

RESUMEN DE HISTORIA

NOMBRE: LISED KATHERINE GARCIA ACERO **TIPO DE DOC:** CC **Nº DOC:** 1073717010
EDAD: 19 AÑOS **SEXO:** F **FECHA DE NACIMIENTO:** 30/09/1998

FECHA DE INGRESO: 20/03/2018 23:20:5 **FECHA DE EGRESO:** / / 00:00:00
SERVICIO INGRESO: HOSPITALIZACION **SERVICIO EGRESO:** HOSPITALIZACION
PABELLON EVOLUCIÓN: 2 UCI

INGRESO DEL PACIENTE

FECHA: 20/03/2018 **HORA:** 23:20: **SERVICIO:** HOSPITALIZACION **CAUSA EXTERNA:** ENFERMERDAD GENERAL

MOTIVO DE CONSULTA

*** RESPUESTA INTERCONSULTA ORTOPEDIA ***

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS **RM:** 80085694
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 21/03/2018 **HORA:** 02:18:45
NOTA MEDICA INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

INGRESO UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

FECHA INGRESO UCI: 20-03-2018
FECHA INGRESO HUN: 20-03-2018
PRIORIDAD: 1

PROCEDENTE Y RESIDENTE: SOACHA
EDAD: 19 AÑOS
CC: 1073717010

MOTIVO DE CONSULTA: " INGRESA A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA MANEJO DE FALLA RESPIRATORIA "

ENFERMEDAD ACTUAL: SE TRATA DE PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE QUIEN EL DIA 18-03-2018 SALTA DESDE UN 3ER PISO CON TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y PERDIDA DE CONCIENCIA DE EVOLUCION INDETERMINADA, INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE SOACHA ALERTA, SIN APARENTE AGITACION, ORIENTADA, CON IMPOSIBILIDAD PARA LA MOVILIZACION DE ARTICULACION COXOFEMORAL IZQUIERDA, DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL EN TOBILLO IZQUIERDO, REALIZACION ESTUDIOS CON TAC DE COLUMNA LUMBOSACRA FRACTURA L2 ACUÑAMIENTO, TAC DE CRANEO SIMPLE: ADECUADA DIFERENCIACION CORTICOSUBCORTICAL, CISTERNAS PERMEABLES Y SISTEMA VENTRICULAR CONSERVADO, TAC DE COLUMNA CERVICAL Y TORACICA: SIN TRAZOS DE FRACTURA, NO LUXACIONES. SE SOLICITÓ RESONANCIA LUMBOSACRA PARA VALORAR ESTABILIDAD LIGAMENTARIA. PACIENE QUIEN EL DIA 19-03-2018 PRESENTÓ TAQUICARDIA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, Y TRASTORNO SEVERO DE LA OXIGENACION, RQUIRIENDO SOPORTE VENTILATORIO MECANICA INVASIVO. Y SEDOANALGESIA CON FENTANILO, MIDAZOLAM, CON HIPOTENSION ARTERIAL REQUIRIENDO SOPORTE VASOPRESOR CON NORADRENALINA, TOMANDOSE HEMOCULTIVOS Y PERFIL TOXICO., SE TOMÓ ANGIOTAC DE TÓRAX: SIN COMPROMISO DE GRANDES VASOS Y NEGATIVO PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, CONTUSIONES PULMONARES MULTIPLES DE PREDOMINIO IZQUIERDO MAYORES AL 50%, CON BIOMARCADORES

RESUMEN DE HISTORIA

POSITIVOS, CONTUSION MIOCARDICA, SOLICITANDOSE ECOCARDIOGRAMA. SE DERIVA A ESTA INSTITUCION PARA CONTINUAR MANEJO.

CONCEPTO DE NEUROCIRUGIA:

NO DETERIORO NEUROLÓGICO, ES NECESARIO RM COLUMNA LUMBOSACRA PARA DETERMINAR ESTABILIDAD LIGAMENTARIA, CONTINUAR MANEJO ANALGESICO.

CONCEPTO DE CIRUGIA GENERAL: PACIENTE CON POLITRAUMATISMO CON DESCOMPENSACION PULMONAR AGUDA, CONTUSIONES NO EVIDENCIADAS PREVIAMENTE, SOPORTE VENTILATORIO, EN ABDOMEN NO PATOLOGIA QUIRURGICA INTRABDOMINAL.

CONCEPTO DE ORTOPEDIA: PRESENTA FRACTURA DE PILON TIBIAL DE TOBILLO IZQUIERDO Y FRACTURA RADIAL IZQUIERDA ESTABLE, REQUIERE MANEJO QUIRURGICO, OSTEOSINTESIS DE TOBILLO IZQUIERDO.

REVISIÓN POR SISTEMAS: NIEGA

ANTECEDENTES:

PATOLÓGICOS: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

FARMACOLÓGICOS: RISPERIDONA SUSPENDIDA DESDE AGOSTO/2017

QUIRÚRGICOS: NIEGA

ALÉRGICOS: NIEGA

TÓXICOS: NIEGA

TRANSFUSIONALES: NIEGA

HOSPITALARIOS: NIEGA

EXAMEN FISICO INGRESO UCI:

ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES

SIGNOS VITALES: TA:113/69 MMHG TAM: 79 FC:111 FR:14, SATO2: 99% FIO 0.7, TEMPERATURA: 36.2°C

GLUCOMETRIA: 79MG% PESO: 65KG

MUCOSAS HUEMADAS CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, CUELLO MÓVIL SIN MEGALIAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO NO MASAS NO MEGALIAS NO IRRITACIÓN PERITONEAL, NO DISTENSION EXTREMIDADES EUTRÓFICAS CON INMOVILIZACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, BUEN LLENADO CAPILAR, NEUROLÓGICO: NEUROLÓGICO: BAJO SEDACION RESIDUAL, RASS -1, APERTURA OCULAR AL LLAMADO, OBEDECIENDO ORDENES, MOVILIZANDO SUS 4 EXTREMIDADES, NO AGITACION,

EXTRAHISTORIALES

NO TRAEN IMAGENES DIAGNOSTICAS

PENDIENTE REALIZACIÓN DE ECOCARDIOGRAMA TT Y RM DE COLUMNA LUMBOSACRA

PARACLINICOS: GB: 19500 HB: 125.8 HTO: 37% PLQE: 159MIL NT: 78%, CLORO: 1201 CRAT: 0.8

TROPONINAS: 2.56, GLUCEMIA: 131

GASES ARTERIALES: PH: 7.32 PO2: 93.7 PCO2: 39.4 HCO3: 20.2 BE: -5.8 SAO2: 96%

INSTITUCIONALES

GASES ARTERIALES: PH 7.513, PCO2 21.7MMHG, PO2 87.1MMHG, HCO3 17.1mmol/L, BE -5.5,

SATO2 97%, PAFI 311, FIO2 0.28, LACTATO: 3.44mmol/L

RESUMEN DE HISTORIA

ANÁLISIS:

