



EPICRISIS

Paciente: MARIA CAMILA NOREÑA AGUIRRE

Edad: 20 Años

Nro Historia: CC: 1014282951

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LTDA ** ENTIDAD FAMISANAR

Sexo: Femenino

Servicio Ingreso: 1 Piso - Urgencias

Fecha Ingreso: 12/01/2017 05:34:19 p.m.

Servicio Egreso:

Fecha Egreso:

DATOS INGRESO

***** Especialidad *****

Psiquiatría

***** Motivo de Consulta *****

VER CONCEPTO

***** Enfermedad Actual *****

VER CONCEPTO

***** Revisión por Sistemas *****

VER CONCEPTO

* Antecedentes:

VER CONCEPTO

***** E.Físico - Inspección General *****

***** Signos Vitales *****

Presión Sistólica = 1

Presión Diastólica = 1

Frecuencia Cardíaca = 1

Frecuencia Respiratoria = 1

Saturación = 1

***** Concepto *****

VALORACION PSIQUIATRIA

HORA: 17 50

Datos de Identificación

Edad: 20 años

Natural de: Bogotá

Procedente de: Bogotá

Escolaridad: Inició medicina pero perdió primer semestre de medicina hace 1 año, hace 6 meses se encuentra cesante.

Ocupación: cesante

Vive con: padre, madre y hermano mayor.

Estado civil: Soltera

Religión: no practicante

Acompañante: Carlos Alberto Noreña (padre)

motivo de consulta: "llanto fácil, aislamiento social, pobre percepción de higiene"- dice el padre "porque no quería venir a que me valoraran"- dice la paciente

Enfermedad actual:

Paciente de 20 años de edad quien ingresa en ambulancia con cuadro clínico de 5 años de evolución, de estado de ánimo triste luego de la muerte de un tío, el estado de ánimo triste empeora 2 de 7 días a la semana ahora desde hace 6 meses es 5 de los 7 días de la semana, luego de reprobar un semestre de medicina, niega anhedonia, presenta ideas de muerte activas y suicidas sin plan suicida estructurado, refiere un gesto suicida a los 13 años donde se trató de lanzar de un segundo piso, por el matoneo que era víctima en el colegio, pero fue detenida por sus hermanos, refiere ideas de culpa no estructuradas de su situación actual niega disminución del apetito, refiere insomnio de conciliación y el sueño no es reparador, niega disminución de actividad motora, niega ideación delirante, aún así refiere disminución de su funcionalidad. Refiere que además de todo esto hace 4 meses tiene una relación sentimental que es molesta debido a las constantes peleas y esto ha aumentado su sintomatología, el paciente no tiene planes a futuro estructurados, es traída por el padre en ambulancia, al ver la sintomatología de la paciente. La paciente ya fue valorada en consulta externa de psiquiatría en clínica Cafam el día 10/01/16 y trae reporte de valoración que dice que la paciente tiene un aumento de su sintomatología afectiva desde hace 20 días donde tuvo una ruptura amorosa, y le decía a su madre que era mejor "que la hubieran abortado" y el hermano la encontró con una cobija tratando de ahorcarse hace 2 días, luego de discusión con este, la paciente niega el episodio pero es afirmado por el padre y la madre, además refieren descuido de su cuidado personal sin bañarse por 20 días, luego de la ruptura de relación sentimental, la valoración por urgencias recomienda observación por psiquiatría longitudinal por alto riesgo suicida y un posible diagnóstico de trastorno depresivo.

Antecedentes:

Patológicos: Niega

Farmacológicos: Niega

Quirúrgicos: atresia de lilio

Alergias: Niega

Tóxicos: niega.

Familiares psiquiátricos: abuela con diagnóstico de trastorno depresivo

Inicio de vida sexual a los 19 años

Historia personal y familiar:

Paciente nace en familia nuclear, fruto de embarazo de mellizos, es la 6ta de 5 hermanos, sin alteraciones en el desarrollo, refiere que en el colegio no tuvo muchos amigos, y se sentía matoneada por sus compañeros ya que no hablaba mucho ni nunca daba su opinión por esto hizo un gesto suicida donde se intentó lanzar de un 2 do piso. Refiere que es

Paciente: MARIA CAMILA NOREÑA AGUIRRE

Edad: 20 Años

Nro Historia: CC: 1014282951

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LTDA ** ENTIDAD FAMISANAR

Sexo: Femenino

Servicio Ingreso: 1 Piso - Urgencias

Fecha Ingreso: 12/01/2017 05:34:19 p.m.

Servicio Egreso:

Fecha Egreso:

DATOS INGRESO

más cercana a su madre que a su padre, refiere una mala relación con sus hermanos, en el sentido que es aislada de ellos, en el momento en su tercer noviazgo, refiere que este noviazgo actual es el que más ha generado problemas, y siempre ha clasificado sus relaciones como superficiales.

