



ICSN CLINICA MONTSERRAT

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

NOMBRE: IREGUI DE LA TORRE MARIANA
IDENTIFICACION: 1000944222
FECHA DE NACIMIENTO: 2001-10-24 ()
DIRECCION: CRA 56 A N 125 A 40
FECHA DE INGRESO: 2018-12-11 20:32:37
DIAGNOSTICO DE INGRESO: F333 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE, CON SINTOMAS PSICOTICOS
FECHA DE EGRESO:
FECHA DE REGISTRO: 2018-12-11 18:50:14

MEDICO TRATANTE: RIGOBERTO LOPEZ QUICENO
ENTIDAD: COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.
REGIMEN: CONTRIBUTIVO
TIPO DE USUARIO: COTIZANTE
NIVEL DE USUARIO: NIVEL I

INGRESO

Datos de Identificación

Hora de Atención

2018-12-11 18:50:14

Nombre

MARIANA IREGUI DE LA TORRE

Edad

17 años

Género

Femenino

Fecha de Nacimiento

2001-10-24

Natural

Bogota

Residente

Bogotá D.C.-CHAPINERO

Procedente

Bogota

Dirección

CRA 56 A N 125 A 40 barrio niza cordoba, APT 106

Teléfono

3002478949 (padre, fabio iregui) 3003344573 (abuela, cristina brieva)

Religión

ninguna "atea"

Estado Civil

Soltera

Escolaridad

estudiante de decimo grado del colegio clara casas

Ocupación

ESTUDIANTE

Vive con

padre y hermano menor

Aseguradora

Colsanitas

EPS

sanitas

Acompañante

Cristina Brieva: abuela, Fabio: padre

Informante

Paciente, abuela y padre

Motivo de Consulta

Paciente refiere: "Simplemente no me he sentido bien, la medicación no me está funcionando"

Estado General al Ingreso

Se encuentra en sala de espera acompañada de Abuela, saluda de forma amable, establece contacto visual y verbal al entrevistador. Edad aparente de la paciente concordante con la cronológica, en aparentes buenas condiciones de salud, Se trata de paciente de talla alta, tez blanca, contextura gruesa, viste buso amarillo, pantalón tipo jean, pasamontañas blanco, tiene bolso rojo, todo en adecuadas condiciones de higiene y presentación personal. Sin estigmas de llanto ni lesiones externas recientes.

Enfermedad Actual

Paciente de 17 años quien asiste a consulta no programada por presentar cuadro clínico de 4 meses de evolución consistente en animo triste todos los días, todo el día, asociado a ansiedad flotante con síntomas vegetativos como sudor en manos, temblor, náuseas, sensación de ahogo; asociado a astenia, adinamia, tendiente a la clinofilia, anhedonia, aislamiento social, además con insomnio mixto dado por insomnio de conciliación y reconciliación, alucinaciones auditivas complejas de contenido peyorativo y de comando, alucinaciones visuales complejas. Refiere ideas de muerte y de suicidio estructuradas, refiere como factor protector su familia, además ideas sobrevaloradas de desesperanza. Refiere además conductas

autolesivas como cortándose en muñecas, generándose equimosis en rodillas y brazos golpeándose ella misma o con objetos, último hace 2 semanas. Estos síntomas han generado afectación con las relaciones sociales y familiares. No asiste al colegio desde agosto de 2018. Actualmente se encuentra en sesiones de clínica diurna.

Adicionalmente la paciente refiere alteración en la percepción de su imagen corporal, asociado a conductas de vomitar, no especifica cuantas veces al día, generalmente posterior a la ingesta de alimentos, además conductas de restricción de alimentos como papa, arroz. Niega uso de laxantes y ejercicio excesivo en estos últimos 4 meses.

Paciente refiere: "No me he sentido bien, la medicación no me está funcionando, no me he sentido mejor, me siento igual a como llegué la primera vez. Ayer tuve una discusión con mi tío que tiene esquizofrenia paranoide, se imaginará como es una discusión pero eso no me afectó para nada, pero sé que no hay sentido en no discutir con alguien, él no es un ser razonable. Me he sentido muy muy suicida, me cuesta levantarme a cualquier hora de la cama, no duermo bien, no me deja dormir, tengo alucinaciones visuales y auditivas que son más que la vez pasada, estoy muy ansiosa todo el tiempo, muy irritable, no le veo el punto a nada, para que tomar decisiones, pienso todos los días en matarme y no lo he intentado porque estoy todo el tiempo acompañada, he estado vomitando, el espejo me está dando muy duro porque me estoy viendo de una manera, obesa, extremadamente obesa, todo es tan difícil, llevarme con la gente es difícil, todo es horrible. Empecé a cortarme y a vomitar desde mitad de sexto y mi primer intento de suicidio fue a principios de 2015. Siento mucha tristeza o mucho vacío, es como desesperanza, desesperación. Escucho voces que están afuera y son varias, reafirman todo lo que yo pensaba, dicen matate pero también que no lo voy a lograr, a veces veo ratones debajo de la cama pero sé que no hay ratones. No hay nada que me guste, que me amarre. Lo he pensado de todas las maneras, he intentado con inanición con falta de sueño, con cortarme, la última fue con pastillas, he pensado en tirarme por la ventana y caer, serían 10 - 12 metros tal vez, pero como estoy monitoreada claramente no puedo. Ahora estoy vomitando, cualquier cosa que comía la vomitaba, depende de si estaba sola. Los laxantes ya no los uso tanto porque no me dejan salir sola a la calle, y son difíciles de conseguir"