SE TRATA DE PACIENTE EN LA 2DA DECADA DE LA VIDA CON ANTECEDENTES DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE NO ADHERENTE AL TRATAMIENTO, QUIEN EL DIA 18-03-2018 INTENTO SUICIDA AL LANZARSE DESDE UN 3ER PISO, CON TRAUMATISMO EN MIEMBROS INFERIORES, FRACTURA DE PILON TIBIAL DE TOBILLO IZQUIERDO, FRACTURA VERTEBRAL L2 Y DE RAMA ILIOPUBICA IZQUIERDA ESTABLE, SIN DETERIORO NEUROLÓGICO QUIEN EL DIA 19-03-2018 DIFICULTADA RESPIRATORIA, TRASTORNO SEVERO DE LA OXIGENACION CON ANGIOTAC DE TÓRAX QUE DESCARTA TEP, EVIDENCIANDO CONTUSIONES PULMONARES MULTIPLES DE PREDOMINIO IZQUIERDO MAYORES AL 50%, SE INDICO SOPORTE VENTILATORIO MECANICO, LLAMA LA ATENCION EN GASIMETRIA ARTERIAL MEJORÍA DE INDICES DE OXIGENACION. SE CONSIDERA QUE PACIENTE PRESENTO FALLA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA SECUNDARIA A CONTUSIONES PULMONARES MULTIPLES, CON MEJORÍA RAPIDA DE LA OXIGENACION, NO COMPORTANDOSE COMO SDRA, AL INGRESO DE LA UNIDAD AUN CONTINÚA CON SOPORTE DE NORADRENALINA 0.1/KG/MIN, CON HIPERLACTATEMIA, SE AUMENTA APOORTE HIDRICO, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA. LLAMA ATENCION ELEVACION DE TROPONINAS, A DESCARTAR CONTUSION MIOCARDICA, SE DEJA SEDOANALGESIA CON FENTANILO, EN CASO DE PRESENTAR AGITACION SE ADICIONARA DEXMEDETOMIDINA.

DIAGNÓSTICOS:

FALLA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA

- 1.1. MULTIPLES CONTUSIONES PULMONARES
2. POLITRAUMATISMO
 - 2.1. FRACTURA DE PILON TIBIAL DE TOBILLO IZQUIERDO
 - 2.2. FRACTURA DE RAMA TIBIO ISQUIOPUBIANA IZQUIERDA
 - 2.3. . CONTUSION MIOCARDICA A DESCARTAR.
3. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
4. INTENTO SUICIDA

PROBLEMAS:

CONTUSIONES PULMONARES
CONTUSION MIOCARDICA

SOPORTES:

VENTILACION MECANICA INVASIVA
LR 1CC/KG/H
NORADRENALINA 0.08MCG/KG/MIN
SEDOANALGESIA: FENTANILO 100MCG/H

ACCESOS:

CVC SUBCLAVIO DERECHO

ANTIBIÓTICO: NO

AISLAMIENTO: NINGUNO.

PLAN:

ESTANCIA EN CUIDADOS INTENSIVOS
CABECERA ELEVADA
VENTILACION MECANICA INVASIVA
LR 1000CC AHORA, CONTINUAR 1CC/KG/H

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

FENTANILO 100MCG/H RASS -1
HBPM 40MG SC CADA 24 HORAS
OMEPRAZOL 40MG IV CADA 24 HORAS
SS RX TÓRAX
SS LABORATORIOS RUTINA DE UCI
SS TROPONINAS
SS VALORACION POR ORTOPEDIA
SS GASES ARTERIALES
SS EKG
CUIDADOS DE ENFERMERIA

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 80085694

NOTA MEDICA

FECHA: 21/03/2018 HORA: 12:56:15
EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
Turno DIA 21/03/2018

FECHA INGRESO UCI: 20-03-2018
FECHA INGRESO HUN: 20-03-2018
PRIORIDAD: 1

Paciente: Lised Katherine Garcia
Edad: 19 años

Diagnósticos:

1. Falla respiratoria hipoxémica
 - Contusiones pulmonares multiples referidas en historia clínica
 - Sospecha de contusion cardiaca
2. Politraumatismo en relacion a caida de altura
 - fractura de tibia distal izquierda referida en historia clínica
 - fractura de rama isquiopubica izquierda referidas en historia clínica
 - fractura de radio izquierdo referida en historia clínica
 - fractura por acunamiento L2 referida en historia clínica
3. Antecedente de esquizofrenia paranoide
 - Autoagresión.

Problemas:

politraumatismo por caida de altura
requerimiento de soporte ventilatorio y hemodinámico
Patología psiquiatrica sin manejo con riesgo de auto y heteroagresion

soportes:

Ventilatorio: ventilacion mecanica invasiva
hemodinámico: noradrenalina 0.08mcg/kg/min y lactato de ringer 1cc/kg/h
sedoanalgesia: fentanilo 100mcg/h
metabolico: no
Antibiotico: no
Aislamiento: ninguno.

RESUMEN DE HISTORIA

Accesos:

cateter venoso central subclavio derecho extrahospitalario
sonda vesical extrahospitalario.

S/: Paciente alertable al llamado RASS -2, sin agitación, acoplada a ventilación mecánica, refiere dolor modulado. Diuresis clara por sonda vesical.

O/. Regular estado general, hidratada, acoplada a ventilación mecánica invasiva

SV: FC 72 FR14 TA 133/86 SaO2 99% T 36.0

Balance de líquidos: LA 524 LE 430 gasto urinario 0.9 ml/kg/h en 6 horas

Simetría facial, Mucosas húmedas, isocoria reactiva, inyección conjuntival en ojo derecho, tubo orotraqueal permeable, sin secreciones. Cuello móvil sin masas, no ingurgitación yugular. Tórax simétrico, ruidos cardíacos rítmicos con soplos pulmonar sistólico grado II/VI, ruidos respiratorios conservados con estertores bibasales. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias, sin irritación peritoneal. Extremidades: bien perfundidas, edema de mano izquierda, no se palpan crepitaciones, inmovilización de pierna y pie izquierdo. Neurológico RASS -2, alertable, comprende y ejecuta órdenes sencillas. Moviliza las 4 extremidades, sin signos meníngeos.

Paraclínicos: 21/03/2018

BUN 9.3 creatinina 0.5 Na 140 K 3.6 Cl 103.2 Ca 7.9 Mg 1.47

troponina 0.102 PT 16.9 PTT 30 INR 1.27

hemograma: leucos 15270 neutros 64.4% linfos 25.1% Hb 11 Hco 33.4 plaquetas 126000

Rx de tórax Tráquea central con tubo endotraqueal a 42 mm de la carina. Catéter de acceso subclavio derecho con extremo en aurícula derecha. Parches para monitoreo cardíaco.

Silhouette cardíaca no valorable por rotación. Leve aumento de la densidad hacia el ápice y la base izquierda que no descarta contusión. Recesos diafragmáticos libres. Angulación hacia la derecha de la parte alta de la columna dorsal.

EKG: Fc 74 ritmos sinusal, trastorno de repolarización en cara lateral. Sin desviación del segmento ST, ni ondas Q.

gases arteriales: FIO2: 30 % PH: 7.46 PCO2: 30.7 PO2: 84.8 CHCO3: 21.5 BE: -2.3 SAO2: 97 %

PA/FI: 282.7 LAC: 1.61

Análisis.