Personalidad premórbida

La paciente se considera una persona aislada, con dificultad para interrelacionarse con otras personas por miedo a que estas le hagan daño a sus sentimientos y es muy unida con las personas que logran entrar a su vida y se le dificulta romper estas relaciones.

Examen mental:

Paciente ingresa al consultorio 15 por sus propios medios en compañía del padre, con porte adecuado para la edad, es colaboradora a la entrevista, realiza contacto visual muy esporádico y verbal limitado que va aumentando al paso de la entrevista. Porte adecuado para la edad, género y contexto, euproséxica, bradilálica con tono de voz bajo, pensamiento lógico de curso normal, no ideas delirantes, ideas de muerte activas, con ideas de suicidio no estructuradas, ideas de minusvalía y de culpa no estructuradas no alteraciones sensorio-perceptivas, afecto modulado de fondo triste, reactivo, juicio conservado, introspección parcial, prospección en construcción.

Impresión diagnóstica:

1. Trastorno depresivo mayor, episodio depresivo moderado.
2. Rasgos maladaptativos de personalidad a definir.

Análisis:

Paciente de 20 años de edad con cuadro clínico de 5 años de evolución de afecto triste que ha ido en aumento, sin anhedonia, con dificultad para el afrontamiento de situaciones de la vida diaria, además de disminución de funcionalidad, que ha ido en deterioro desde hace 6 meses, además de ideas suicidas no estructuradas, y esto empeoró luego de ruptura de relación sentimental, desde hace 20 días lo que generó un aumento de su aislamiento, deterioro de su cuidado personal además presentando un intento suicida que es negado por la paciente pero confirmado por familiares hace 2 días al tratarse de ahorcar con una sabana y fue encontrada por un familiar. La paciente por sus rasgos maladaptativos de personalidad es difícil valorar si el cuadro es sobrepuesto a un trastorno depresivo mayor, o si lo que prima son sus rasgos maladaptativos. Por lo que requiere una observación longitudinal de su sintomatología, además de encontrar un alto riesgo suicida al ver que la paciente oculta información vital como su intento suicida. Se inicia manejo para insomnio de conciliación con trazodona y se revalorará el día de mañana para considerar inicio de antidepressivo, se hace intervención psicoterapéutica que también es muy importante para el manejo integral de la paciente, se explica al padre y a la paciente conducta a seguir la cual refiere entender y aceptar.

Plan:

1. Se deja en observación de salud mental
2. Se inicia trazodona 50 mg en las noches
3. vigilar conducta psicomotora
4. vigilar por alto riesgo de autoagresión mantener objetos autolesivos fuera del alcance de la paciente
5. Revalorar necesidad de inicio de antidepressivo.
6. Control de signos vitales avisar cambios

13-01-2017

VALORACIÓN DE PSIQUIATRÍA DE URGENCIAS

Se corrige nota anterior

Paciente femenina de 20 años de edad con Impresión diagnóstica:

1. Trastorno depresivo persistente, con episodio actual (en estudio)
2. Rasgos maladaptativos de personalidad a definir.

Subjetivo

La paciente refiere que se siente triste, indica que no deseaba ingresar a la Institución, comenta que había presentado múltiples episodios de llanto y asociándose a aislamiento social, sin embargo no especifica el tiempo de estos síntomas. Se confronta sobre el gesto suicida mediante ahorcamiento, sobre el cual niega haber realizado dicho acto y ante la exploración rechaza la valoración, indicando que no desea hablar sobre su vida.

Se habla con enfermería quienes refieren que la paciente se ha tornado colaboradora con los demás pacientes, no impresiona triste, tampoco ha referido otras cogniciones

Represivas, acepta los medicamentos y no ha presentado alteraciones conductuales

Examen mental

Se valora en el área de observación de urgencias, sin acompañante, porte aceptable, permanece en decúbito supino, mantiene contacto visual con el entrevistador, contacto verbal escaso, en ocasiones con respuestas lacónicas. Tiene una actitud distante, poco colaboradora. Alerta, orientada globalmente, hipoproséxica. Pensamiento impresionista lógico, sin alteraciones en curso o estructura, no refiere ideas de muerte o de suicidio, sin embargo, durante la exploración rechaza la valoración, por lo cual no se puede determinar el contenido del pensamiento. Afecto triste, poco resonante. Sensorio-percepción sin alteraciones, sin actitud alucinatoria. Hipobúlica, normmímica, eulálica. Introspección precaria, juicio de realidad debilitado, prospección incierta.

