONCLUSION: Rinitis y desvío setal

Atentamente

Dr. HUGO ACURIO
MEDICO RADIOLOGO



Av. Pasteur e Italia (esquina) a dos cuadras del Hospital Regional Ambato.
Telf. (03) 2424 101 - 2828 400 - 2426 102 / Cell: 099 70 70 00
Email: clinicaduran@hotmail.com - jjadurang@hotmail.com
Ambato - Ecuador



SRA ROJAS MORALES MARIA

RX TORAX

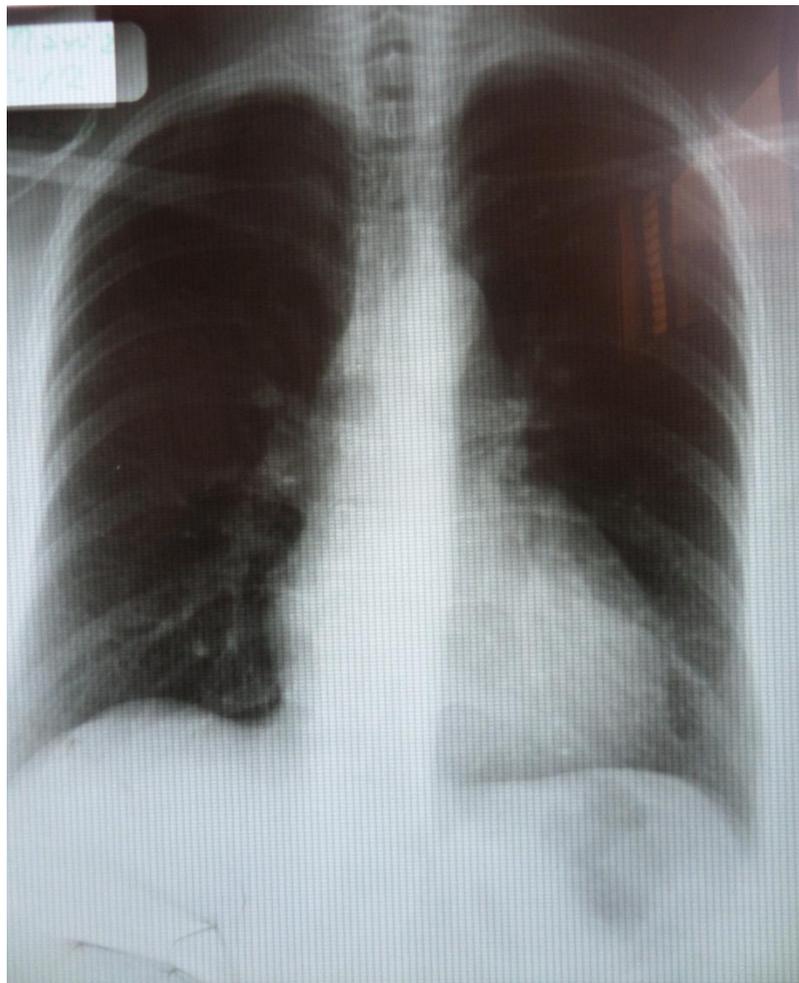
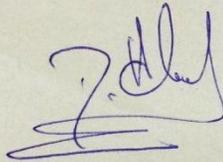
7-may-12

HC. 99502368

CI 1801513183

Campos pulmonares conservados, no se observan signos de lesión pleurpulmonar activa
Silueta cardíaca aumentada de tamaño

I.Dg. CARDIOMEGALIA.

