

CRISTIAN CERON RAMIREZ
Fecha de Nacimiento: 09.01.2001
Convenio: FAM COLS EVENTO
Centro medico: CL INFANTIL

Tipo Identificación: TI
Edad: 17 Años 08 Meses 13 días
Episodio: 0037064692

Número Identificación: 1007749810
Sexo: M
No. Habitación:

Tipo de Registro: Evolución
Fecha: 22.09.2018
Hora: 09:21:14

-----SUBJETIVO-----

INGRESO URGENCIAS
CLÍNICA INFANTIL COLSUBSIDIO

INFORMANTE: VIVIANA RAMÍREZ (MADRE)
CALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

MOTIVO DE CONSULTA: "SUFRE DE ESQUIZOFRENIA Y LE ADICIONARON
MEDICAMENTOS"

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE MASCULINO DE 17 AÑOS CON ANTECEDENTE DE
ESQUIZOFRENIA EN MANEJO CON ARIPIPAZOL 15 MG VÍA ORAL DIARIOS, QUIEN
HACE 15 DÍAS EN CITA DE PSIQUIATRÍA ADICIONAN MANEJO CON DIFENHIDRAMINA
3.5 ML (JARABE 12.5 MG/5 ML) DIARIA, Y FLUOXETINA 3.5 ML (JARABE 20
MG/5ML) DIARIOS. ASISTE POR 15 DÍAS DE ALUCINACIONES VISUALES,
SENSITIVAS Y AUDITIVAS, ANSIEDAD, DIFICULTAD EN LA CONCILIACIÓN DEL
SUEÑO. HAY IDEACIÓN DE PERSECUCIÓN, Y AUTOLESIÓN. REFIERE IDEACIÓN
SUICIDA, SIN CONDUCTA SUICIDA.

REVISIÓN POR SISTEMAS:
-NO NOXA DE CONTAGIO.
-NO VIAJES RECIENTES.
-NO REFIERE DEMÁS SINTOMATOLOGÍA.

ANTECEDENTES

-PERSONALES Y SOCIALES: VIVE CON PADRES Y HERMANOS, RESIDENTE EN
BOGOTÁ, NATURAL DE BOGOTÁ, ESCOLARIDAD: BACHILLER, 2 HERMANOS, HABLA
ESPAÑOL, RELIGIÓN NO REFIERE.
-PATOLÓGICOS: ESQUIZOFRENIA.
-HOSPITALARIOS: POR LA ESQUIZOFRENIA.
-FARMACOLÓGICOS: ARIPIPAZOL 15 MG VÍA ORAL DIARIOS,
DIFENHIDRAMINA 3.5 ML (JARABE 12.5 MG/5 ML) DIARIA, Y FLUOXETINA 3.5 ML
(JARABE 20 MG/5 ML) DIARIOS
-ALÉRGICOS: AMOXACILINA (BROTE).
-QUIRÚRGICOS: NO REFIERE.
-TRAUMÁTICOS: NO REFIERE.
-TRANSFUSIONALES: NO REFIERE TRANSFUSIONES.
HEMOCLASIFICACIÓN O(+) -FAMILIARES: BISABUELA MATERNA CÁNCER SENO,
BISABUELO MATERNO CÁNCER DE PRÓSTATA, ABUELA MATERNA Y MADRE
HIPOTIROIDEA, ABUELA PATERNA DIABETES MELLITUS.
-INMUNOLÓGICOS: ESQUEMA DE
INMUNIZACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD

-----OBJETIVO-----

PACIENTE ALERTA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN RESPUESTA
INFLAMATORIASISTÉMICA CLÍNICA, HIDRATADO, EN EL EXAMEN CLÍNICO SIN
FIEBRE, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE.

PESO: 47.2 KG.

SIGNOS VITALES:

FRECUENCIA CARDIACA: 77 LATIDOS POR MINUTO
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20 RESPIRACIONES POR MINUTO.
TEMPERATURA: 36 GRADOS CENTÍGRADOS.
SATURACIÓN DE OXÍGENO: 91% AL AMBIENTE.

EXAMEN FÍSICO:

-PIEL: SIN PALIDEZ CUTÁNEA, SIN LESIONES APARENTES, SIN PETEQUIAS NI HEMATOMAS.
-CABEZA: NORMOCÉFALO, SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO.
-OJOS: ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ. MOVIMIENTOS OCULARES SIN ALTERACIONES.
-ORL: MUCOSA NASAL ROSADA, SIN LESIONES NI SANGRADO, OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CONO LUMINOSO PRESENTE, TÍMPANO ÍNTEGRO, SIN EDEMA, ERITEMA O SUPURACIÓN.
-BOCA: MUCOSA ORAL HÚMEDA, OROFARINGE NO CONGESTIVA SIN LESIONES NI SANGRADO.
-CUELLO: SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS, TIROIDES NO PALPABLE, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR.
-TÓRAX: NORMOEXPANSIBLE, SIMÉTRICO.
-CARDIORESPIRATORIO: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR PRESERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS. -ABDOMEN: NO DISTENDIDO, SIN CAMBIOS EN LA COLORACIÓN DE LA PIEL, SIN CIRCULACIÓN COLATERAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES EN 4 CUADRANTES, A LA PALPACIÓN BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
-OSTEOMUSCULAR: EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS, RANGO DE MOVIMIENTO COMPLETO EN TODAS LAS ARTICULACIONES, SIN DOLOR ARTICULAR, CON PULSOS PERIFÉRICOS BILATERALES SIMÉTRICOS. LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS. -GENITOURINARIO: NO SE EXPLORA. -NEUROLÓGICO: ALERTA, REALIZA CONTACTO CON EL ENTORNO Y EL ENTREVISTADOR, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, SIN SIGNOS MENÍNGEOS.
-EXAMEN

MENTAL: Paciente ingresa por sus propios medios.

*

Establece contacto visual con el entrevistador.

*

Apariencia: congruente con género y contexto. Actitud alucinatoria y altamente ansiosa.

*

Alerta, orientado en las 3 esferas.

*

Lenguaje: sin disartria o afasia, sin alteración en el curso, prosodia o contenido. Discurso cortante, impresiona altamente defensivo.

*

Afecto: Ansioso, con temor. No resonante.

*

Pensamiento: origen no lógico. Ideas delirantes: ve personas que nunca ha visto. Oye voces "no muy claras." Siente que le están pegando en el tórax. Ideación suicida prevalente.

*

Inteligencia impresiona normal.

*

Sueño: Refiere que el sueño ha sido afectado 3 o 4 veces en el último mes. Dice que duerme al menos 8 horas diarias. En la historia de urgencias había referido que ha tenido insomnio de conciliación.

*

Sensopercepción: Ideas delirantes: ve personas que nunca ha visto. Oye voces "no muy claras." Siente que le están pegando en el tórax. Ideación suicida prevalente.

* Esfera motora sin alteraciones.

* Juicio de realidad nulo: paciente con alucinaciones.

* Juicio de autocrítica: Por lo mismo, está debilitado.

* Introspección: Adecuada. El paciente reconoce la magnitud de su enfermedad y su sintomatología.

*

Prospección: Precaria. Paciente y su madre solicitan egreso voluntario para poder asistir a una clínica psiquiátrica.

-----ANÁLISIS-----

PACIENTE MASCULINO DE 17 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA EN MANEJO CON ARIPIPIRAZOL 15 MG VÍA ORAL DIARIOS, QUIEN HACE 15 DÍAS EN CITA DE PSIQUIATRÍA ADICIONAN MANEJO CON DIFENHIDRAMINA 3.5 ML (JARABE 12.5 MG/5 ML) DIARIA, Y FLUOXETINA 3.5 ML (JARABE 20 MG/5ML) DIARIOS. ASISTE POR 15 DÍAS DE ALUCINACIONES VISUALES, SENSITIVAS Y AUDITIVAS, ANSIEDAD, DIFICULTAD EN LA CONCILIACIÓN DEL SUEÑO. HAY IDEACIÓN DE PERSECUCIÓN, Y AUTOLESIÓN. REFIERE IDEACIÓN SUICIDA, SIN CONDUCTA SUICIDA. EN EL EXAMEN FÍSICO PACIENTE ALERTA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA CLÍNICA, HIDRATADO, EN EL EXAMEN CLÍNICO SIN FIEBRE, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. AL EXAMEN MENTAL CON ALUCINACIONES VISUALES, SENSITIVAS, Y AUDITIVAS, CON PREVALENTE IDEACIÓN SUICIDA. AFECTO PLANO CON FONDO TEMOROSO Y ALTAMENTE ANSIOSO. NO RESONANTE. SE CONSIDERA PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA, PROBABLEMENTE PARANOIDE, CON ADICIÓN RECIENTE DE 2 MEDICAMENTOS, QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ALTAMENTE SINTOMÁTICO. SE CONSIDERA HOSPITALIZAR Y REMITIR A CENTRO PSIQUIÁTRICO. SE DEJA CANALIZACIÓN E INTERCONSULTA POR PSIQUIATRÍA. ATENTOS ANTE CUALQUIER EVENTUALIDAD.

-----PLAN-----

PESO: 47.2 KG

DIAGNÓSTICOS

- ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.
- IDEACIÓN SUICIDA Y ALUCINACIONES PREVALENTES.
- RIESGO DE SUICIDIO.

-HOSPITALIZACIÓN

- CANALIZAR
- LACTATO DE RINGER 20 CC POR HORA PARA PERMEABILIDAD.
- REMISIÓN PRIMARIA URGENTE A CENTRO PSIQUIÁTRICO.
- INTERCONSULTA POR PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA.
- CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

N. Identificación: 1126825256

Responsable: GARCIA, GILIANA

Especialidad: MEDICINA GENERAL