Paciente femenina de 19 años de edad en manejo por politrauma secundario a caída de altura en el contexto de autoagresión en paciente con trastorno psiquiátrico sin medicación. Al momento paciente sin evidencia de progresión en choque cardiogénico, ni deterioro respiratorio, de hecho gases de control con mejoría significativa de oxigenación. Se considera continuar manejo de soporte instaurado, cambio de analgesia para lograr estado de conciencia más alerta con el objetivo de extubación temprana. Se encuentra pendiente valoración por ortopedia, al momento sin disponibilidad de imágenes tomadas en sitio de remisión, se habla con la familia para conseguir las. Respecto a la patología de base psiquiátrica, se solicita valoración por riesgo de auto y hetero agresión.

plan:

estancia en cuidados intensivos

ventilación mecánica invasiva CPAP

lactato de ringer iv 1cc/kg/h

Noradrenalina 0.08mcg/kg/min titulación para descenso

dexmedetomidina 0.5mcg/kg/min infusión titulable

hidromorfona 0.6mg iv c/4h

heparina de bajo peso molecular 40mg sc cada 24 horas

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

omeprazol 20mg vo cada 24 horas
suspender fentanil
SS. valoración por psiquiatría
pendiente: concepto de ortopedia

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 91106137

NOTA MEDICA

FECHA: 21/03/2018 **HORA:** 13:02:50

*** RESPUESTA INTERCONSULTA ORTOPEDIA *** 21/03/2018

Nombre: Lised Katherine Garcia Acero
Edad: 19 años

Enfermedad actual: Paciente de 19 años con antecedente de Esquizofrenia de tipo Paranoide quien presenta caída desde un tercer piso, presuntamente en un intento de suicidio, recibiendo múltiples traumatismos entre ellos en miembros inferiores y cráneo encefálico, con pérdida del estado de conciencia, refiere familiar que fue llevada al servicio de urgencias en Soacha consciente, con limitación para la movilidad de articulación coxofemoral y tobillo izquierdo, dentro de estudios intrahospitalarios con Tomografía de Columna Lumbosacra, que reporta Fractura de L2 con acúñamiento, Tomografía de columna cervical y torácica sin trazos de fractura, fue valorada por Ortopedia quienes consideran que cursa con presenta fractura de pilón tibial de tobillo izquierdo y fractura radial izquierda estable, fractura con acúñamiento de L2.

Refiere que el día 19/03/2018 presenta episodio de dificultad respiratoria asociado a taquicardia, requiriendo soporte respiratorio invasivo asociado a soporte vasopresor, por lo cual ingresa a la UCI en nuestra institución.

Antecedentes:

Patológicos: Esquizofrenia Paranoide

Farmacológicos: Risperidona suspendido en agosto/2017

Quirúrgicos: No refiere

Alergicos: No refiere

Tóxicos/Exposicionales: No refiere

Examen físico:

Paciente con ventilación mecánica invasiva, estuporosa, RASS -4

Se evidencia edema en miembro superior izquierdo, no impresiona dolor a la palpación en miembros superiores, miembro inferior izquierdo inmovilizado con férula suropédica, sin cambios en coloración ni en temperatura de artejos, llenado capilar 2 segundos.

Paraclínicos:

No cuenta con imágenes del sitio de remisión.

Análisis: Paciente en la segunda década de la vida con antecedente de esquizofrenia quien sufre caída desde un tercer piso recibiendo múltiples traumatismos, entre los cuales se sospecha trauma en tobillo, cadera y columna lumbar, en el momento se encuentra en regulares condiciones generales, estuporosa, con dificultades para encontrar hallazgos al examen físico debido a su estado actual de conciencia, no cuenta en el momento con imagenología para descartar trazos de fracturas, razón por la cual se solicita radiografía de pie y tobillo izquierdo, radiografía de articulación coxofemoral izquierda, radiografía de columna lumbosacra, torácica y

RESUMEN DE HISTORIA

toracica, radiografía de muñeca bilateral, antebrazo, codo izquierdo, se revalorará con resultados de imagenes para definir conducta médica a seguir por parte de nuestro servicio.

Plan:

Se solicita Radiografía de pie y tobillo izquierdo.

Se solicita radiografía de articulacion coxofemoral izquierda

Se solicita radiografías de columna cervical, torácica y lumbosacra.

Se solicita radiografías de muñeca, antebrazo bilateral y codo izquierdo

Revaloración con resultados.

MEDICO : FRANCISCO JAVIER GARCIA BERMUDEZ

RM: 79600564

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 21/03/2018 **HORA:** 14:51:36

NEUROCIRUGÍA

EA. PACIENTE DE 19 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA SIN ADHERENCIA A ANTIPSICÓTICOS, PRESENTA EL DÍA 17/03/18 INTENTO DE SUICIDO AL SALTAR DE UN 3 PISO, AL PARECER SIN ALTERACIÓN DE LA CONSCIENCIA, Y CON POSTERIOR DIFICULTAD PARA EL MOVIMIENTO. EN EL MOMENTO NIEGA DOLOR, REFIERE TRISTEZA Y EN OCASIONES SE AGITA.

ANT. NIEGA OTROS DE IMPORTANCIA

EF. TA 128/78 FR 20 SAT 96 FC 76

COLABORADORA, HIDRATADA, AFEBRIL, IOT/AC, SEDACIÓN CON DEXMEDETOMIDINA, SOPORTE CON NOREPINEFRINA. ALERTA, ATENTA, SE COMUNICA POR GESTOS, OBEDECE ÓRDENES, PUPILAS 2mm NORMORREACTIVAS, MOV OCULARES CONSERVADOS, SIMETRÍA FACIAL, MOVILIZA 4 EXTREMIDADES, RMT ++/++++, NO MENINGEOS, NO DOLOR NI DEFORMIDAD CRANEAL NI EN COLUMNA CERVICAL, TORÁCICA O LUMBOSACRA. MII INMOVILIZADO.

ANALISIS. PACIENTE CON POLITRAUMA POR CAÍDA DE ALTURA, INTENTO DE SUICIDIO Y ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA SIN TRATAMIENTO, EN EL MOMENTO CON TRAUMA CRANEANO, SIN DEFICIT NEUROLÓGICO, SIN SIGNOS DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA, DOLOR CONTROLADO, SIN SIGNOS DE FRACTURA DE COLUMNA Y CON REPORTES DE IMAGENES EXTRAINSTITUCIONALES EN LÍMITES NORMALES. SE SOLICITA A FAMILIAR TRAER ESTUDIOS PARA DEFINIR MANEJO ADICIONAL. EN EL MOMENTO SIN INDICACIÓN QUIRÚRGICA URGENTE, SIN INDICACIÓN DE REPETIR ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS Y SE CONSIDERA DESTETE DE SEDACIÓN Y EXTUBACIÓN PROGRAMADA SEGÚN UCI.

PLAN

MANEJO CON UCI, ORTOPEDIA

DESTETE DE SEDACIÓN, PRUEBA DE EXTUBACIÓN PROGRAMADA

SE SOLICITA IMAGENES EXTRAINSTITUCIONALES

AVISAR CAMBIOS

MEDICO : MARIA TERESA ALVARADO TORRES

RM: 53053066

ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 21/03/2018 **HORA:** 16:58:57

EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Turno tarde 21/03/2018

RESUMEN DE HISTORIA

FECHA INGRESO UCI: 20-03-2018
FECHA INGRESO HUN: 20-03-2018
PRIORIDAD: 1

Paciente: Lised Katherine Garcia
Edad: 19 años

Diagnósticos:

1. Falla respiratoria hipoxémica
 - Contusiones pulmonares múltiples referidas en historia clínica
 - Sospecha de contusión cardiaca
2. Politraumatismo en relación a caída de altura
 - Fractura de tibia distal izquierda referida en historia clínica
 - Fractura de rama isquiopubica izquierda referidas en historia clínica
 - Fractura de radio izquierdo referida en historia clínica
 - Fractura por acúñamiento L2 referida en historia clínica
3. Antecedente de esquizofrenia paranoide
 - Autoagresión.

