



# ICSN CLINICA MONTSERRAT

NIT 8600074005  
CALLE 134 No. 17 - 71  
TELEFONOS 2596000 - 2596002

NOMBRE:	GAITAN MAYORGA MIGUEL CAMILO	MEDICO TRATANTE:	JUAN CAMILO VARON FORERO
IDENTIFICACION:	1019030736	ENTIDAD:	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.
FECHA DE NACIMIENTO:	1989-01-29 ()	REGIMEN:	CONTRIBUTIVO
DIRECCION:	CALLE 127 A N 53A-48	TIPO DE USUARIO:	COTIZANTE
FECHA DE INGRESO:	2018-11-15 17:08:32	NIVEL DE USUARIO:	NIVEL I
DIAGNOSTICO DE INGRESO:	F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS		
FECHA DE EGRESO:			
FECHA DE REGISTRO:	2018-11-15 14:51:08		

## INGRESO

### Datos de Identificación

#### Hora de Atención

2018-11-15 14:51:08

#### Nombre

MIGUEL CAMILO GAITAN MAYORGA

#### Edad

29

#### Género

M

#### Fecha de Nacimiento

1989-01-29

#### Natural

BOGOTÁ

#### Residente

Bogotá D.C.-USAQUEN

#### Procedente

BOGOTÁ

#### Dirección

CALLE 127 A N 53A-48

#### Teléfono

3102649883 MADRE NUBIA MAYORGA

#### Religión

CATÓLICO

#### Estado Civil

UNION LIBRE

#### Escolaridad

BACHILLER

#### Ocupación

CESANTE HACE 2 MESES

#### Vive con

PAREJA

#### Aseguradora

COLSANITAS

#### EPS

EN TRASLADO PARA SURA

#### Acompañante

MADRE

#### Informante

PACIENTE Y MADRE

#### Motivo de Consulta

Paciente refiere: "he tenido episodios de ansiedad"

#### Estado General al Ingreso

Encuentro a paciente en sala de espera, en compañía de la madre, atiende al llamado, establece contacto visual y verbal, saluda estrechando la mano. Edad aparente concuerda con edad cronológica. Con estigmas de llanto reciente, sin evidencia de lesiones externas físicas aparentes. Se trata de paciente de tez blanca, talla promedio, contextura promedio, quien en el momento de la consulta trae cabello castaño claro corto. Viste chaqueta color negro, pantalón color verde oscuro, zapatos tipo botas negras, sin accesorios, todo en todo en adecuadas condiciones de higiene y presentación, acorde para la edad, género y ocasión.

#### Enfermedad Actual

Paciente antecedente de sospecha de trastorno bipolar y consumo de sustancias psicoactivas, quien asiste a valoración por consulta no programada con cuadro clínico de aproximadamente 10 días de evolución dado por episodios de ansiedad flotante, desbordante, con inquietud motora dado por dromomania, irritabilidad intermitente, heteroagresividad verbal hacia familiares y física hacia objetos, asociado a síntomas somáticos como náuseas, emesis, episodios diarreicos, palpitaciones, diaforesis y temblor en extremidades, además con estado de ánimo triste todos los días, la mayor parte del día, sin embargo menciona predominio en la noche, además con anhedonia, hipobulia, clinofilia, alteración del patrón de sueño dado por insomnio de conciliación, con múltiples despertares e insomnio de reconciliación, con fatiga diurna y sensación de sueño no reparador, Sobre patrón alimentario comenta cambios de hiperfagia a hiporexia. Paciente con ideas sobrevaloradas de minusvalía y autorreproche, con ideas de muerte y de suicidio parcialmente estructuradas, de lo que refiere el paciente: "cuando estoy en consumo se me vienen esas ideas, es algo raro, no lo premedito, en el momento no se como lo haría, lo intentaría con pastillas para dormir, tabletas de

lorazepam y la quetiapina, se que eso puede producir la muerte, pero quiero prevenir". Con aislamiento familiar y social, suspende labores hace 2 meses. Niega alucinaciones visuales o auditivas, niega episodios de manía. Con antecedente de 4 intentos de suicidio, en mayo de este año, colgándose de un árbol con una bufanda, ultimo hace 2 meses y medio donde ingiere 20 tabletas de quetiapina, requirió manejo en UCI. Ultimo consumo de sustancias hace 1 semana. Niega craving de consumo.

