

H I S T O R I A C L I N I C A

Página 1

NOMBRE DEL PACIENTE: WILMAR GUILLERMO VARGAS MONSALVE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC 1053665063
FECHA DE NACIMIENTO: 2-9-1993 EDAD: 24 años 9 meses
SEXO: MASCULINO
FECHA DE ATENCIÓN: 7-6-2018
ATENDIDO POR: ULLOA RAMIREZ DAVID GIOVANNY
DIAGNOSTICO PRINCIPAL: F200 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
MOTIVO DE LA CONSULTA: "ESTA VIOLENTO"

ENFERMEDAD ACTUAL: SE RECIBE LLAMADO A LAS 09+47 HRS POR PARTE DE LA PSICOLOGA DE LA COMISARIA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO DE PAZ DE RIO, DONDE INDICAN QUE PACIENTE PRESENTA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN RESIDENCIA, ADEMÁS ACOMPAÑADA DE ESTADO AFECTIVO DE ANSIEDAD, CÓLERA, DESINHIBICIÓN VERBAL, FALTA DE CONEXIÓN IDEATIVA, PENSAMIENTO PARANOIDE Y CONDUCTA AGRESIVA CON AMENAZAS DE AUTOLESION O AGRESION A SU ENTORNO. ACUDE A LAS 10+00 HRS POR PARTE DE LA ESE PSICOLOGO Y MEDICO, QUIENES ENCUENTRAN A PACIENTE EN HABITACION, CON DOS ARMAS BLANCAS, EN EL MOMENTO CON LENGUAJE VERBAL INCOHERENTE, AGRESIVO, HOSTIL, POCO COLABORADOR, SE DESCONOCE LA INGESTA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN EL MOMENTO NO SE PUEDE VALORAR ESTADO FISICO DEL PACIENTE COMO ANTERCEDENTE HUERFANO APROXIMADAMENTE A LOS 13 AÑOS DE EDAD, CONSUMIDOR DE MARIHUANA 4 GRAMOS A LA SEMANA, SEGÚN INDICO EN VALORACION ANTERIOR. DESDE LOS 16 AÑOS DE EDAD, ULTIMA VALORACION POR PSIQUIATRIA EL 09/03/2015 QUIEN DESCRIBE LO SIGUIENTE: PACIENTE CON HETEROAGRESIVIDAD ASOCIADA A PSICOSIS DE 5 AÑOS DE EVOLUCION, SOLICITARON PARACLINICOS E INICIARON HALOPERIDOL 2.5 MG CADA NOCHE, CITARON A CONTROL A LAS 2 SEMANAS, PERO PACIENTE NO ASISTIO A VALORACION MEDICA.. PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, A QUIEN SE REALIZO REMISION 25/05/2018 POSTERIOR A PRESENTAR CAMBIOS CONDUCTUALES EN RESIDENCIA Y VIA PUBLICA. QUIEN FUE TRAIDO POR POLICIA Y COMISARIA A CENTRO DE SALUD DONDE SE BRINDO ATENCION PRIMARIA, SE ESTABILIZO PACIENTE Y SE PROCEDIO A TRAMITAR REMISION PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD LA CUAL SE ENVIO A LAS 16+40 HORAS DEL DIA 25/05/2018 SIN RESPUESTA. SE DIO EGRESO A LAS 22+00 HRS ESTABLE, ES TRAIDO AL CENTRO DE SALUD DONDE SE VALORA PACIENTE, AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON REGULAR PRESENTACION