

IF-GDC-009	Version:00	Fecha de Emision:2018-06-09
------------	------------	-----------------------------

Datos Generales:							
Nombre Paciente:	LAURA KARINA ALVAREZ GUERRERO				Documento Paciente:	TI: 1000351376	
F. Nacimiento:	2003-03-27	Edad:	15 Años	RH:	A+	Genero:	Femenino
Tel:	3143732529						
Dirección:	CLL 25A # 11A 10 ESTE				Email:	karinaalvarez2003@gmail.com	
Fecha Ingreso:	2018-06-09	14:06:27	Fecha Egreso:		EPS:	Famisanar EPS	
T.Usuario:	Contributivo	T.Afiliación:	Beneficiario	Departamento:	BOGOTA	Municipio:	BOGOTÁ, D.C.

Fecha Registro:	2018-06-09
-----------------	------------

ANAMNESIS

Motivo de Consulta:
Paciente de 15 años de edad, natural y procedente de Bogotá, vive con la madre y la hermana, se encuentra en 10mo, la acompaña la madre
MC: Remitida por el colegio

Enfermedad Actual:

Paciente de 15 años de edad, con cuadro clínico que inicia desde hace 3 años caracterizado por sensación de tristeza y aburrimiento, irritabilidad, dificultades en la relación con la madre, ideas de muerte ocasionales, con conductas de riesgo como salir sola a caminar en la madrugada cuando la madre se encuentra trabajando, disminución en el rendimiento escolar, irritabilidad, ansiedad, episodios de rabia en momentos de baja tolerancia a la frustración, dificultades con las normas y con las figuras de autoridad, hiporexia e insomnio mixto.

Historia Personal:

Paciente es la mayor de 2 hermanas, proveniente de familia monoparental, nació por parto normal, con hipoxia perinatal, con adecuado desarrollo psicomotor, inicia en el jardín a los 2 años

Historia Familiar:

Madre (Nubia), 42 años, trabaja en seguridad
Hermana de 4 años
Sin contacto con el padre

Personalidad Premorbida:

Tranquila

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Alergicos:

Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos

Antecedentes Patologicos:

Asma bronquial
Dermatitis atópica

Antecedentes Quirurgicos:

Apendicectomía

Antecedentes Toxicologicos:

Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico

Antecedentes Farmacologicos:

Paciente no refiere antecedentes farmacologicos

Antecedentes Gineco-obstetricos:

Antecedentes Psiquiatricos:

Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos

Antecedentes Psiquiatricos:

Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos

Antecedentes Hospitalarios:

paciente no refiere antecedentes hospitalarios

Antecedentes traumatologicos:

paciente no refiere antecedentes traumatologico

Antecedentes Familiares:

Diabetes mellitus
Artritis
Artrosis
Osteoporosis

Otros Antecedentes:

paciente no refiere otros antecedentes

EXAMEN FISICO

TAS(mm/Hg):	100	TAD(mm/Hg):	60	TAM(mm/Hg):	40	FR(x min):	16	FC(x min):	88	SpO2(satO2):	97
Peso(Kg):	1	Talla(Mts):	1	IMC:	1	Temp(C°):	36				

IF-GDC-009

Version:00

Fecha de Emision:2018-06-09

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:

Genitales externos normoconfigurados

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 quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es colaboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséica, eulálica, pensamiento lógico, con ideas de muerte y de suicidio, responde a preguntas sin dificultades, afecto triste, de fondo irritable, conducta motora sin alteraciones.

ANALISIS

Paciente de 15 años de edad, con cuadro clínico que inicia desde hace 3 años caracterizado por sensación de tristeza y aburrimiento, irritabilidad, dificultades en la relación con la madre, ideas de muerte y de suicidio, con conductas de riesgo como salir sola a caminar en la madrugada cuando la madre se encuentra trabajando y equivalentes depresivos, disminución en el rendimiento escolar, irritabilidad, ansiedad, episodios de rabia en momentos de baja tolerancia a la frustración, dificultades con las normas y con las figuras de autoridad, hiporexia e insomnio mixto. Al momento la paciente presenta alto riesgo de autoagresión y de suicidio, por lo que amerita hospitalización para manejo de cuadro agudo. Se explica a la madre la importancia de la hospitalización y se muestra de acuerdo.

DIAGNOSTICOS**Diagnostico principal:**

- F328 | OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS --- Impresión Diagnóstica

Diagnostico Relacionado 1:

- ---

Diagnostico Relacionado 2:

- ---

Diagnostico Relacionado 3:

- ---

FINALIDAD DE CONSULTA

No aplica

CAUSA EXTERNA

Enfermedad general

PLAN DE TRATAMIENTO

- Hospitalización en salud mental en unidad de cuidado agudo
- Vigilancia estricta por alto riesgo de autoagresión y de suicidio
- Suspender visitas y llamadas hasta nuevo aviso

Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:
Especialidad: PSIQUIATRÍA INFANTIL

[Firma]
Dra. Virginia C. Sánchez A.
Médica Psiquiatra General
Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Pontificia Universidad Javeriana
R.M. 1127353033