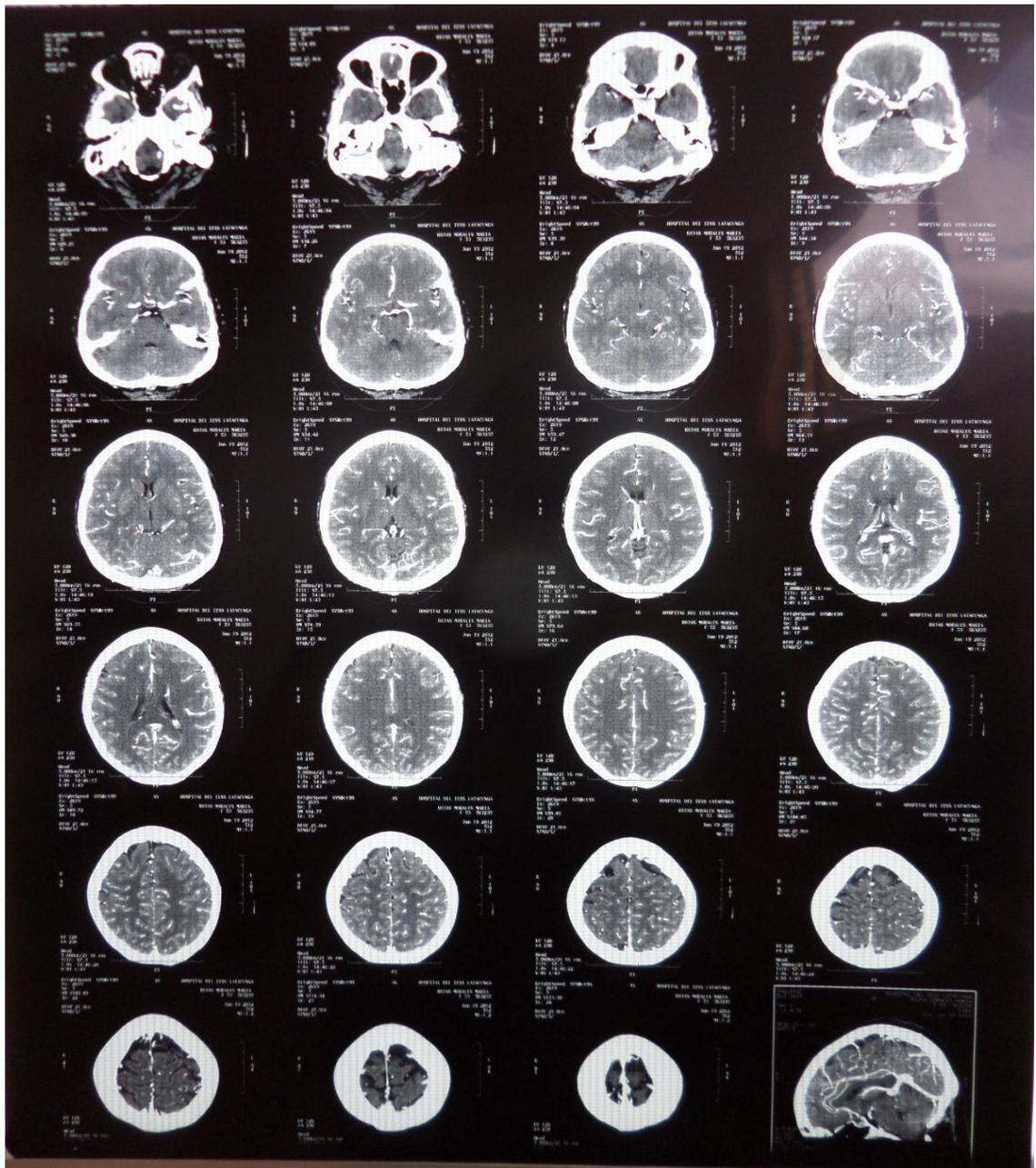


TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE CRANEO 2012

HOSPITAL DE LATACUNGA
SERVICIO DE IMAGENOLOGIA Pag: 1
SALA DE IMAGENOLOGIA
NOMBRE: ROJAS NOVALES MARIA ELIZABETH Fecha Examen: 2012/06/19
CEDULA: 1201613183 AÑO: HOSPITAL IESS AMBATO Fecha Entrega: 2012/06/19
EXAMEN SOLICITADO: *****
710062 CRANEO SIMPLE +CONTRASTE I V Num-Ord : 568687

