

Datos del Paciente							
Nombre Paciente:	MARTHA CONSUELO FORERO ANGEL						
Identificación:	CC: 51644610	Fecha Nac:	1962-04-12	Edad:	54	RH:	O+
Genero:	Femenin	Dirección:	CLL 6 # 2 13				
Teléfono:	3212009202						

Datos del Admisión							
ID:	4811	F. Ingreso:	2017-03-09	H. ingreso:	12:37:00	Tipo Usuario:	1
Tipo Afiliación:	2						
Historia Clínica de ingreso							
Anamnesis							
F. Registro:	2017-03-09	H. Registro:	14:20:00				
Motivo Consulta:							

Nombre; Martha Consuelo Forero Angel
 Edad; 54 años
 Fecha de nacimiento; 12 de abril 1962 Fuquene
 Residente y procedente en ese municipio
 Vive; Esposo (Héctor Páez 3212009202 – Hija Danna Alexandra Páez)
 Asiste con su hijo; Carlos Alberto Páez
 Ocupación; Ama casa
 Escolaridad; Séptimo Bachiller
 Religión; Católica
 Estado civil; casada desde hace 32 años madre de 4 hijos
 Informantes; paciente y el hijo Carlos Alberto

Paciente remitida de la Sociedad De Especialistas de Girardot para hospitalización

Enfermedad Actual:

Paciente remitida de la Sociedad De Especialistas de Girardot para hospitalización, comenta que tiene enfermedad mental diagnosticada desde hace 10 años, de Trastorno mixto de ansiedad y depresión, en los últimos dos años comenta la paciente y familiar diagnostico de Trastorno bipolar no claro. Comenta múltiples hospitalizaciones más o menos 10, todas cada vez más frecuentes, según me informan. Ha recibido manejo con fluoxetina, sertralina, paroxetina, trazadona, amitriptilina, además de alprazolam, clonazepam, ácido valproico, olanzapina, quetiapina.

Ahora en manejo con venlafaxina cápsulas 150 mg 1 – 0 – 0 Quetiapina tabs 100 mg 1 - 1- 3 Clonazepam solución oral 2.5 mg / ml 5 – 5 – 10 con mala adherencia dado que se automedica.

Acerca del cuadro actual inicia hace 8 días, ansiedad desbordante, inquietud, aislamiento, temblor, llanto fácil, síntomas somáticos caracterizados por dolor abdominal, náuseas, que no resuelven con la toma de clonazepam, incluso tomando dosis de rescate. Tuvo hospitalización reciente hace unos días, en la Clínica La Inmaculada, comenta el hijo; “ Ella no salió bien, por eso creo que no es sea esta una recaída, sino que ella nunca salió bien, osea que la crisis viene desde el último mes”. La paciente además tiene diagnóstico de Déficit Cognitivo leve. En alguna hospitalización en Retornar antecedentes de Delirium, se desconoce la causa. Antecedente además de síntomas psicóticos hace seis meses según comentan por ideas delirantes de persecución y de daño; “ Decía que la iban a meter a la cárcel, porque había destruido la ciudad, que ella había matado a alguien, que apagaran todo, que le iban a hacer algo, que la ayudaran”.

Ya tiene estudios de extensión según comentan; tiene resonancia magnética cerebral dentro de los límites normales.

Historia Personal:

Paciente no recuerda datos perinatales, comenta; " Yo le puedo decir que cuando yo era una niña, tenía cinco años, fui violada, fue

un primo, me dejaban al cuidado de él". Acerca del desarrollo académico; " A mi me fue bien en todo, siempre fui calmada, terminé hasta séptimo no por mala estudiante sino porque mi familia era muy pobre".

Historia Familiar:

Paciente casada hace 32 años, de esta unión nacen 4 hijos, comenta; " Con todos bien, pero mi esposo es muy controlador, antes me lo aguantaba, ya no tanto"

Personalidad Premorbida:

" Muy tranquila antes, aguantadora".

Antecedentes Personales

Antecedentes Alergicos:

Trimetropim

Antecedentes Patologicos:

Hipertensa

Hipotiroidea

Gastritis

Reflujo gastroesofagico

Cistocele

pendiente

cirugía

Antecedentes Quirurgicos:

Histerectomía

Safenectomía

Antecedentes Toxicologicos:

Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico

Antecedentes Farmacologicos:

Levotiroxina tabs 50 mcg

Omeprazol 20 mg en ayunas

Amlodipino tabs 5 mg 1 – 1 - 1

Losartan tabs 50 mg 1 – 0 – 1

Acido acetil salicilico tabs

100

mg

1-

0

–

0

Antecedentes Gineco-obstetricos:

G5 P4 C0 A1 (anembrionado)

Antecedentes Psiquiatricos:

lo descrito en la enfermedad actual

Antecedentes Hospitalarios:

Por enfermedad mental

Antecedentes Traumatologico:

paciente no refiere antecedentes traumatologico

Otros Antecedentes:

paciente no refiere otros antecedentes

Examen Fisico									
TAS(mm/Hg):	160	TAD(mm/Hg):	100	TAM(mm/Hg):	66.666666666667	FR(x min):	18	FC(x min):	80
SpO2(satO2):	97	Peso(Kg):	65	Temp(Co):	37	Talla(mts):	165	IMC:	0

Exploracion General y regional

Estado General:

paciente alerta, afebril, hemodinámicamente estable.

Cabeza y Cuello:

normocéfalo, mucosa oral húmeda, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, pupilas isocóricas normoreactivas a la luz. cuello central, móvil, no masas y sin adenopatías.