Tensión Arterial Sistólica(100) - Tensión Arterial Diastólica(60) - Frecuencia Cardíaca(117) - Frecuencia Respiratoria(20) - Temperatura(36.6) - Oximetría(95) -

Análisis

Paciente femenina de 20 años, quien ingresó por un cuadro de 5 años de evolución de síntomas afectivos depresivos asociados a dificultades en sus actividades sociales en el ámbito escolar, desde hace 6 meses, asociándose ideas de suicidio no estructuradas y desde hace 20 días aumento en la intensidad de los síntomas, relacionado con una ruptura de una relación de pareja. Tiene antecedentes de actos autoagresivos y gestos suicidas, los cuales son negados ante la confrontación por la paciente.

Llama la atención que la paciente rechaza las intervenciones y las propuestas de valoración por psiquiatría, por lo cual no es posible confrontar estos síntomas o la historia e intensidad de presentación de la clínica de la paciente y que las observaciones por el servicio de enfermería, no se evidencia afecto triste ni tampoco otras alteraciones congruentes con la clínica que manifiesta la paciente. En las valoraciones anteriores se ha considerado que la paciente presenta rasgos de personalidad mal adaptativos que pueden relacionarse con los síntomas presentados. Teniendo el cuadro de la paciente, se interroga la presencia de un trastorno depresivo persistente, sin embargo, es necesario hacer un seguimiento longitudinal de la paciente y extender la información clínica para aclarar el diagnóstico. Por lo anterior, se decide diferir inicio de otros manejos psicofarmacológico y se indica hospitalizar en la unidad de salud mental. No se ajustan otros tratamientos.

Plan:

1. Hospitalización en la unidad de salud mental
2. Trazodona 50 mg en las noches
3. Vigilar conducta psicomotora

Fecha de Impresión: 13-Ene-2017 11:22:37a.m.

Impreso por:

Paciente: MARIA CAMILA NOREÑA AGUIRRE **Edad:** 20 Años **Nro Historia:** CC: 1014282951
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LTDA ** ENTIDAD FAMISANAR **Sexo:** Femenino
Servicio Ingreso: 1 Piso - Urgencias **Fecha Ingreso:** 12/01/2017 05:34:19 p.m.
Servicio Egreso: **Fecha Egreso:**

DATOS INGRESO

4. Vigilar por alto riesgo de autoagresion mantener objetos autolesivos fuera del alcancé de la paciente
5. Control de signos vitales avisar cambios

13-01-2017NOTA ADICIONAL PSIQUIATRÍA DE URGENCIAS

Paciente femenina de 20 años de edad con Impresión diagnóstica:

1. Trastorno depresivo persistente, con episodio actual (en estudio)
2. Rasgos maladaptativos de personalidad a definir.

Paciente quien será remitida por tramite administrativo a la Clínica Emanuel sede norte. Se hcaen tramites y se cierran notas.

EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

RESUMEN DE ESTANCIA

or datos de Ingreso

DATOS DE EGRESO

TRATAMIENTO AL EGRESO

Trazodona Clorhidrato 50mg. Tableta Dosis: 1 TAB EN LA NOCHE AHORA Horario: 24 Horas Obs:

INSTRUCCIONES DE EGRESO

***** Fecha Instrucción de Egreso *****

13/01/2017 11:06:29 a.m.

***** Signos de Alerta *****

Ideas d emuerte o de suicdo, Intentos de auto o heteroagresion, alucinaciones, Incoherencias o delirios

***** Actividad Fisica *****

sin restricciones

***** Recomendaciones Generales *****

remision

***** Documentos que se entregan *****

epicrisis. Instrucciones de egreso

***** Dieta *****

misión

***** Fecha de la Incapacidad Hospitalaria *****

12/01/2017 05:34:20 p.m.

***** Dias de Incapacidad Hospitalaria *****

2

***** Observaciones Incapacidad Hospitalaria *****

Incapacidad médica por tiempo de estancia Intrahospitalaria desde el día 12/01/2017

***** Empresa *****

***** Telefono *****

***** Ocupación *****

RESUMEN EVENTOS NO POS

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Fecha de Impresión: 13-Ene-2017 11:22:37a.m.

Impreso por:

JONATHAN CAMILO BELTRAN GARCIA

Paciente: MARIA CAMILA NOREÑA AGUIRRE	Edad: 20 Años	Nro Historia: CC: 1014282951
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LTDA ** ENTIDAD FAMISANAR	Sexo: Femenino	
Servicio Ingreso: 1 Piso - Urgencias	Fecha Ingreso: 12/01/2017 05:34:19 p.m.	
Servicio Egreso:	Fecha Egreso:	

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

F321 -EPISODIO DEPRESIVO MODERADO



JONATHAN CAMILO BELTRAN GARCIA

Dr. Jonathan Beltrán García
CC: 19038838
H. 19038838
Psiquiatría General
Hospital Universitario San Ignacio