Problemas:

Politraumatismo por caída de altura
Requerimiento de soporte ventilatorio y hemodinámico
Patología psiquiátrica sin manejo con riesgo de auto y heteroagresión

Soportes:

Ventilatorio: ventilación mecánica invasiva
Hemodinámico: noradrenalina 0.05 mcg/kg/min y lactato de ringer 1 cc/kg/h
Sedoanalgesia: hidromorfona 0.6 mg a necesidad - dexmedetomidina 0.5 mcg/kg/min
Metabólico: no
Antibiótico: no
Aislamiento: ninguno.

Accesos:

Catéter venoso central subclavio derecho extrahospitalario
Sonda vesical extrahospitalario.

S/: Paciente alertable al llamado RASS -3, tranquila, acoplada a ventilación mecánica, refiere dolor modulado.

O/. Regular estado general, hidratada, acoplada a ventilación mecánica invasiva

SV: FC 87 FR 14 TA 116/72 TAM 82 SaO2 98% T 36.0

Simetría facial, mucosas húmedas, isocoria reactiva, inyección conjuntival en ojo derecho, tubo orotraqueal permeable, sin secreciones. Cuello móvil sin masas, no ingurgitación yugular. Tórax simétrico, ruidos cardiacos rítmicos con soplos pulmonar sistólico grado II/VI, ruidos respiratorios conservados con estertores bibasales. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias, sin irritación peritoneal. Extremidades: bien perfundidas, edema de mano izquierda, no se palpan crepitaciones, inmovilización de pierna y pie izquierdo. Neurológico RASS -3, alertable, comprende y ejecuta ordenes sencillas. Moviliza las 4 extremidades, sin signos meníngeos.

Análisis.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

Paciente femenina de 19 años de edad en manejo por politrauma secundario a caída de altura en el contexto de autoagresión en paciente con trastorno psiquiátrico sin medicación. En el momento paciente hemodinámicamente estable, sin deterioro respiratorio, en quien se ha logrado adecuada respuesta con el destete progresivo de vasopresor. Persiste con RASS -3 a pesar de suspensión de infusión de fentanilo, por lo cual se considera uso de hidromorfona a necesidad de acuerdo a dolor. Respecto a la etiología de la falla respiratoria, llama la atención rápida mejoría del cuadro clínico con inicio de ventilación mecánica con PEEP alta, en este contexto existe alta probabilidad de edema cardiogénico asociado a contusión miocárdica evidenciado con elevación de troponinas, si bien no hay signos de trauma directo en tórax, se solicita ecocardiograma transtorácico y troponinas de control. Valorada por ortopedia quienes consideran toma de imágenes diagnósticas en extremidades, con el fin de establecer manejo. Respecto a la fractura en cuña en L2, neurocirugía considera esperar imágenes diagnósticas extrahospitalarias para dar concepto. Pendiente valoración por psiquiatría por riesgo de auto y heteroagresión.

Plan:

Estancia en cuidados intensivos.
Ventilación mecánica invasiva CPAP.
Lactato de ringer IV 1cc/kg/h.
Noradrenalina 0.05 mcg/kg/min titulación para descenso.
Dexmedetomidina 0.5 mcg/kg/min infusión titulable.
Hidromorfona 0.6 mg IV de acuerdo a necesidad.
Heparina de bajo peso molecular 40 mg sc cada 24 horas.
Omeprazol 20 mg vo cada 24 horas.
Pendiente valoración por psiquiatría.
Se solicita ecocardiograma transtorácico.
Se solicita troponinas de control

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 129597

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 21/03/2018 **HORA:** 17:17:

VER FOLIO IC.

Solicitado por : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 129597

Realizado por : CARLOS DANIEL DE JESUS GARCIA SARMIENTO
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

RM: 8297

NOTA MEDICA

FECHA: 21/03/2018 **HORA:** 17:19:04

NOTA ADICIONAL

Se revisa historia clínica y reportes de paraclínicos extrahospitalarios traídos por familiar, donde se revisa ecocardiograma extrahospitalario del 20/03/18 sin alteraciones en la función sistólica ventricular u otros hallazgos anormales, por lo cual se cancela ecocardiograma solicitado en la nota anterior. De igual manera traen imágenes diagnósticas donde se evidencian los trazos de fracturas, por lo cual se cancelan imágenes diagnósticas solicitadas por ortopedia.

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE

RM: 129597

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 22/03/2018 HORA: 00:06:14

EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Turno NOCHE 21/03/2018

FECHA INGRESO UCI: 20-03-2018

FECHA INGRESO HUN: 20-03-2018

PRIORIDAD: 1

Paciente: Lised Katherine Garcia

Edad: 19 años

Diagnósticos:

1. Falla respiratoria hipoxémica
 - Contusiones pulmonares múltiples referidas en historia clínica
 - Sospecha de contusión cardiaca
2. Politraumatismo en relación a caída de altura
 - Fractura de tibia distal izquierda referida en historia clínica
 - Fractura de rama isquiopubica izquierda referidas en historia clínica
 - Fractura de radio izquierdo referida en historia clínica
 - Fractura por acúñamiento L2 referida en historia clínica
3. Antecedente de esquizofrenia paranoide
 - Autoagresión.

Problemas:

Politraumatismo por caída de altura
Requerimiento de soporte ventilatorio y hemodinámico
Patología psiquiátrica sin manejo con riesgo de auto y heteroagresión

Soportes:

Ventilatorio: ventilación mecánica invasiva CPAP PEEP 5 FiO2 30%
Hemodinámico: noradrenalina 0.03 mcg/kg/min y lactato de ringer 1cc/kg/h
Sedanalgesia: hidromorfona 0.6 mg a necesidad - dexmedetomidina 0.5 mcg/kg/min
Metabólico: no
Antibiótico: no
Aislamiento: ninguno.

Accesos:

Catéter venoso central subclavio derecho extrahospitalario
Sonda vesical extrahospitalario.

S/: Paciente alertable al llamado RASS -2, tranquila, acoplada a ventilación mecánica, refiere dolor modulado.

O/. Regular estado general, hidratada, acoplada a ventilación mecánica invasiva

SV: FC 77 FR 19 TA 116/74 SaO2 97% T 36.0

RESUMEN DE HISTORIA

Simetría facial, mucosas húmedas, isocoria reactiva, inyección conjuntival en ojo derecho, tubo orotraqueal permeable, sin secreciones. Cuello móvil sin masas, no ingurgitación yugular. Tórax simétrico, ruidos cardiacos rítmicos con soplos pulmonar sistólico grado II/VI, ruidos respiratorios conservados con estertores bibasales. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias, sin irritación peritoneal. Extremidades: bien perfundidas, edema de mano izquierda, no se palpan crepitaciones, inmovilización de pierna y pie izquierdo. Neurológico RASS -1, alertable, comprende y ejecuta ordenes sencillas. Moviliza las 4 extremidades, sin signos meníngeos.

Paraclínicos: NO hay nuevos

Análisis.