Abuela refiere: "Un poquito alterada, irritable"

Factores estresores refiere paciente: "Según mi psiquiatra han sido problemas desde la infancia. También se desencadenó porque mi familia se enteró, mi familia no se había dado cuenta de mis intentos de suicidio, ni de mis cortes, pero en mi último intento de suicidio se enteraron y fue mi primera hospitalización aquí y desde ahí todo empeoró, no me siento mejor pero la diferencia es que tengo un montón de gente encima mío que espera que esté bien pero no es así. Tal vez la medicación no funciona. Lo que pasó con mi mamá también me afectó, la estoy buscando porque quiero que se responsabilice de cosas"

Funcionamiento previo refiere paciente: "Toda la vida he sido la mejor académicamente porque era lo que se esperaba de mí, en los últimos años se ha dificultado todo porque cuando uno no quiere vivir no quiere hacer la tarea"

Padre refiere: "La veo fluctuante, unos días que aparentemente está bien y pasa algo y se altera, antecitos estaba aparentemente bien"

Paciente con antecedente de trastorno depresivo, trastorno opositorista desafiante, aproximadamente hace dos años, en controles con Dr. Álvaro Franco en manejo con Sertralina 100 mg 1-0-0, quetiapina 400 mg 0-0-1. Actualmente en sesiones de clínica diurna ha realizado dos etapas de 10 sesiones cada una, actualmente en la 3 etapa donde ha realizado 8 sesiones. Ha requerido dos hospitalizaciones previas, última en Octubre de 2018. Ha recibido manejo con Levomepromazina, Desvenlafaxina, clonazepam, Risperidona, fluoxetina. Actualmente en proceso de realización de exámenes para inicio de TECAR. último control por psiquiatría el 06.12.2018, próxima cita el 14.12.2018

Personalidad Previa

Refiere la paciente: "tenía varias personalidades, si estaba con mi familia o si estaba afuera. Soy extrovertida, me da miedo estar sola, me vale todo y es porque la gente no llega a conocerme"

Antecedentes Personales

Patológicos

Reflujo gastroesofágico

Quirúrgicos

Niega

Traumáticos

Niega

Tóxicos

-consumo de marihuana hace 2 años, consumo experimental en brownies y galletas, niega consumo actual, no especifica cuando fue el último consumo.

-consumo de cigarrillo de inicio hace 2 años, refiere actualmente no consumirlo

-consumo de alcohol de forma esporádica, refiere en este año no ha llegado a la embriaguez, refiere ultimo consumo hace 11 meses.

-niega consumo de otras sustancias.

Alérgicos

Mani y nueces

Farmacológicos

Sertralina 100 mg 1-0-0

quetiapina 400 mg 0-0-1

Esomeprazol 40 mg 1-0-0

Hospitalarios

-Infección de vías urinarias a los 2 años y neumonía a los 11 años, y por psiquiátrico

Ginecobstétricos

Menarquia: 14 años

FUM: refiere que fue hace una semana

GPO

Psiquiátricos

Paciente con antecedente de trastorno depresivo, trastorno opositorista desafiante, aproximadamente hace dos años, en controles con Dr. Álvaro

Franco en manejo con Sertralina 100 mg 1-0-0, quetiapina 400 mg 0-0-1. Actualmente en sesiones de clínica diurna ha realizado dos etapas de 10 sesiones cada una, actualmente en la 3 etapa donde ha realizado 8 sesiones. Ha requerido dos hospitalizaciones previas. Ha recibido manejo con Levomepromazina, Desvenlafaxina, clonazepam, Risperidona, fluoxetina. Actualmente en proceso de realización de exámenes para inicio de TECAR. último control por psiquiatría el 06.12.2018, próxima cita el 14.12.2018.