Torax:

ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. ruidos respiratorios con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen:

Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial o profunda, no signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. ruidos intestinales presentes.

Genitourinario:

sin alteraciones

Extremidades:

eutróficas, sin edemas. pulsos ++/+++ y llenado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades.

Neurológico:

no déficit motor o sensitivo aparente. no signos meníngeos o de focalización. rot: ++/+++ .fm: 5/5, glasgow: 15/15.

Examen Mental:

Paciente en buenas condiciones generales, vestida de forma adecuada, alerta, orientada globalmente, establece adecuado contacto visual y verbal, pensamiento lógico coherente, sin alteraciones en su contenido, no verbaliza ideas de muerte o suicida, velocidad normal, lenguaje sin alteraciones, afecto marcadamente ansioso, mal modulado, sin alteraciones sensorio-perceptivas, juicio y raciocinio comprometido, inteligencia impresiona dentro del promedio, introspección y prospección inciertas.

Análisis y Diagnóstico:

Paciente con antecedentes de trastorno mixto de ansiedad y depresión, con antecedente no claro de trastorno bipolar, en este momento síntomas compatibles de trastorno de ansiedad generalizada, se beneficia de manejo hospitalario, por la intensidad de los síntomas agudos, se ajusta medicación, en relación a la venlafaxina y dosis noradrenérgica en la que se encuentra, pienso que se beneficia de un desmonte gradual, para evitar síntomas de discontinuación.

Finalidad de consulta: No aplica

Causa Externa: Enfermedad general

Plan tratamiento:

Hospitalizar en UCA
Levotiroxina tabs 50 mcg en ayunas
Omeprazol 20 mg en ayunas
Losartan tabs 50 mg 1 - 0 - 1
Acido acetil salicílico tabs 100 mg 1- 0 - 0
Quetiapina tabs 100 mg 1 - 1 - 2
Se inicia desmonte de venlafaxina dar 75 mg hasta nueva orden
Se inicia lorazepam tabs 2 mg 1 - 1 - 1

Se solicita hemograma - Bun - Creatinina - Uroanálisis - Transaminasas – TSH

Evolucion final (Nota Epicrisis)

2017-04-06 | 08:49:00 Profesional:MARLEN ELIANA REINA JIMENEZ Identificacion:46678543 RM:1558-04 PSIQUIATRÍA

Subjetivo:

Paciente quien ingresa con diagnostico de trastorno de ansiedad generalizada, a quien se decide realizar desmonte y suspencion de venlafaxina por pobre respuesta e incremento de ansiedad, sustituyendola por fluvoxamina con mejor respuesta. progresivamente paciente evoluciona hacia a mejoria , sin embargo son evidentes fallas en funciones ejecutivas por lo que se considero pertinente continuar manejo en clinica diurna, ya que cuenta con adecuada red de apoyo.

Objetivo:

Paciente evoluciona adecuadamente, encontrandose el dia de hoy amable, colaboradora, afecto eutimico, pensamiento logico y coherente. no ideas de auto o heteroagresion. memoria conservada. introspeccion , mejorando

Análisis:

Paciente quien ingreso por cuadro de 8 días, ansiedad desbordante, inquietud, aislamiento, temblor, llanto fácil, síntomas somáticos caracterizados por dolor abdominal, nauseas, que no resuelven con la toma de clonazepam, incluso tomando dosis de rescate. La paciente tiene antecedente de 10 años de trastorno mental incialmente tipificado como trastorno afectivo bipolar y manejado con fluoxetina, sertralina, paroxetina, trazadona, amitriptilina, además de alprazolam, clonazepam, ácido valproico, olanzapina, quetiapina con mala respuesta teniendo en cuenta que paciente ajusta tratamiento a su acomodo. Ingreso con venlafaxina cápsulas 150 mg 1 – 0 – 0 Quetiapina tabs 100 mg 1 - 1- 3 Clonazepam solución oral 2.5 mg / ml 5 – 5 – 10, decidiendo suspender venlafaxina y clonazepam , y se adiciona fluvoxamina y lorazepam con mejor respuesta.

Durante estancia inialmente se mostro con ansiedad desestructurante que inclusive alteraba funcionamiento impresionando psicotico, inquietud motora e incapacidad para socializar y concentrarse en las actividades, pero progresivamente se controlan episodios de ansiedad paroxistica y retoma actividades de terapia opupacional logrando actividades de comienzo a fin. Se realiza pruebas neuropsicologicas las cuales estan pendientes resultado.

Martha evoluciona adecuadamente , presentando estabilidad clinica, sin embargo persisten alteraciones en funciones ejecutivas por lo que se plantea posibilidad de clinica diurna para finalizar tratamiento de crisis actual.

Durante estancia se evalua red de apoyo encontrado excelente apoyo por parte de su familiares esposo e hijos .

la paciente progresivamente evoluciona hacia la mejoría por lo que se decide continuar manejo en clinica diurna, se da formula medica , signos de alarma y recomendaciones generales.

Plan tratamiento:

salida con:

Quetiapina tabs 100 mg 1 - 1 - 2

fluvoxamina tabletas 100 mgr adminstrar 100 mgr cada noche

lorazepam tabs 1 mg 0.5mgr - 0.5 - 1.

clinica diurna por psiquiatria 30 sesiones a ser realizadas en tres semanas.

cita control con psiquiatria y psicologia.

recomendaciones generales y signso de alarma.

Codigo CIE10:

F412 | TRASTORN

Descripcion del diagnostico:

F412 | TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Codigo CIE10:

2