Paciente femenina de 19 años de edad en manejo por politrauma secundario a caída de altura en el contexto de autoagresión en paciente con trastorno psiquiátrico sin medicación. En el momento paciente con evolución clínica sin deterioro, ha tolerado descenso de soporte hemodinámico y ventilación mecánica bajo parámetros bajos. Se considera continuar igual manejo de soporte, se encuentra pendiente paraclínicos solicitados para estudio de probable contusión cardíaca. Se corrigen ordenes de imágenes diagnósticas solicitadas por el servicio de ortopedia. Paciente con indicación de manejo en unidad de cuidado intensivo por requerimiento de múltiples soportes, se solicitan paraclínicos de control para el día de mañana.

Plan:

Estancia en cuidados intensivos.
Ventilación mecánica invasiva CPAP.
Lactato de ringer IV 1cc/kg/h.
DAD 10% 20 ml/h iv
Noradrenalina 0.05 mcg/kg/min titulación para descenso.
Dexmedetomidina 0.5 mcg/kg/min infusión titulable.
Hidromorfona 0.6 mg IV de acuerdo a necesidad.
Heparina de bajo peso molecular 40 mg sc cada 24 horas.
Omeprazol 20 mg vo cada 24 horas.
Pendiente valoración por psiquiatría.
Pendiente ecocardiograma transtorácico. troponinas de control
SS. gases arteriales. EKG, Rx de tórax, hemograma, función renal

MEDICO : JAVIER ANDRES MORA ARTEAGA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 80039257

NOTA MEDICA

FECHA: 22/03/2018 **HORA:** 11:09:59

NOTA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

PACIENTE DE 19 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE

1. Fractura de I2
2. FRACTURA DE RAMA ILEOPUBLICA DERECHA ESTABLE
3. FRACTURA DE PILON TIBIAL IZQUIERDO

S/PACIENTE CON SEDACION ESTUPOROSA ALERTABLE AL LLAMADO
O/PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL FEBRIL HIDRATADA
CC CONJUNTIVAS NORMOCORMICAS ESCLERAS ANCIETRICAS
EXT CON EVIDENCIA DE DORSIFLEXION EL PIE DERECHO CON SENSIBILIDAD CONSERVADA
NEUR SIN DEFICIT APARENTE

RESUMEN DE HISTORIA

ANALISIS PACIENTE DE 19 AÑOS CON TRAUMA AXIAL CON FRCTURAS VERTREBRAL Y DE PLEVIS ESTABLE QUE NOR EQUIERE MANEJO QUIRURGICO CON FRACTURA D EPILON TIBIAL IZQUEIRDO SE SOLICITA TAC DE TOBILLO CON EL FIN DE VALORAR ARTICULACION TIBIOTALAR

MEDICO : FERNANDO TORRES ROMERO
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

RM: 01-12691

NOTA MEDICA

FECHA: 22/03/2018 HORA: 12:07:53
EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
Turno DIA 22/03/2018

FECHA INGRESO UCI: 20-03-2018
FECHA INGRESO HUN: 20-03-2018
PRIORIDAD: 1

Paciente: Lised Katherine Garcia
Edad: 19 años

Diagnósticos:

1. Falla respiratoria hipoxémica
 - Contusiones pulmonares múltiples referidas en historia clínica
 - Sospecha de contusión cardiaca
2. Politraumatismo en relación a caída de altura
 - Fractura de tibia distal izquierda referida en historia clínica
 - Fractura de rama isquiopubica izquierda referidas en historia clínica
 - Fractura de radio izquierdo descartada
 - Fractura por acúñamiento L2 referida en historia clínica
3. Antecedente de esquizofrenia paranoide
 - Autoagresión.

Problemas:

Politraumatismo por caída de altura
Requerimiento de soporte ventilatorio y hemodinámico
Patología psiquiátrica sin manejo con riesgo de auto y heteroagresión

Soportes:

Ventilatorio: ventilación mecánica invasiva CPAP PEEP 5 FiO2 30%
Hemodinámico: noradrenalina 0.03 mcg/kg/min y lactato de ringer 1cc/kg/h
Sedoanalgesia: hidromorfona 0.6 mg a necesidad - dexmedetomidina 0.5 mcg/kg/min
Metabólico: DAD 10% 20ml/h iv
Antibiótico: no
Aislamiento: ninguno.

Accesos:

Catéter venoso central subclavio derecho extrainstitucional
Sonda vesical extrainstitucional.

S/: Paciente alertable al llamado RASS 0, tranquila, acoplada a ventilación mecánica, refiere dolor modulado.

RESUMEN DE HISTORIA

O/. Regular estado general, hidratada, acoplada a ventilación mecánica invasiva

SV: FC 76 FR 21 TA 121/84 SaO2 98% T 36.0

LA 1651 LE 2930 gasto urinario 1.8

glucometrias 86-100-79-90

Simetría facial, mucosas húmedas, isocoria reactiva, inyección conjuntival en ojo derecho, tubo orotraqueal permeable, sin secreciones. Cuello móvil sin masas, no ingurgitación yugular. Tórax simétrico, ruidos cardiacos rítmicos con soplos pulmonar sistólico grado II/VI, ruidos respiratorios conservados con estertores bibasales. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias, sin irritación peritoneal. Extremidades: bien perfundidas, edema de mano izquierda, no se palpan crepitaciones, inmovilización de pierna y pie izquierdo. Neurológico RASS 0, alertable, comprende y ejecuta ordenes sencillas. Moviliza las 4 extremidades, sin signos meníngeos.

Paraclínicos: 22/03/2018

BUN 5.2 creatinina 0.45 Na 139 K 3.66 Cl 101.1 Ca 8.1 Mg 1.6 PT 15.4 PTT 29.1 INR 1.14

CPK 86 troponina 0.073

leucos 10990 neutros 69.3% linfos 20.75 Hb 11.0 Hco 32.5 plaquetas 127000

Rx de tórax: silueta cardiomedial central, campos pulmonares con reforzamiento de trama perbronicovascular de predominio izquierdo, no se observan derrames.

gases arteriales: PH 7.42 PCO2 37.7 PO2 97.6 CHO3 23.9 BE -0.4 SATO2 97.3% LACT 1.6

PAFI 325

Análisis.

Paciente femenina de 19 años de edad en manejo por politrauma secundario a caída de altura en el contexto de autoagresión en paciente con trastorno psiquiátrico sin medicación. En el momento paciente con evolución clínica sin deterioro, ha tolerado descenso de soporte hemodinámico y ventilación mecánica bajo parámetros mínimos. Se considera suspender soporte hemodinámico, sedación y realizar extubación, con vigilancia clínica estricta postextubación y fonoterapia. Paciente valorada por neurocirugía quienes consideran no requiere intervenciones adicionales por su servicio, pendiente concepto de ortopedia.

Plan:

Estancia en cuidados intensivos.

extubación

Lactato de ringer IV 1cc/kg/h.

Hidromorfona 0.6 mg IV de acuerdo a necesidad.

Heparina de bajo peso molecular 40 mg sc cada 24 horas.

Omeprazol 20 mg vo cada 24 horas.

Pendiente valoración por psiquiatría.

SS. terapia por fonoaudiología

Suspender noradrenalina, dextrosa y dexmetomedina.