Sobre factor protector para suicidio refiere el paciente: "mi mamá porque quiero ella me vea bien, se sienta orgullosa, por Juliana que es mi novia y tengo proyectos con ella"

Como factor desencadenante de la crisis refiere el paciente: "discusiones con mi novia, o inmediatez que manejo y quiero todo ya"  
Sobre funcionalidad previa refiere: "estaba bien, trabajaba"

Paciente refiere: sufro de TAB, no tomo medicamentos, no duermo bien, estoy buscando una ayuda, quiero ingresar a San Rafael porque trabajan todo, pero me siento muy vulnerable frente al consumo, he tenido episodios de manía, pensamientos de suicidio y pienso que no voy a poder. He estado súper irritable, respondo mal, no con groserías, ahora estoy tirando las puertas, le doy puños a las paredes, me frustró, no soy capaz de hacer las cosas, me da rabia conmigo"

Madre refiere: "ha tenido consumo de psicoactivos, lleva como 2 semanas limpio, tiene una novia que también consume ellos se van a ingresar para un proceso, a la novia ya le aprobaron pero a el no y esta desesperado, ansioso depresivo, me da susto que se tire de una ventana, pero esta ansioso, se come las uñas, el dice que tiene bipolaridad pero no sabemos"

**Personalidad Previa**

Refiere el paciente: "soy constante, exigente conmigo mismo, me gusta sobresalir, ser el mejor"

**Antecedentes Personales**

**Patológicos**

Leishmaniasis adquirido en Venezuela

**Quirúrgicos**

Apendicectomía  
Colecistectomía

**Traumáticos**

Fractura de humero derecho y tobillo derecho

**Tóxicos**

- Inicia consumo de alcohol a los 14 años, tomaba los fines de semana sin llegar a la embriaguez, ultimo consumo hace 1 semana de cerveza
  - Inicia consumo de cigarrillo a los 16 años, fuma 15 cigarrillos al día, ultimo consumo hoy
  - Inicia consumo de marihuana los 16 años, fuma 1-2 veces a la semana, ultimo consumo hace 1 semana
  - Inicia consumo de cocaína inhalada a los 18 años, inicia consumo en fiestas, actualmente lo realiza en casa solo, ultimo consumo hace 1 semana
  - Inicia consumo de bazuco a los 22 años, consumo en pipa, aproximadamente 1 gramo a la semana, ultimo consumo hace 1 semana de 10 gr en un día.
  - Consumo de Popper, hongos, LSD, éxtasis, 2CB de manera experimental
- Anteriormente vendía objetos del hogar para obtener dinero para consumo, refiere actualmente obtiene dinero de ahorros de su trabajo. Comenta consumo matutino de marihuana, y predilección en la noche por cocaína y bazuco.

**Alérgicos**

Niega

**Farmacológicos**

Niega

**Hospitalarios**

Por psiquiátricos y quirúrgicos

**Psiquiátricos**

Paciente con antecedente de trastorno por déficit de atención e hiperactividad diagnosticado a los 11 años. Con sospecha de trastorno bipolar y con trastorno depresivo, ha recibido tratamiento farmacológico con Valcote ER, ácido valproico, litio, Carbamazepina, Levomepromazina, quetiapina, lorazepam, clonazepam.  
Se encontraba en controles con el Dr Rodrigo Córdoba, ultimo control hace 2 años, hace 2 años se encuentra sin medicamentos.  
Ha requerido 3 hospitalizaciones en unidad de salud mental por intentos de suicidio y ha realizado 5 intentos de deshabitación en San Rafael.