PERSONAL, ALERTA, HIDRATADO, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, GLASGOW 15/15, CON DESNUTRICION LEVE IMC 17.6, NO SE EVIDENCIA LESIONES. EN EL MOMENTO CON LENGUAJE VERBAL INCOHERENTE, AGRESIVO, HOSTIL, POCO COLABORADOR, SE DESCONOCE LA INGESTA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, DURANTE EL INTERROGATORIO SE TORNO AGRESIVO, CON HIPERPROSEXIA, TAQUILALIA, NEOLOGISMO, APATICO, PERO SE MANTIENE ATENTO, CON PENSAMIENTO DELIRANTE, CON CAMBIOS EN SU COMPORTAMIENTO, REFIERE ADEMÁS DESEA "OCASIONAR DAÑO A ALGUNAS PERSONAS POR SER FALSOS TESTIGOS, PORQUE REFIERE NO DEBEN CONTINUAR EN ESTE MUNDO". CON ALGUNAS PREGUNTAS SE TORNA AGRESIVO SOBRE TODO AL HABLARLE SOBRE SU HERMANO ANTONIO. CABE RECORDAR QUE HACE 15 DIAS SU HERMANO NO CONVIVE CON EL POR MIEDO A QUE PRESENTE ALGUN GRADO DE AGRESION ADEMÁS CABE RECALCAR QUE SU HERMANO FUE VICTIMA EN EL 2005 POR HERIDAS POR ARMA CORTOPUNZANTE DONDE REQUIRIO ASISTENCIA MEDICA PROVOCADAS POR PACIENTE. DESDE HACE UN AÑO APROXIMADAMENTE INTENTA NUEVAMENTE HERIRLO CON ARMA CORTOPUNZANTE, PERO EN ESTE CASO FAMILIAR LOGRA HUIR DEL ATAQUE. EL RIESGO DE SUICIDIO ESTÁ EN RELACIÓN CON EL NÚMERO DE FACTORES DE RIESGO PRESENTES, SE VALORA CON LA ESCALA SAD PERSONS : CON PUNTAJE: SEXO MASCULINO 1 PUNTO, DEPRESION 1 PUNTO, TRASTORNO COGNITIVO 1 PUNTO, SIN APOYO SOCIAL 1 PUNTO, SIN PAREJA ESTABLE 1 PUNTO, ABUSO DE ALCOHOL 1 PUNTO, CON UN TOTAL DE 6 PUNTOS PARA RIESGO MEDIO SIN APOYO FAMILIAR SE QUIERE INTERNARSE PARA MANEJO INTEGRAL Y REHABILITACION PARA POSTERIOR REINTEGRO A LA SOCIEDAD. PACIENTE QUIEN PRESENTA CONDUCTA POTENCIALMENTE LESIVA AUTO-INFLIGIDA Y SIN RESULTADO FATAL, CON EVIDENCIA, IMPLÍCITA O EXPLÍCITA, DE INTENCIONALIDAD DE PROVOCARSE LA MUERTE. DICHA CONDUCTA PUEDE CAUSAR LESIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE LA LETALIDAD DEL MÉTODO. *** TENIENDO EN CUENTA EL CUADRO CLÍNICO ACTUAL, Y DE ACUERDO AL NIVEL DE COMPLEJIDAD DE NUESTRA INSTITUCIÓN "PRIMER NIVEL"; NO CONTAMOS CON, SERVICIO DE URGENCIAS, LABORATORIO LAS 24 HORAS, SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, NI MEDICINA ESPECIALIZADA. POR TAL MOTIVO SE DECIDE INICIAR TRÁMITES DE REMISIÓN A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE, DE ESTA MANERA SOLICITAMOS DE MANERA MUY ATENTA SU COLABORACIÓN PARA DAR APROBACIÓN AL TRÁMITE SOLICITADO. ***
REVISIÓN POR SISTEMAS: MICCIÓN Y DEPOSICIONES ADECUADAS
ESTADO GENERAL:

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES QUIRURGICOS: NIEGA
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: ESQUIZOFRENIA??
ANTECEDENTES TRAUMATICOS: NIEGA

H I S T O R I A C L I N I C A

Página 2 de 2

ANTECEDENTES TOXICO-ALERGICOS: NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS. REFIERE ALERGIA A LANA, CONSUMO DE MARIHUANA (8 VECES A LA SEMANA - REFIERE "DOS PORROS") DESDE HACE 6 AÑOS CONSUMO DE TABACO OCASIONAL.

ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS: NIEGA

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS: NIEGA

ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS: NIEGA

ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA

OTROS ANTECEDENTES: BARRIO BUENOS AIRES

EXAMEN FISICO

PESO: 48 TALLA: 165 IMC: 17,63 Delgadez no muy pronunciada

TEMPERATURA: 36,8 TENSION ARTERIAL: 126/68 FC: 78 FR: 18 STO2: 94

CABEZA: C/C: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA. PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS. CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS PALPABLES. OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL.

CARDIO-PULMONAR: C/P: TORAX NORMOEXPANSIBLE. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS. SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

ABDOMEN: ABDOMEN: RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.

GENITO-URINARIO: PUÑO PERCUSION BILATERAL NEGATIVA. NO SE EXAMINAN GENITALES.

EXTREMIDADES: EXTREMIDADES: MOVILES SIN EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES. LLENADO CAPILAR NORMAL 2 SEGUNDOS. SIN DEFICIT NEUROVASCULAR.

NEUROLOGICO: NEUROLOGICO: ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, GLASGOW 15 SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. NO HAY SIGNOS MENINGEOS, PARES CRANEOANOS CONSERVADOS.

PIEL: PIEL: SIN ALTERACIONES

PARACLINICOS:

ANALISIS: SE RECIBE LLAMADO A LAS 09+47 HRS POR PARTE DE LA PSICOLOGA DE LA COMISARIA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO DE PAZ DE RIO, DONDE INDICAN QUE PACIENTE PRESENTA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN RESIDENCIA, ADEMÁS ACOMPAÑADA DE ESTADO AFECTIVO DE ANSIEDAD, CÓLERA, DESINHIBICIÓN VERBAL, FALTA DE CONEXIÓN IDEATIVA, PENSAMIENTO PARANOIDE Y CONDUCTA AGRESIVA CON AMENAZAS DE AUTOLESION O AGRESION A SU ENTORNO. ACUDE A LAS 10+00 HRS POR PARTE DE LA ESE PSICOLOGO Y MEDICO, QUIENES ENCUENTRAN A PACIENTE EN HABITACION, CON DOS ARMAS BLANCAS, EN EL MOMENTO CON LENGUAJE VERBAL INCOHERENTE, AGRESIVO, HOSTIL, POCO COLABORADOR, SE DESCONOCE LA INGESTA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN EL MOMENTO NO SE PUEDE VALORAR ESTADO FISICO DEL PACIENTE COMO ANTECEDENTE HUERFANO APROXIMADAMENTE A LOS 13 AÑOS DE EDAD, CONSUMIDOR DE MARIHUANA 4 GRAMOS A LA SEMANA, SEGÚN INDICO EN VALORACION ANTERIOR. DESDE LOS 16 AÑOS DE EDAD, ULTIMA VALORACION POR PSIQUIATRIA EL 09/03/2015 QUIEN DESCRIBE LO SIGUIENTE: PACIENTE CON HETEROAGRESIVIDAD ASOCIADA A PSICOSIS DE 5 AÑOS DE EVOLUCION, SOLICITARON PARACLINICOS E INICIARON HALOPERIDOL 2.5 MG CADA NOCHE, CITARON A CONTROL A LAS 2 SEMANAS, PERO PACIENTE NO ASISTIO A VALORACION MEDICA.. PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, A QUIEN SE REALIZO REMISION 25/05/2018 POSTERIOR A PRESENTAR CAMBIOS CONDUCTUALES EN RESIDENCIA Y VIA PUBLICA. QUIEN FUE TRAIDO POR POLICIA Y COMISARIA A CENTRO DE SALUD DONDE SE BRINDO ATENCION PRIMARIA, SE ESTABILIZO PACIENTE Y SE PROCEDIO A TRAMITAR REMISION PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD LA CUAL SE ENVIO A LAS 16+40 HORAS DEL DIA 25/05/2018 SIN RESPUESTA. SE DIO EGRESO A LAS 22+00 HRS ESTABLE, ES TRAIDO AL CENTRO DE SALUD DONDE SE VALORA PACIENTE, AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON REGULAR PRESENTACION PERSONAL, ALERTA, HIDRATADO, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, GLASGOW 15/15, CON DESNUTRICION LEVE IMC 17.6, NO SE EVIDENCIA LESIONES. EN EL MOMENTO CON LENGUAJE VERBAL INCOHERENTE, AGRESIVO, HOSTIL, POCO COLABORADOR, SE DESCONOCE LA INGESTA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, DURANTE EL INTERROGATORIO SE TORNA AGRESIVO, CON HIPERPROSEXIA, TAQUICARDIA, NEOLOGISMO, APATICO, PERO SE MANTIENE ATENTO, CON PENSAMIENTO DELIRANTE, CON CAMBIOS EN SU COMPORTAMIENTO, REFIERE ADEMÁS DESEA "OCASIONAR DAÑO A ALGUNAS PERSONAS POR SER FALSOS TESTIGOS, PORQUE REFIERE NO DEBEN CONTINUAR EN ESTE MUNDO".