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO

RM: 91106137

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 22/03/2018 HORA: 14:13:

NEUROCIRUGÍA

PACIENTE VALORADA EL DÍA DE AYER POR NUESTRO SERVICIO POR POLITRAUMA. SE REVISAN IMÁGENES DE SITIO DE REMISIÓN: TAC DE CRANEO SIMPLE SIN FRACTURAS NI COLECCIONES INTRACRANEANAS, TAC COLUMNA CERVICAL Y TORÁCICA SIN

RESUMEN DE HISTORIA

LUXOFRATURAS Y LUMBOSACRA QUE EVIDENCIA FRACTURA INCOMPLETA DE PLATILLO SUPERIOR DE CUERPO DE L2 AO A1, SIN PÉRDIDA DE ALTURA NI INESTABILIDAD, CANAL Y FORÁMENES AMPLIOS. SE CONSIDERA NO REQUIERE MANEJO QUIRÚRGICO NI ORTÉSICO.

CONTINÚA MANEJO POR UCI Y ORTOPEDIA. SE CIERRA IC.

Solicitado por : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO

RM: 91106137

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

Realizado por : MARIA TERESA ALVARADO TORRES

RM: 53053066

ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 22/03/2018 HORA: 14:15:28

NEUROCIRUGÍA

PACIENTE VALORADA EL DÍA DE AYER POR NUESTRO SERVICIO POR POLITRAUMA. SE REvisa IMÁGENES DE SITIO DE REMISIÓN: TAC DE CRANEO SIMPLE SIN FRACTURAS NI COLECCIONES INTRACRANEANAS, TAC COLUMNA CERVICAL Y TORÁCICA SIN LUXOFRATURAS Y LUMBOSACRA QUE EVIDENCIA FRACTURA INCOMPLETA DE PLATILLO SUPERIOR DE CUERPO DE L2 AO A1, SIN PÉRDIDA DE ALTURA NI INESTABILIDAD, CANAL Y FORÁMENES AMPLIOS. SE CONSIDERA NO REQUIERE MANEJO QUIRÚRGICO NI ORTÉSICO.

CONTINÚA MANEJO POR UCI Y ORTOPEDIA. SE CIERRA IC.

MEDICO : MARIA TERESA ALVARADO TORRES

RM: 53053066

ESPECIALIDAD: NEUROCIRUGIA

NOTA MEDICA

FECHA: 22/03/2018 HORA: 16:15:52

EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Turno TARDE 22/03/2018

FECHA INGRESO UCI: 20-03-2018

FECHA INGRESO HUN: 20-03-2018

PRIORIDAD: 1

Paciente: Lised Katherine Garcia

Edad: 19 años

Diagnósticos:

1. Falla respiratoria hipoxémica RESUELTA
 - Contusiones pulmonares múltiples referidas en historia clínica
 - Sospecha de contusión cardiaca
2. Politraumatismo en relación a caída de altura
 - Fractura de tibia distal izquierda referida en historia clínica
 - Fractura de rama isquiopubica izquierda referidas en historia clínica
 - Fractura de radio izquierdo descartada
 - Fractura por acúñamiento L2 referida en historia clínica
3. Antecedente de esquizofrenia paranoide
 - Autoagresión.

Problemas:

Politraumatismo por caída de altura

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

Requerimiento de soporte ventilatorio y hemodinámico

Patología psiquiátrica sin manejo con riesgo de auto y heteroagresión

Soportes:

Ventilatorio: Oxígeno por canula nasal a 2L/min

Hemodinámico: lactato de ringer 1cc/kg/h

Sedoanalgesia: hidromorfona 0.6 mg a necesidad - dexmedetomidina 0.5 mcg/kg/min

Metabólico: NO

Antibiótico: no

Aislamiento: ninguno.

Accesos:

Catéter venoso central subclavio derecho extrahospitalario

Sonda vesical extrahospitalario.

S/: Paciente alerta adecuada interacción con el medio, tranquila sin agitación, refiere dolor modulado. No ha presentado disnea ni dolor torácico, leve disfonía.

O/. Regular estado general, hidratada, acoplada a ventilación mecánica invasiva

SV: FC 104 FR 24 TA 118/74 SaO₂ 96% T 36.0

Simetría facial, mucosas húmedas, isocoria reactiva, inyección conjuntival en ojo derecho. Cuello móvil sin masas, no ingurgitación yugular. Tórax simétrico, ruidos cardíacos rítmicos con soplos pulmonar sistólico grado II/VI, ruidos respiratorios conservados con estertores bibasales. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias, sin irritación peritoneal. Extremidades: bien perfundidas, edema de mano izquierda, no se palpan crepitaciones, inmovilización de pierna y pie izquierdo. Neurológico alerta, atenta, orientada comprende y ejecuta órdenes sencillas. Moviliza las 4 extremidades, sin signos meníngeos.

Paraclínicos: NO hay nuevos

Análisis.

Paciente femenina de 19 años de edad en manejo por politrauma secundario a caída de altura en el contexto de autoagresión en paciente con trastorno psiquiátrico sin medicación. En el momento paciente con evolución clínica sin deterioro, ha tolerado retiro de soporte hemodinámico y ventilación mecánica sin deterioro. Llama la atención persistencia de taquicardia, probablemente en relación a disfunción cardíaca por contusión probable, se considera iniciar manejo con betabloqueador a bajas dosis. Por el momento sin deterioro neurológico, ni agitación, se plantea continuar igual manejo instaurado, pendiente valoración por psiquiatría.

Plan:

Estancia en cuidados intensivos.

Oxígeno por canula nasal a 2L/min

Lactato de ringer IV 1cc/kg/h.

Hidromorfona 0.6 mg IV de acuerdo a necesidad.

metoprolol 12.5mg vo c/día ** nuevo **

Heparina de bajo peso molecular 40 mg sc cada 24 horas.

Omeprazol 20 mg vo cada 24 horas.

Pendiente valoración por psiquiatría.

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE

RM: 129597

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RESUMEN DE HISTORIA

NOTA MEDICA

FECHA: 22/03/2018 HORA: 19:16:50

*****RESPUESTA INTERCONSULTA DE PSIQUIATRIA*****

19 AÑOS, NATURAL Y PROCEDENTE DE SOACHA, SOLTERA, SIN HIJOS, BACHILLER, ESTABA CURSANDO ESTUDIOS EN DISEÑO GRAFICO EN INCAP, VIVE CON LA MADRE FRANCISCA Y HERMANOS. DIANA (DOCENTE DE BIOLOGIA), ANGELA (CURSO DOCTORADO EN BIOQUIMICA), ANDRES (TRABAJA EN ISLA MARGARITA) Y PEDRO (BACHILLER, AHORA CESANTE)

SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA CON DIAGNOSTICOS:

Diagnósticos:

1. Falla respiratoria hipoxémica RESUELTA
 - Contusiones pulmonares múltiples referidas en historia clínica
 - Sospecha de contusión cardiaca
2. Politraumatismo en relación a caída de altura
 - Fractura de tibia distal izquierda referida en historia clínica
 - Fractura de rama isquiopubica izquierda referidas en historia clínica
 - Fractura de radio izquierdo descartada
 - Fractura por acúñamiento L2 referida en historia clínica
3. Antecedente de esquizofrenia paranoide
 - Autoagresión.