**Antecedentes Familiares**

Patológicos: Madre cáncer gástrico, melanoma.  
  
Psiquiátricos: Padre consumo de alcohol en patrón de dependencia.  
Prima materna trastorno depresivo  
Primo materno trastorno depresivo y intento de suicidio

**Conciliación Medicamentosa**

**Estado**

No Requiere

**Observaciones**

No Requiere

**Historia Personal**

Se difiere

**Historia Familiar**

**Núcleo Primario**

Se difiere

**Núcleo Secundario**

Se difiere

**Revisión por Sistemas**

Diaforesis palmar

**Examen Físico**

Estado General

Se realiza examen físico en compañía de médico residente Dra. Alejandra Bernal

Paciente en aceptables condiciones generales, alerta, afebril, hidratado, Glasgow: 15/15

F.C.

85

F.R.

18

T.A.

110

/

90

Temperatura

36.5

Peso

71.9

Talla\_en\_cms

176

I.M.C.

22.920971074380166

Cardiopulmonar

Tórax expandible, simétrico, ruidos cardiacos rítmico sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado, no se observan signos de dificultad respiratoria

Cabeza y Cuello

Normocéfalo, conjuntivas, normocrómicas, escleras anictéricas, pupilas isocóricas normorreactivas, tabique nasal integro, mucosa oral húmeda, orofaringe sin alteraciones, cuello móvil, simétrico, sin masas ni megalias

Abdomen

Ruidos intestinales positivos, blando, depresible, no doloroso a la palpación parcial ni profunda, sin presencia de masas ni megalias, no hay signos de irritación peritoneal

Extremidades

Eutróficas, sin edemas, pulsos simétricos, perfusión distal menor a dos segundos

Genitourinario

Genitales externos masculinos normoconfigurados

Piel y Faneras

Heridas quirúrgicas cicatrizadas en abdomen, cicatriz queloide en omoplato izquierdo, tiene 5 tatuajes.

Neurológico

Alerta, orientado globalmente, pupilas isocóricas normoreactivas, no asimetría facial, no alteración de pares craneanos altos, ni bajos, Fuerza 5/5 en 4 extremidades, reflejos conservados, adecuado tono muscular, sin evidencia de alteración en la marcha. No signos meníngeos, no hay signos de focalización neurológica.

Examen Mental

Porte y Actitud

Paciente ingresa al consultorio por sus propios medios, en compañía de madre, adecuada higiene personal, vestido adecuadamente, apariencia física acorde a la edad cronológica, actitud colaboradora, establece contacto visual y verbal espontáneamente con el entrevistador

Conciencia

Alerta

Orientación

Orientado en tiempo, espacio y persona

Atención

Euproséxico

Conducta Motora

Euquinetico

Afecto

Disforico, hipomodulado, no resonante

Pensamiento

Ilógico, coherente, con ideas sobrevaloradas de minusvalía y autorreproche, e ideas de muerte y de suicidio parcialmente estructuradas, en el momento no verbaliza ideas delirantes espontáneamente,

Senso Percepción

Sin actitud alucinatoria, niega presencia de alucinaciones

Lenguaje

Eulálico, tono adecuado

Memoria

Reciente, remota y de trabajo conservadas

Cálculo

realiza operaciones matemáticas simples

Abstracción

Interpreta refranes y similares

Inteligencia

No se cuenta con herramientas para valorarla

Juicio y Raciocinio

Desviados

Introspección

Pobre

Prospección

Incierta

Análisis

Paciente masculino de 29 años, natural, procedente y residente de Bogotá, católico, vive en unión libre desde hace 2 meses, Bachiller, cesante hace 2 meses

