

JOSEARLEY GIL SIERRA

Fecha de Nacimiento: 12.07.1997

Convenio: FAM COLS EVENTO

Centro medico: CL CIUDAD ROMA

Tipo Identificación: CC

Edad: 20 Años 10 Meses 30 días

Episodio: 0035299987

Número Identificación: 1026592845

Sexo: M

No. Habitación:

Tipo de Registro: Evolución

Fecha: 11.06.2018

Hora: 10:49:14

-----SUBJETIVO-----

**** NOTA MEDICA ****

PACIENTE DE 20 AÑOS DE EDAD QUIEN CURSA CON IDX.

**1. INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA (POLIMEDICACION= 1.1 INTOXICACIÓN
POR ACETAMINOFEN. 2**

**INTOXICACION POR ACIDO ACETIL SALICÍLICO. 3.
INTENTO SUICIDA.**

-----OBJETIVO-----

REPORTE DE NIVELES SERICOS DE ACETAMINOFEN DE CONTROL:

5.0 MCG/ML.

-----ANÁLISIS-----

SE COMENTA PACIENTE CON LA DRA. FRANCISCA TOXICOLOGA, QUIEN REIFERE
QUEPOR ALTERACION DE LA FUNCION HEPATICA SE CONSIDERA CONTINUAR INFUSION
DEACETILCISTEINA HASTA COMPLETAR LAS 20 HORAS POR LA CANTIDAD DE INGESTA
DE ACETAMINOFEN. SE SOLICITA FUNCION HEPATICA , FUNCION RENAL , TIEMPOS
DE COAGULACION POSTERIOR A COMPLETAR INFUSION , SE EXPLICA A FAMILAIR
DEPACIENTE QUEIN REFEIREN ENTENDER Y ACEPTAR.

-----PLAN-----

1. HOSPITALIZACION.
2. NADA VIA ORAL.
3. LACTATO DE RINGER BOLO DE 1000 CC Y CONTINUAR A 100 CC HORA
4. CONTINUAR ACETILCISTEINA 8700MG EN 1000 CC DE DAD 5% PARA PASAR
EN 20 HORAS.
5. RANITIDINA 50MG IV CADA 8 HORAS.
6. PENDIENTE REPORTE DE NIVELES DE ACETAMINOFEN, UROANALISIS, FUNCION
HEPATICA DE CONTROL.
6. Sonda vesical a cystoflo.
7. CONTROL DE LIQUIDOS ADMISNITRADOS Y ELIMINADOS.
8. CSV-AC
9. REMISION VALORACION PSIQUIATRIA.

N. Identificación: 1013580715

Responsable: VALENCIA, STEFFANNY

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Registro: Evolución

Fecha: 11.06.2018

Hora: 10:35:04

-----SUBJETIVO-----

**** NOTA DE EVOLUCION DE LA MAÑANA ****

PACIENTE DE 20 AÑOS DE EDAD QUIEN CURSA CON IDX.

**1. INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA (POLIMEDICACION= 1.1 INTOXICACIÓN
POR ACETAMINOFEN**

2 INTOXICACION POR ACIDO ACETIL SALICÍLICO

3. INTENTO SUICIDA

S/. PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS, MAREO,
NIEGA FIEBRE, NIEGA EMESIS, NIEGA SANGRADOS, NIEGA CEFALEA, NIEGA OTRO
SINTOMA ASOCIADO.

-----OBJETIVO-----

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL HIDRATADO.

SV: TA: 110/70MMHG, FC. 70XMIN FR. 18XMIN T: 36.3°C SAT: 94% AMBIENTE.

PIEL: SIN ALTERACION.

C/C: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, PINRAL NORMAL, FONDO DE OJO NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, NO CIANOSIS PERIBUCAL, NO CONGESTION NASAL HIALINA, FARINGE NO ERITEMATOSA SIN HIPERTROFIA DE AMIGDALAS SIN PRESENCIA DE PLACAS PURULENTAS, OTOSCOPIA BILATERAL MEMBRANAS NO CONGESTIVAS NO ERITEMATOSAS, NO OTORREA. NO SANGRADOS BUCALES.