SE ENTRE VISTA A LA MADRE DE LA PACIENTE FRANCISCA Y HERMANAS, RELATAN QUE DESDE LA INFANCIA HA SIDO AUTOEXIGENTE CON SU DESEMPEÑO ACADÉMICO, LUEGO DE CONCLUIR BACHILLERATO SE PRESENTÓ VARIAS VECES A ESTUDIOS LITERARIOS EN LA NACIONAL, Y NO ENTRO, LUEGO DE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE PRESENTÓ OCTUBRE DE 2016 INICIO CON HIPOBULIA, AISLAMIENTO, Poca comunicación, LUEGO CON IRRITABILIDAD HIPERBULIA, DISMINUCIÓN DE LA NECESIDAD DEL SUEÑO, SE ESCAPABA Y DURABA CAMINANDO VARIAS HORAS, LOGORREICA, ESTABA PINTANDO VARIOS CUADROS, EN OCASIONES CON RISAS INMOTIVADAS EN OTROS SÍNTOMAS PSICÓTICOS

INGRESO A CAMPO ABIERTO, ALLÍ INICIALMENTE DX ESQUIZOFRENIA LUEGO TRASTORNO BIPOLAR, RECIBIÓ LITIO Y RISPERIDONA, CON HIPERPROLACTINEMIA POR LO QUE CAMBIARON RISPERIDONA POR OLANZAPINA, LUEGO CON MARCADA HIPOBULIA Y Poca ejecución de actividades, DESDE JULIO DE 2017 SUSPENDIÓ LA MATEMÁTICA, EL AÑO PASADO ENTRO A ESTUDIAR EN INCAP CON ACEPTABLE RENDIMIENTO, DESDE ENERO DE 2018 DEJO DE ASISTIR A SU ESTUDIO PERO SALIÓ DE CASA Y HACIÓ ACTIVIDADES COMO LEER, IR A CLASES DE PINTURA Y YOGA EN BIBLIOTECAS PÚBLICAS, DESDE HACE UNA SEMANA CON AISLAMIENTO, Poca interacción con otros, INSOMNIO E HIPOREXIA, LE CONTO A SU MAMA QUE NO ESTABA ESTUDIANDO EL SÁBADO, LUEGO EN LA NOCHE ENCONTRARON QUE SE HABÍA LANZADO DEL TERCER PISO DE LA CASA

SIN ANTECEDENTES ADICIONALES A LOS DESCRITOS EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

EXAMEN MENTAL: PORTE ACORDE A CONTEXTO HOSPITALARIO, ALERTA, M EUPROSEXICA, DIFÍCIL EVALUAR CONTENIDO DEL PENSAMIENTO POR EXTUBACIÓN RECIENTE Y ESCASA EMISIÓN DE LENGUAJE VERBAL, RESPONDE CON MONOSÍLABOS, JUICIO DEBILITADO, INTROSPECCIÓN POBRE

ANÁLISIS:

PACIENTE CON HISTORIA DE SÍNTOMAS AFECTIVOS QUE INICIALMENTE SE CALIFICARON COMO ESQUIZOFRENIA PERO A PARTIR DEL RELATO DE FAMILIARES SE CONSIDERA QUE CORRESPONDE A TRASTORNO BIPOLAR Y HA TENIDO SÍNTOMAS PSICÓTICOS, AHORA HOSPITALIZADA POR INTENTO DE SUICIDIO, SEGÚN DESCRIPCIÓN DE LAS HERMANAS, CON ALTA AUTOEXIGENCIA DENTRO DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD, SE DECIDE REINICIAR TRATAMIENTO CON LITIO Y CLONAZEPAM, SEGÚN EVOLUCIÓN SE OBSERVA SI REQUIERE ANTIPSICÓTICO

DX: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO DEPRESIVO GRAVE

RESUMEN DE HISTORIA

PLAN: LITIO 300 MG CADA 8 HORAS
CLOANZEPAM GOTAS 5-5-10
SEGUIMINETO POR PSIQUIATRIA

MEDICO : CLAUDIA XIMENA RANGEL GARZON
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 250608/2009

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 22/03/2018 HORA: 19:33:

*****RESPUESTA INTERCONSULTA DE PSIQUIATRIA*****

19 AÑOS, NATURAL Y PROCEDENTEE DE SOACHA, SOLTERA, SIN HIJOS, BACHILLER, ESTABA CURSANDO ESTUDIOS EN DISEÑO GRAFICO EN INCAP, VIVE CON LA MADRE FRANCIS, CA Y HERMANOS. DIANA (DOCENTE DE BIOLOGIA), ANGELA (CURSO DOCTORADO EN BIOQUIMICA), ANDRES (TRABAJA EN ISLA MARGARITA) Y PÉDRO (BACHILLER, AHORA CESANTE)

SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA CON DIAGNOSTICOS:

Diagnósticos:

1. Falla respiratoria hipoxémica RESUELTA
 - Contusiones pulmonares múltiples referidas en historia clínica
 - Sospecha de contusión cardiaca
2. Politraumatismo en relación a caída de altura
 - Fractura de tibia distal izquierda referida en historia clínica
 - Fractura de rama isquiopubica izquierda referidas en historia clínica
 - Fractura de radio izquierdo descartada
 - Fractura por acunamiento L2 referida en historia clínica
3. Antecedente de esquizofrenia paranoide
 - Autoagresión.

SE ENTRE VISTA A LA MADRE DE LA PACIENTE FRANCISCA Y HERMANAS, RELATAN QUE DESDE LA INFANCIA HA SIDO AUTOEXIGENTE CON SU DESEMPEÑO ACADÉMICO, LUEGO DE CONCLUIR BACHILLERATO SE PRESENTÓ VARIAS VECES A ESTUDIOS LITERARIOS EN LA NACIONAL, Y NO ENTRO, LUEGO DE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE PRESENTÓ OCTUBRE DE 2016 INICIO CON HIPOBULIA, AISLAMIENTO, Poca comunicación, luego con irritabilidad hiperbulia, disminución de la necesidad del sueño, se escapaba y duraba caminando varias horas, logorreia, , estaba pintando varios cuadros, en ocasiones con risas inmotivadas in otros síntomas psicóticos

INGRESO A CAMPO ABIERTO, ALLÍ INICIALMENTE DX ESQUIZOFRENIA LUEGO TRASTORNO BIPOLAR, RECIBIO LITIO Y RISPERIDONA, CON HIPERPROLACTINEMIA POR LO QUE CAMBIARON RISPERIDONA POR OLANZAPINA, LUEGO CON MARCADA HIPOBULIA Y Poca ejecución de actividades, desde julio de 2017 suspendió la medicación, el año pasado entro a estudiar en INCAP con aceptable rendimiento, desde enero de 2018 dejó de asistir a su estudio pero salía de casa y hacía actividades como leer, ir a clases de pintura y yoga en bibliotecas públicas, desde hace una semana con aislamiento, poca interacción con otros, insomnio e hiporexia, le conto a su mamá que no estaba estudiando el sábado, luego en la noche encontraron que se había lanzado del tercer piso de la casa

SIN ANTECEDENTES ADICIONALES A LOS DESCRITOS EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

EXAMEN MENTAL: PORTE ACORDE A CONTEXTO HOSPITALARIO, ALERTA, M EUPROSEXICA, DIFÍCIL EVALUAR CONTENIDO DEL PENSAMIENTO POR EXTUBACIÓN RECIENTE Y ESCASA EMISIÓN DE LENGUAJE VERBAL, RESPONDE CON MONOSILABOS, JUICIO DEBILITADO, INTROSPECCIÓN POBRE

ANÁLISIS:

RESUMEN DE HISTORIA

PACIENTE CON HISTORIA DE SINTOMAS AFECTIVOS QUE INICIALMENTE SE CALIFICARON COMO ESQUIZOFRENIA PERO A PARTIR DEL RELATO DE FAMILIARES SE CONSIDERA QUE CORRESPONDE A TRASTORNO BIPOLAR Y HA TENIDO SINTOMAS PSICOTICOS, AHORA HOSPITALIZADA POR INTENTO DE SUICIDIO, SEGUN DESCRIPCION DE LAS HERMANAS, CON ALTA AUTOEXIGENCIA DENTRO DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD, SE DECIDE REINICIAR TRATAMIENTO CON LITIO Y CLONAZEPAM, SEGUN EVOLUCION SE OBSERVA SI REQUIERE ANTIPSICOTICO

DX: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO DEPRESIVO GRAVE

PLAN: LITIO 300 MG CADA 8 HORAS
CLONAZEPAM GOTAS 5-5-10
SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA.