Paciente quien asiste a consulta no programada por cuadro clínico de aproximadamente 10 días de evolución dado por síntomas afectivos depresivos y ansiosos, con antecedente de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia, con consumo de sustancias psicoactivas en patrón de dependencia el cual inicia en la adolescencia, posteriormente presenta síntomas de manía y depresión con 4 intentos previos de suicidio, con sospecha de trastorno bipolar, sin embargo sin diagnóstico, ya que ha tenido intervalos de tiempo de abstinencia cortos, en el momento paciente disforico, con ideas de muerte y de suicidio, juicio y raciocinio desviados, con alto riesgo autolesivo y de abstinencia; paciente cursando en el momento con trastorno depresivo, episodio actual grave con síntomas ansiosos, por lo que requiere manejo intrahospitalario, para contención ambiental, manejo de síntomas, inicio de tratamiento farmacológico. Se le explica a paciente y familiar conducta a seguir se resuelven dudas, Madre firma consentimiento informado. Se le entrega formato de derechos y deberes del paciente, se diligencian fichas de notificación epidemiológica VESPA Y SISVECOS.

Diagnostico			
Diagnóstico Principal:	F322	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	Confirmado nuevo
Diagnóstico Relacionado:	F192	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: SINDROME DE DEPENDENCIA	
Causa Externa:	Enfermedad general	Finalidad Consulta:	No aplica

**DSM 5**

Trastorno depresivo, episodio actual grave con síntomas ansiosos

**GAF/100:** 30

**Evaluación Clínica de Riesgo de Suicidio**

Alto

**VALORACION DEL RIESGO DE CAÍDAS ESCALA DE MORSE**

**Antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses:** 00

**Diagnostico secundario:** 00

**Ayuda para la deambulacion:** 00

**Cateteres IV Via heparinizada:** 00

**Equilibrio traslado:** 00

**Estado Mental:** 00

**CLASIFICACION: SIN RIESGO :** SI

**ESCALA SAD PERSONS**

**Sexo masculino:** 01

**Edad menor 25 o mayor 45 años:** 00

**Depresion:** 01

**Tentativa suicida previa:** 01

**Abuso alcohol:** 01

**Falta pensamiento racional:** 01

**Carencia apoyo social:** 00

**Plan organizado suicidio:** 01

**No pareja o conyuge:** 00

**Enfermedad somatica:** 00

**PUNTUACION::** 6

**Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social :** SI

**INSTRUMENTO PARA RIESGO DE EVASION**

**Antecedente de consumo de SPA (abstinencia), presencia de síntomas psicóticos o manía, rasgos patológicos graves de la personalidad.:** 1

**Evaluación de riesgo Evasión:** 1 **Riesgo de** NO

**evasión?:**

**INSTRUMENTO PARA RIESGO DE HETERO AGRESIÓN**

**Inquietud Motora:**

1

**Antecedente de consumo de SPA, presencia de síntomas psicóticos o manía, rasgos patológicos graves de la personalidad:**

1

**Evaluación de Riesgo Hetero Agresión:**

2

**Riesgo de hetero agresión?:**


SI

**Conducta**

Hospitalizar en unidad A  
Asignar al Dr. Correa  
Asignar a grupo y residente de afecto  
Nicorette tab 4 mg (1-1-1-1) ahora traído por familiar  
Lorazepam tab 2 mg DU ahora  
Clonazepam sln 2.5mg/ml gotas (12-12-12)  
Valcote ER 500 mg (1-0-1)  
Bupropion tab 150 mg (1-0-0)  
se solicitan tóxicos, hemograma, función renal, función tiroidea}, función hepática y electrolitos  
CIWA AR cada 8 horas  
Riesgo de abstinencia y agitación  
Se solicita interconsulta por adicciones  
CSV-AC  
Se diligencian fichas de notificación epidemiológica VESPA Y SISVECOS

**Médico Residente que acompaña el ingreso**

Alejandra Bernal

JUAN CAMILO VARON FORERO

PSIQUIATRA
REGISTRO MEDICO 253969