CON ALGUNAS PREGUNTAS SE TORNA AGRESIVO SOBRE TODO AL HABLARLE SOBRE SU HERMANO ANTONIO. CABE RECORDAR QUE HACE 15 DIAS SU HERMANO NO CONVIVE CON EL POR MIEDO A QUE PRESENTE ALGU

HISTORIA CLINICA

Pagina 2 de 2

N GRADO DE AGRESIONADEMAS CABE RECALCAR QUE SU HERMANO FUE VICTIMA EN EL 2005 POR HERIDAS POR ARMA CORTOPUNZANTE DONDE REQUIRIO ASISTENCIA MEDICA PROVOCADAS POR PACIENTE. DESDE HACE UN AÑO APROXIMADAMENTE INTENTA NUEVAMENTE HERIRLO CON ARMA CORTOPUNZANTE, PERO EN ESTE CASO FAMILIAR LOGRA HUIR DEL ATAQUE. EL RIESGO DE SUICIDIO ESTÁ EN RELACIÓN CON EL NÚMERO DE FACTORES DE RIESGO PRESENTES, SE VALORA CON LA ESCALA SAD PERSONS : CON PUNTAJE: SEXO MASCULINO 1 PUNTO, DEPRESION 1 PUNTO, TRASTORNO COGNITIVO 1 PUNTO, SIN APOYO SOCIAL 1 PUNTO, SIN PAREJA ESTABLE 1 PUNTO, ABUSO DE ALCOHOL 1 PUNTO, CON UN TOTAL DE 6 PUNTOS PARA RIESGO MEDIO SIN APOYO FAMILIAR SE QUIERE INTERNARSE PARA MANEJO INTEGRAL Y REHABILITACION PARA POSTERIOR REINTEGRO A LA SOCIEDAD. PACIENTE QUIEN PRESENTA CONDUCTA POTENCIALMENTE LESIVA AUTO-INFLIGIDA Y SIN RESULTADO FATAL, CON EVIDENCIA, IMPLÍCITA O EXPLÍCITA, DE INTENCIONALIDAD DE PROVOCARSE LA MUERTE. DICHA CONDUCTA PUEDE CAUSAR LESIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE LA LETALIDAD DEL MÉTODO. *** TENIENDO EN CUENTA EL CUADRO CLÍNICO ACTUAL, Y DE ACUERDO AL NIVEL DE COMPLEJIDAD DE NUESTRO INSTITUCIÓN "PRIMER NIVEL"; NO CONTAMOS CON , SERVICIO DE URGENCIAS, LABORATORIO LAS 24 HORAS, SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, NI MEDICINA ESPECIALIZADA. POR TAL MOTIVO SE DECIDE INICIAR TRAMITES DE REMISIÓN A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE, DE ESTA MANERA SOLICITAMOS DE MANERA MUY ATENTA SU COLABORACIÓN PARA DAR APROBACIÓN AL TRAMITE SOLICITADO. ***

CONDUCTA NO FARMACOLOGICA: O SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: SANGRADO DIGESTIVO, CONVULSIONES, FIEBRE MAYOR A 38.5 GRADOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR DE PECHO, ALTERACION O PERDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, PARALISIS DE ALGUNA PARTE DEL CUERPO, DESVIACION DE LA COMISURA LABIAL, PERDIDA DE LA FUERZA.

Atendido por: ULLOA RAMIREZ DAVID GIOVANNY

Fecha: 7-6-2018



David G. Ulloa R.
C.C. 1.033.686.565 Bto
MÉDICO Y CIRUJANO GENERAL S.S.O.
F.U.N.C