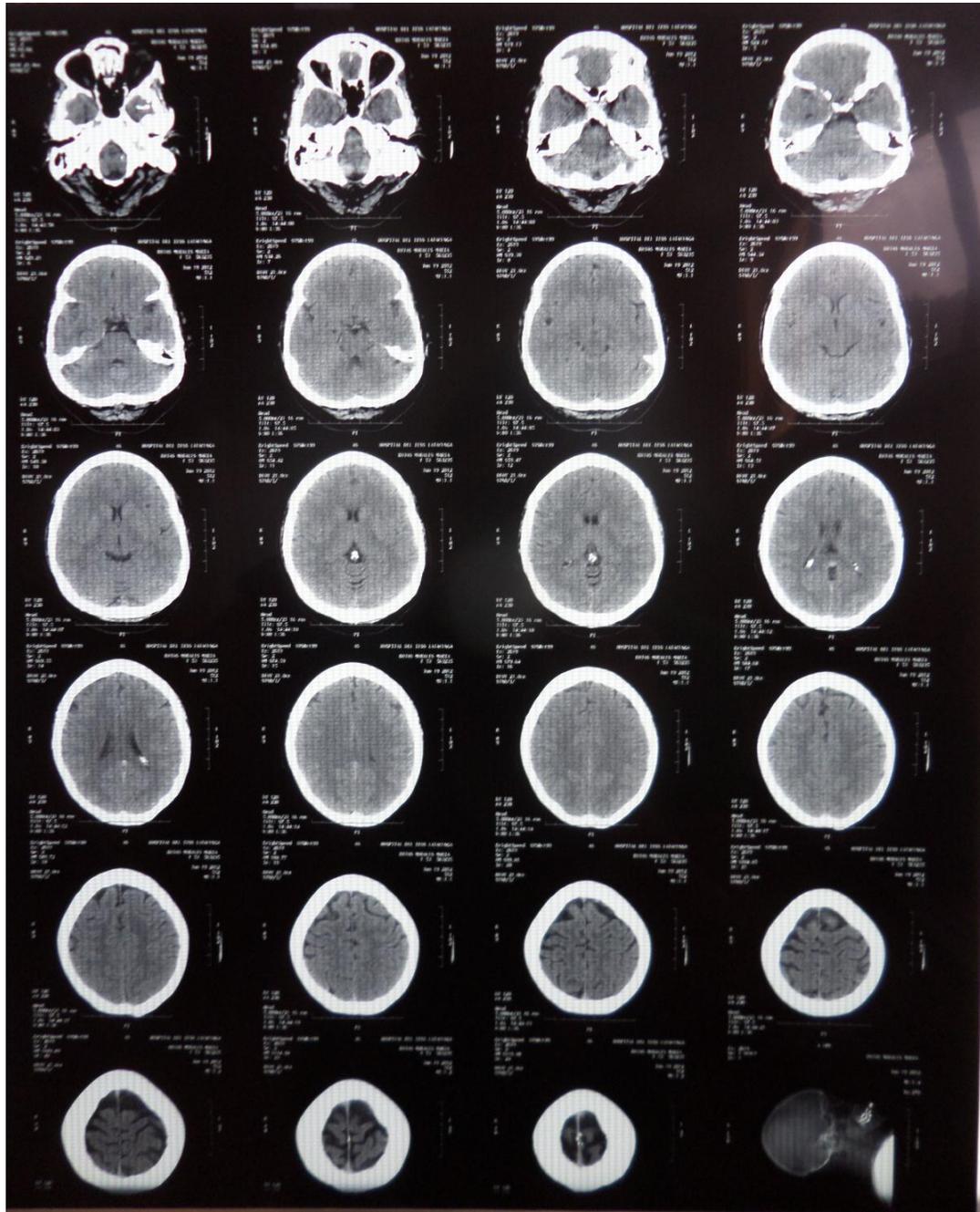
Resultado:
TAC DE CRANEO:
ESTUDIO TOMOGRAFICO CEBEHAL EN FASE SIMPLE CADA 5 MM. DE ESPESOR DE
CARACTERISTICAS NORMALES.
ATTO.
DR. CEVALLOS
PA

Atentamente:

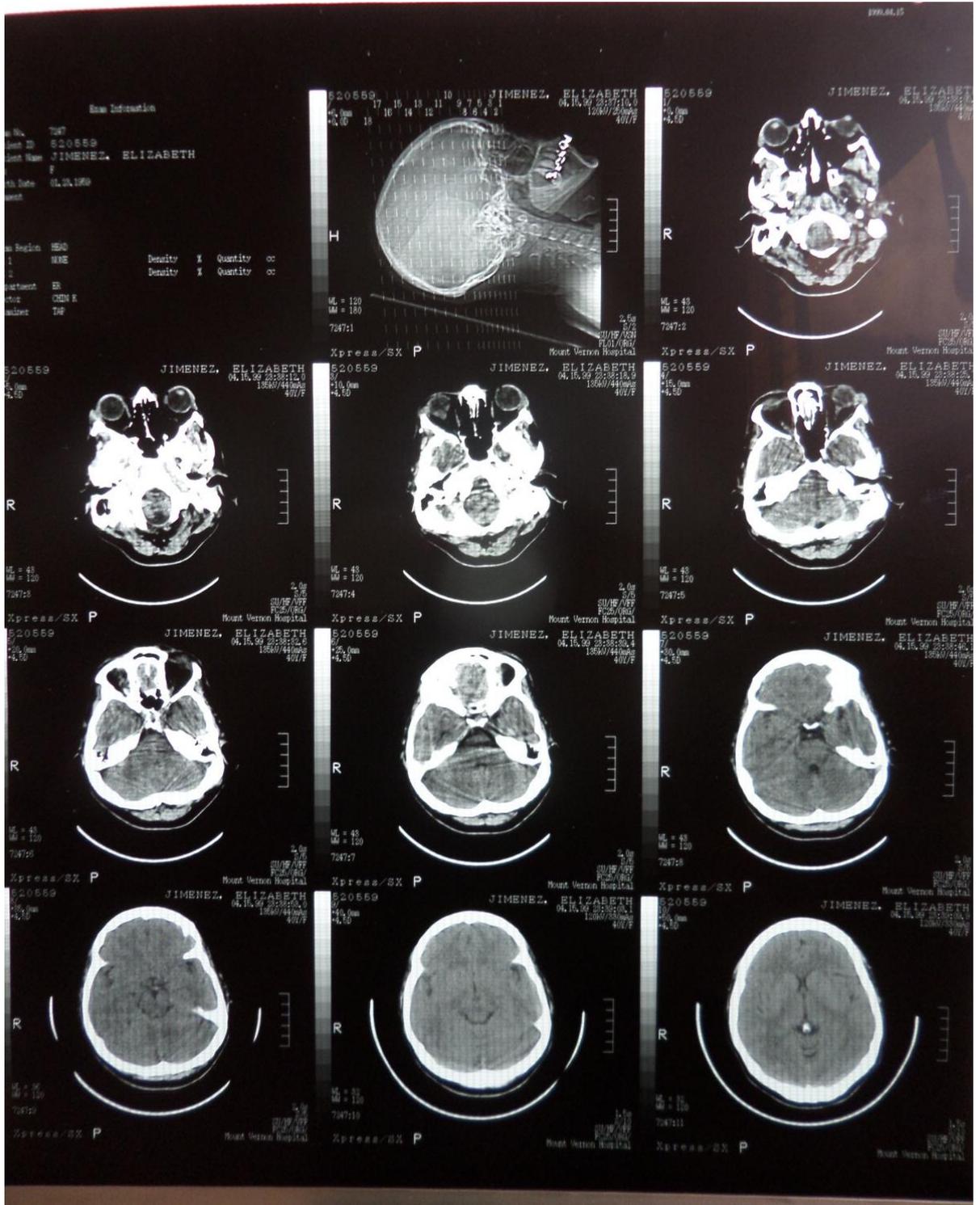


TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE CRANEO

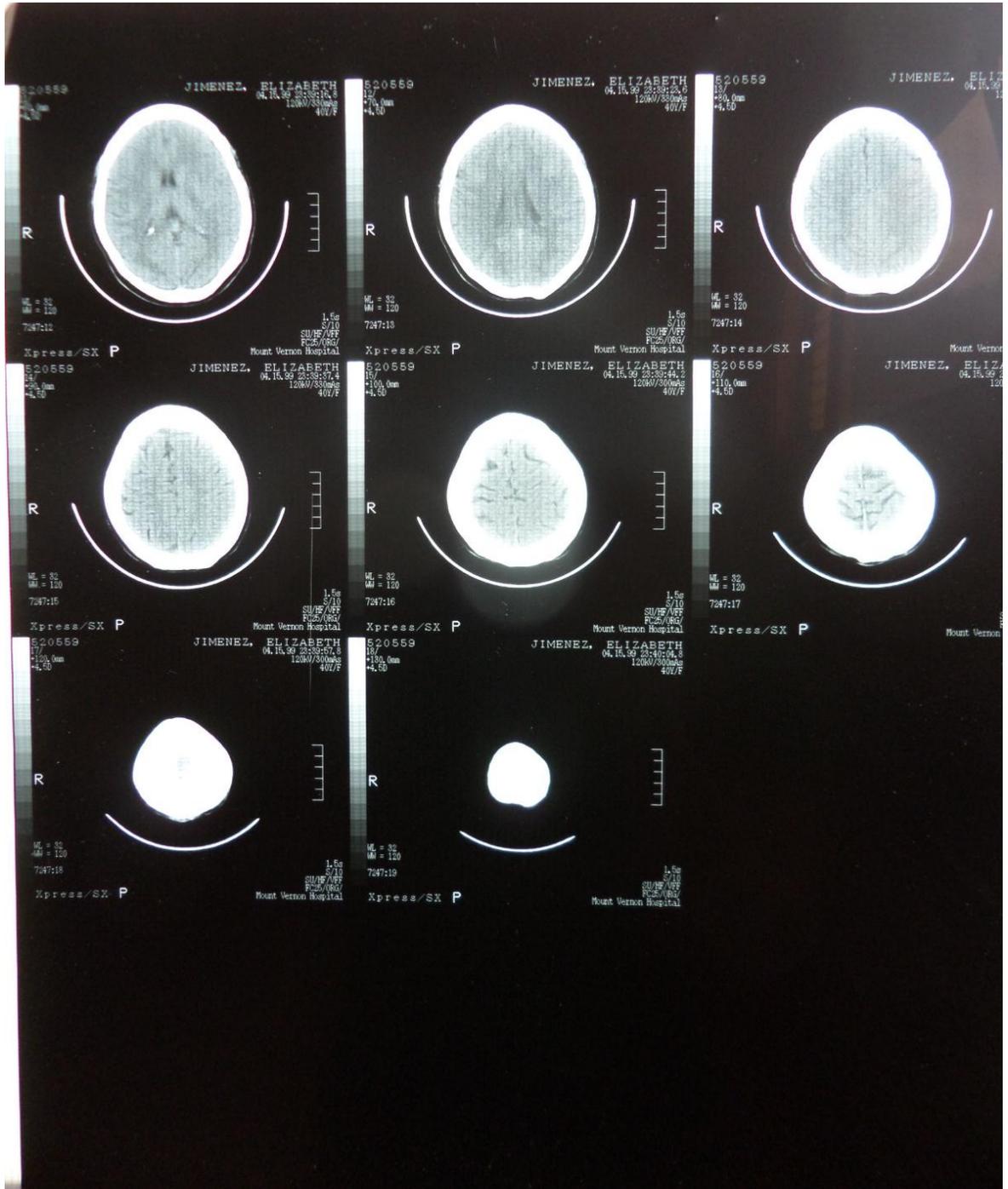
2012



TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE CRANEO



TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE CRANEO





PACIENTE: MARIA ROJAS

MEDICO: Sr. Dr. LUIS HERNÁNDEZ

AMBATO, lunes, 24 de octubre de 2005

EXAMEN: TOMOGRAFÍA DE CRANEO SIMPLE

TÉCNICA:

Se realizan cortes tomográficos simples de cráneo cada 10 mm, desde la base hacia la convexidad.

INFORME:

PARENQUIMA CEREBRAL CON COEFICIENTES DE ATENUACION NORMAL.

CISTERNA BASAL Y SILVIANAS DE ASPECTO NORMAL.

SISTEMA VENTRICULAR DE MORFOLOGIA Y DIMENSIONES NORMALES.

NO HAY CALCIFICACIONES PATOLOGICAS.

NO SE OBSERVAN DESVIOS DE LAS ESTRUCTURAS DE LA LINEA MEDIA.

NO HAY SEÑALES DE FRACTURA.

CONCLUSION:

ESTUDIO TOMOGRAFICO DE CRANEO NORMAL.

ATENTAMENTE:


DR. AMILCAR VASCO S.
MEDICO-RADIOLOGO.

