

INGRID CIRCA ORTIZ

Fecha de Nacimiento: 04.09.1997

Convenio: FAMISANAR RED CAFAM

Centro medico: CL CIUDAD ROMA

Tipo Identificación: CC

Edad: 20 Años 09 Meses 07 días

Episodio: 0035301422

Número Identificación: 1073522861

Sexo: F

No. Habitación:

Tipo de Registro: Evolución

Fecha: 11.06.2018

Hora: 15:16:52

-----SUBJETIVO-----

NOTA DE INGRESO A OBSERVACION

ASISTE CON ESPOSO : MARIO SALAMANCA

TEL. 3114984804

PACIENTE REFIERE CON CUADRO CLINICO DE 1 HORA Y MEDIA DE EVOLUCION CONSISTENTE INGESTA DE POLIFARMACOS (10 TABLETA DE CEFALEXINA +10 TABLETAS DE IBUPROFENO) SECUDNARIO A SENSACION DE DESANIMO, TRISTEZA PROFUNDA RAZON POR LA CUAL REFIERE UE INTENTO SUICIDARSE ADEMAS REFIERE QUE HACE 3 MESES TUVO PERDIDA FAMILIAR (PERDIDA DE PADRE).

FAMILIAR DE PACIENTE REFIERE QUE LA PACIENTE PRESENTO CAMBIOS DE CONDUCTA Y QUE POSTERIORMENTE TUVO DISCUSION CON FAMILIAR, REFIERE QUE AL POCO MOMENTO LE REFIRIO QUE SE IBA PARA LA CASA DE LA FAMILIAR DE PACIENTE Y REFIERE QUE EN EL POCO MOMENTO SE DIO CUENTA DE LA INGESTA DEMEDICAMENTOS EN EXCESO.

ANTECEDNETES PERSONALES

PATOLOGICOS SD OVARIO POLIQUISTICO.

ALERGICOS NIEGA

CIRUGUIAS . OOFORECTOMIA Y SALPINGORECTOMIA DERECHA

G0P0A0V0

RH. O+

REVISION POR SISTEMAS

DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES.

-----OBJETIVO-----

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL HIDRATADO.

SV: 128/79 FC. 87 LPM FR: 16 XMIN T: 36.5°C SATURACION : 95% AL 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 Y MESOGASTRIO, 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.

-----ANÁLISIS-----

PACIENTE DE 20 AÑOS QUIEN PRESENTA INTENTO SUICIDA E INTOXICACION MEDICAMENTOSA (INGESTA DE 10 TABLETAS DE CEFALEXINA Y 10 TABLETAS DE IBUPROFENO) AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL FOCALIZADO EN EPIGASTRIO Y EN MESOGASTRIO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN DOLOR TORACICO, SIN SIGNOS NEUROLOGICOS DE ALARMA , POR LO QUE CONSIDERO INGRESAR A SALA DE REANIMACION , POR TIEMPO DE EVOLUCION SE CONSIDERA REALIZAR LAVADO GASTRIO CON 1500CC AHORA , SE PROCEDE A PASO DE Sonda NASOGASTRICA Y PASO DE Sonda VESICAL, SE PROCEDEA TOMA DE PARACLINICOS, SE DEJA EN OBSERVACION PARA DEFINIR CONDUCTA MEDICA, SE HABLA CON FAMILIAR DE PACIENTE SE LE EXPLICA ESTADO ACTUAL DE PACIENTE QUEIN REFIERE ENTENDER , SE LE EXPLICA QUE SE INICIA TRAMITE DE REMISION PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA, SE LLAMARA A LA DRA, FRANCISCA PARA COMUNICAR EVENTO. FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO . SE HACE FICHA DE NOTIFICACION DE INTOXICACION Y POR INTENTO SUICIDA.

-----PLAN-----

1. HOSPITALIZAR
2. NADA VIA ORAL
3. PASO DE Sonda OROGASTRICA Y VESICAL
4. LAVADO GASTRICO CON 1500 CC AHORA.
5. CARBON ACTIVADO 50 GRAMOS EN 300CC/ AHORA.
6. LACTATO DE RINGER PASAR A 100 CC HORA.
7. SE SOLICITA: HEMOGRAMA, TGO, TGP, BILIRRUBINAS, TIEMPOS DE COAGULACION , GLUCOSA EN SUERO, UROANALISIS, BUN, CREATININA, SODIO, POTASIO, CLORO, GASES ARTERIALES, EKG
8. CUANTIFICAR LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS
9. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS - EVALUAR ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE CON PARACLINICOS.
10. SE INICIA TRAMITE DE REMISION PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA.

N. Identificación: 1013580715

Responsable: VALENCIA, STEFFANNY

Especialidad: MEDICINA GENERAL