Refiere ha tenido varios intentos de suicidio, manifiesta: "Han sido como 10 a lo largo de los años", el último con ingesta medicamentosa: acetaminofén y fluoxetina

Antecedentes Familiares

PATOLOGICOS:

padre: hipotiroidismo

PSIQUIATRICOS:

tío paterno: esquizofrenia paranoide

Conciliación Medicamentosa

Estado

Requiere

Observaciones

Sertralina 100 mg 1-0-0

quetiapina 400 mg 0-0-1

Esomeprazol 40 mg 1-0-0

Historia Personal

SE TOMAN DATOS DE HISTORIA CLINICA PREVIA Y SE ACTUALIZAN

Producto de primero embarazo, con la fantasía de haber ser planeado y aceptado, no recuerda haber tenido problemas durante el embarazo, refiere la paciente " mi mamá tuvo cálculos biliares", su parto por cesárea a pretérmino refiere padre: "nació a los 8 meses", fue atendido en hospital, no requirió manejo en UCIN, recibe lactancia materna durante aproximadamente 6 meses, niega alteraciones en su desarrollo psicomotor, presenta colecho con los padres hasta los 2 años, no recuerda objeto transicional.

Inicio el jardín a los 2 años, "Barrilete", niega ansiedad de separación.

Continúa el jardín en la ciudad de santa marta durante 3 años. Refiere el padre: "Se fue porque la madre decidió irse a vivir a santa marta"

Ingresa al colegio José Joaquín Casas a la edad de 6 años, de lo cual comenta el padre "Ahí solo hizo un año, porque tenía que estar en un colegio". Continúa En el colegio colombo americano donde cursa desde segundo hasta sexto grado, de lo cual comenta la paciente "Me fue por bullying, empezaban a hacer rumores sobre mí, era más alta que los niños y a las niñas, mis amigas se burlaban de mí porque era muy alta, muy flaca, muy plana". Continúa en el colegio Clara casas donde cursa desde séptimo hasta la actualidad que cursa décimo grado, de lo cual refiere la paciente "Ha sido complicado, no me han faltado amigas".

De las relaciones sentimentales comenta la paciente: "Un desastre total, he tenido cuentos, intenté estar con niños pero no funcionó, luego salí del closet y no salí completamente"

Hobbies: "Ya no tengo, hace mucho"

Historia Familiar

Núcleo Primario

SE TOMAN DATOS DE HISTORIA CLINICA PREVIA Y SE ACTUALIZAN

Núcleo primario conformado en matrimonio católico, durante 4 años y medio, de dicha relación nacen 2 hijos, siendo la paciente la mayor. Sobre la relación comenta el padre "Siempre fue complicada".

De una unión posterior la madre tiene un media hermano, de lo cual comenta la paciente "Estuvo en muchas relaciones posteriores, ahora la busco porque quiero que responda por sus incumplimientos del contrato de custodia".

De una unión posterior el padre el padre establece nueva relación por unión civil desde el 2013, con Margarita de 37 años, de ocupación administradora de empresas, de la relación refiere la paciente "detesto esa señora, ella es parte del problema, ella siempre me catalogó que todo lo mío era una mentira", de dicha relación nace una media hermana, María Adelaida de 3 años, de lo cual comenta la paciente "Adoro a esa niña, pero prefiero tenerla a la mamá lejos".

Como habíamos descrito antes Los integrantes de la familia son

Su padre es Fabio, de 44 años, de ocupación ingeniero electrónico, de quien comenta el padre "He tratado de acercarme, estuvimos alejados, pero siempre la he amado muchísimo". Refiere la paciente: "es muy amoroso, es pésimo escogiendo las mujeres"

Su Madre es Paola, de 39 años, desconocen ocupación, de quien comenta el padre "La odio, la busco para que responda, si la quiero demandar"

Su hermano es Andrés Felipe, de 15 años, de ocupación estudiante, de quien comenta la paciente "Es la luz de mis ojos, es mi vida entera, es la persona que mas quiero en el mundo".

Núcleo Secundario

No conformado

Revisión por Sistemas

Estreñimiento hace 4 días

Examen Físico

Estado General

Paciente en aceptables condiciones generales, alerta, afebril, hidratada, Glasgow: 15/15, sat 96% ambiente.

Se hace en compañía de la Abuela Cristina De Iregui

F.R. 96
T.A. 19
/ 120
60
Temperatura 36
Peso 64.4
Talla_en_cms 170
I.M.C. 22.14532871972318

Cardiopulmonar

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

Cabeza y Cuello

Normocéfalo, conjuntivas normocrómicas, escleras anictericas, pupilas isocóricas normorreactivas, 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

Paciente no considera pertinente.

Piel y Faneras

Múltiples cicatrices horizontales en antebrazo izquierdo y derecho. Equimosis en proceso de resolución en muslo derecho.