CUELLO: SIN ADENOPATIAS PALPABLES, NO SIGNOS DE RADICULOPATIA CERVICAL.

TORAX: MAMAS SIMETRICAS, NO MASAS, SIN TIRAJES COSTALES, NORMOEXPANSIBLE, PERCUSION NORMAL.

C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN MOVILIZACION DE SECRECIONES, SIN SIBILANCIA SIN RONCUS.

ABDOMEN: PERISTALTISMO NORMAL, NO DISTENDIDO, DOLOR A LA PALPACION EN EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE MASAS, NO VISCEROMEGALIAS, PERCUSION NORMAL.

EXTREMIDADES: EUTROFICAS, SIN EDEMAS, NORMOPERFUNDIDAS, PULSOS DISTALES PRESENTES SIMETRICOS.

NEUROLOGICO: CONSCIENTE, ALERTA, ACTIVO-REACTIVO, ORIENTADO EN 3 ESFERAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, NO DEFICIT MOTOR, NO DEFICIT SENSITIVO APARENTE, NO SIGNOS MENINGEOS, MARCHA Y COORDINACION NORMAL, REFLEJOS NORMALES, GLASGOW 15/15.

PARACLINICOS YA REPORTADOS:

PT 13,3 INR 1,31 CONTROL DEL DIA 10

HEMOGRAMA: SIN LEUCOCITOSIS SIN NEUTROFILIA LEVE

HEMOCONCENTRACION, SIN ANEMIA, SIN ALTERACION PLAQUETARIA.

BILIRRUBINA: TOTAL 0,90 NORMAL

ALANINO AMINOTRANSFERASA 61,5 LEVEMENTE ELEVADA

ASPARTATO 53,9 ELEVADA

GLUCOSAS 97 NORMAL

CREATINONA 0,81 NORMAL

BUN 7,8 NORMAL

GASES ARTERIALES

PH 7,430 P02 57,5 PC02 33,5 HCO3 21,9 BE -1.4 NO

ALTERACION ACIDO BASE

SODIO 143 NORMAL

POTASI 3,88 NORMAL

CLOROR 105,6 NORMAL

ACIDO LACTICO 1,4 NORMAL

ELECTROCARDIOGRAMA RITMO SINUSAL FC 70 NO ALTERACION

QT NI ST TRAZADO NORMAL

NIVELES DE ACETAMINOFEN: PENDIENTES REPORTE DE CONTROL.

-----ANÁLISIS-----

PACIENTE DE 20 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN ALTERACION DE LA AUSCULTACION CARDIOPULMONAR, CON PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL EN EL MOMENTO EN EPIGASTRIO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, QUIEN SE ENCUENTRA EN MANEJO CON ACETILCISTEINA, CON REPORTE DE PARACLINICOS QUE MUESTRAN ALTERACION DE FUNCION HEPATICA LEVE SIN ALTERACION DE TIEMPOS DE COAGULACION NI FUNCION RENAL, QUIEN TIENE PENDIENTE REPORTE DE NIVELES DE ACETAMINOFEN DE CONTROL, LLAMA LA ATENCION QUE PACIENTE PERSISTE CON IDEAS DE MINUSVALIA Y CON POBRE PROSPECCION POR LO CUAL SE CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO, SE INICIA TRAMITE DE REMISION PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA, EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR QUIENES REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

-----PLAN-----

1. HOSPITALIZACION
2. NADA VIA ORAL
3. LACTATO DE RINGER BOLO DE 1000 CC Y CONTINUAR A 100 CC HORA
4. CONTINUAR ACETILCISTEINA 8700MG EN 1000 CC DE DAD 5% PARA PASAR EN 16 HORAS

5. RANITIDINA 50MG IV CADA 8 HORAS
6. PENDIENTE REPORTE DE NIVELES DE ACETAMINOFEN, UROANALISIS, FUNCION HEPATICA DE CONTROL.
6. Sonda vesical a cystoflo
7. CONTROL DE LIQUIDOS ADMISNISTRADOS Y ELIMINADOS
8. CSV-AC
9. REMISION VALORACION PSIQUIATRIA.

N. Identificación: 1013580715
Responsable: VALENCIA, STEFFANNY
Especialidad: MEDICINA GENERAL