Neurológico

Alerta, orientado globalmente, sin déficit motor o sensitivo aparente, sin déficit al examen de los pares craneales, adecuado tono muscular, sin evidencia de alteración en la marcha. Fuerza 5/5, reflejos ++/++++. No signos meníngeos, coordinación conservada

Examen Mental

Porte y Actitud

Amable y colaboradora
Establece contacto visual y verbal
Paciente concuerda edad cronológica con edad aparente, pelo negro largo, viste buso amarillo, pantalón tipo jean, zapatos tipo tenis, pasamontañas blanco, todo en adecuadas condiciones generales de higiene y presentación personal.

Conciencia

alerta

Orientación

orientada en 3 esferas

Atención

Euproséxica

Conducta Motora

inquietud motora dada por movimiento de extremidades inferiores y superiores

Afecto

Triste de fondo ansioso, hipomodulado, resonante

Pensamiento

lógico, coherente, con ideas sobrevaloradas de desesperanza, con ideas de muerte e ideas de suicidio estructuradas, no verbaliza ideas delirantes espontáneamente.

Senso Percepción

Sin actitud alucinatoria, niega presencia de alucinaciones en el momento de la entrevista

Lenguaje

eulálica, con volumen de voz adecuado

Memoria

inmediata, reciente y remota conservadas

Cálculo

realiza operaciones matemáticas simples

Abstracción

interpreta símiles, interpreta refranes.

Inteligencia

No se cuenta con herramientas para valorar, sin embargo, impresiona promedio

Juicio y Raciocinio

debilitado por el afecto

Introspección

pobre

Prospección

incierta

Análisis

Paciente de 17 años natural, residente y procedente, soltera, vive con padre y hermano, estudiante de 10 grado, sin embargo no asiste al colegio desde agosto de 2018.

Paciente con antecedente de trastorno depresivo y trastorno oposionista desafiante en controles por psiquiatría ambulatorio, el día de hoy asiste en compañía de abuela y padre por presentar cuadro clínico de 4 meses de evolución dado por síntomas de predominio afectivos dados por animo triste y ansiedad, asociado a alucinaciones visuales y auditivas, además de exacerbación de ideas de muerte e ideas de suicidio estructuradas. Además con alteración de su patrón alimenticio dado por conductas restrictivas y conductas de vómito varias veces al día. En el momento sin alteración de su IMC. Actualmente consideramos que paciente cursa con un trastorno depresivo mayor, episodio actual grave con síntomas psicóticos por lo cual requiere manejo intrahospitalario para contención ambiental y ajuste farmacológico.

Se explica conducta a familiares quienes dicen entender y aceptar, firman consentimiento informado. Se realiza ficha de notificación de ideación suicida.

Diagnostico			
Diagnóstico Principal:	F323	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	Confirmado nuevo
Diagnóstico Relacionado:	Z731	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD	
Causa Externa:	Enfermedad general	Finalidad Consulta:	No aplica

DSM 5

Trastorno depresivo mayor, episodio actual grave con síntomas psicóticos

Reflujo gastroesofágico

GAF/100: 40

Evaluación Clínica de Riesgo de Suicidio

Alto

VALORACION DEL RIESGO DE CAÍDAS ESCALA DE MORSE

Antecedentes_de_caidas_recientes_o_en_los_3_ultimos_meses:	00
Diagnostico_secundario:	15
Ayuda_para_la_deambulacion:	00
Cateteres_IV_Via_heparinizada:	00
Equilibrio_traslado:	00
Estado_Mental:	00
Total:	15

ESCALA SAD PERSONS

Sexo_masculino:	00
Edad_menor_25_o_mayor_45_años:	01
Depresion:	01
Tentativa_suicida_previa:	01
Abuso_alcohol:	00
Falta_pensamiento_racional:	00
Carencia_apoyo_social:	00
Plan_organizado_suicidio:	00
No_pareja_o_conyuge:	01
Enfermedad_somatica:	01
PUNTUACION::	5

INSTRUMENTO PARA RIESGO DE EVASION

Riesgo de evasión?: NO

INSTRUMENTO PARA RIESGO DE HETERO AGRESIÓN

Inquietud Motora: 1


Evaluación de Riesgo Hetero Agresión: 1 **Riesgo de hetero agresión?:** NO

Conducta

Hospitalizar en Unidad A
Dieta normal, vigilar ingesta de alimentos
Asignar a Dr. Franco
Asignar a grupo y residente de jóvenes
Sertralina tab 100 mg 1-0-0
Quetiapina XR 400 mg 0-0-1
Vigilar riesgo autolesivo

Médico Residente que acompaña el ingreso

Natalia Arango A

RIGOBERTO LOPEZ QUICENO

PSIQUIATRA
REGISTRO MEDICO 992214