Solicitado por : CLAUDIA XIMENA RANGEL GARZON
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 250608/2009

Realizado por : CLAUDIA XIMENA RANGEL GARZON
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RM: 250608/2009

NOTA MEDICA

FECHA: 23/03/2018 HORA: 00:04:20
EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
Turno NOCHE 22/03/2018

FECHA INGRESO UCI: 20-03-2018
FECHA INGRESO HUN: 20-03-2018
PRIORIDAD: 1

Paciente: Lised Katherine Garcia
Edad: 19 años

Diagnósticos:

1. Falla respiratoria hipoxémica RESUELTA
 - Contusiones pulmonares múltiples referidas en historia clínica
 - Sospecha de contusión cardiaca
2. Politraumatismo en relación a caída de altura
 - Fractura de tibia distal izquierda referida en historia clínica
 - Fractura de rama isquiopubica izquierda referidas en historia clínica
 - Fractura de radio izquierdo descartada
 - Fractura por acúñamiento L2 referida en historia clínica
3. Trastorno afectivo bipolar con episodio depresivo grave
 - Autoagresión.

Problemas:

Politraumatismo por caída de altura
Requerimiento de soporte ventilatorio y hemodinámico
Patología psiquiátrica sin manejo con riesgo de auto y heteroagresión

Soportes:

Ventilatorio: Oxígeno por cánula nasal a 2L/min
Hemodinámico: lactato de ringer 1cc/kg/h
Sedoanalgesia: hidromorfona 0.6 mg a necesidad - dexmedetomidina 0.5 mcg/kg/min

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

Metabólico: NO

Antibiótico: no

Aislamiento: ninguno.

Accesos:

Catéter venoso central subclavio derecho extrahospitalario

Sonda vesical extrahospitalario.

S/:Dificultad respiratoria leve, no dolor torácico.

O/. Regular estado general, hidratada, acoplada a ventilación mecánica invasiva

TA: 119/68 PAM: 79 FC: 113 FR: 13 SAO2: 98% FIO2: 0.3 T°C: 36.45 GLUCOMETRIAS: 93-82 LA: LA:
768 LE: 2150 GU: 2.7

Simetría facial, mucosas húmedas, isocoria reactiva, inyección conjuntival en ojo derecho. Cuello móvil sin masas, no ingurgitación yugular. Tórax simétrico, ruidos cardiacos rítmicos con soplos pulmonar sistólico grado II/VI, ruidos respiratorios conservados con estertores bibasales, sibilancias espiratorias ocasionales

Abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias, sin irritación peritoneal.

Extremidades: bien perfundidas, edema de mano izquierda, no se palpan crepitaciones, inmovilización de pierna y pie izquierdo. Neurológico alerta, atenta, orientada comprende y ejecuta ordenes sencillas. Moviliza las 4 extremidades, sin signos meníngeos.

Paraclínicos:NO hay nuevos

Análisis.

Paciente en la 2da década de la vida, en manejo de politraumatismo, con contusiones pulmonares, falla respiratoria hipoxémica resuelta, ya liberada de la ventilación mecánica invasiva, soportada con VMNI, no deterioro de su mecánica ventilatoria, aunque manifiesta disnea en el reposo, sin desaturación. Fue valorada por psiquiatría, considerando cuadro de trastorno afectivo bipolar, con episodio depresivo grave, Fractura de columna lumbar y pelvis que no requieren manejo quirúrgico. Con estados de agitación intermitente, por lo que se indicó dexmedetomidina para el manejo de la misma y buscar acople con VMNI. Por taquicardia en el contexto de contusión miocárdica, se indicó betabloqueo.

Plan:

Estancia en cuidados intensivos.

Oxígeno por cánula nasal a 2L/min

Lactato de ringer IV 1cc/kg/h.

Hidromorfona 0.6 mg IV de acuerdo a necesidad.

metoprolol 12.5mg vo c/día ** nuevo **

Heparina de bajo peso molecular 40 mg sc cada 24 horas.

Omeprazol 20 mg vo cada 24 horas.

Pendiente valoración por psiquiatría.

MEDICO : GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAURTE

RM: 129597

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 23/03/2018 HORA: 11:31:55

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

NOTA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

PACIENTE DE 19 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE

1. FRACTURA ESTABLE L2
2. FRACTURA DE RAMA ILEOPUBICA DERECHA ESTABLE
3. FRACTURA DE PILON TIBIAL IZQUIERDO
4. TRAUMA TOBILLO IZQ A ESTUDIO. POSIBLE FRACTURA.

S/PACIENTE CON SEDACION ESTUPOROSA ALERTABLE AL LLAMADO

O/PACIENTE ACEPTABLE ESTADO GENERAL FEBRIL HIDRATADA

CC CONJUNTIVAS NORMOCORMICAS ESCLERAS ANCIETRICAS

EXT CON EVIDENCIA DE DORSIFLEXION EL PIE DERECHO CON SENSIBILIDAD CONSERVADA

NEUR SIN DEFICIT APARENTE.

J: PACIENTE CON TRAMAS EN PELVIS Y COLUMNA LUMBRA QUE NO SE BENEFICIA DEL MANEJO QUIRURGICO, UNICAMENTE APOYO A TOLERANCIA Y AYUDA CON MULETAS EN AMBAS MANOS EL DIA QUE ESTE EN POSIBILIDAD DE CAMINAR. TIENE FRACTURA EN TOBILLO QUE TIENE PENDIENTE TMA DE TAC PAA PLANIFICAR INTERVENCION, EL CUAL SIGUE PENDIENTE. NO OTROS MANEJOS POR OROTPEI AEN EL MOMENTO.

MEDICO : CARLOS DANIEL DE JESUS GARCIA SARMIENTO

RM: 8297

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA

NOTA MEDICA

FECHA: 23/03/2018 HORA: 12:12:22

EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIOS

Turno DIA 23/03/2018

FECHA INGRESO UCI: 20-03-2018

FECHA INGRESO HUN: 20-03-2018

PRIORIDAD: 3

Paciente: Lised Katherine Garcia

Edad: 19 años

Diagnósticos:

1. Falla respiratoria hipoxémica RESUELTA
 - Contusiones pulmonares múltiples referidas en historia clínica
 - Sospecha de contusión cardiaca
2. Politraumatismo en relación a caída de altura
 - Fractura de tibia distal izquierda referida en historia clínica
 - Fractura de rama isquiopubica izquierda referidas en historia clínica
 - Fractura por acúñamiento L2 referida en historia clínica
3. Trastorno afectivo bipolar con episodio depresivo grave

RESUMEN DE HISTORIA

- Autoagresión.

Problemas:

Politraumatismo por caída de altura

Riesgo de auto y heteroagresión

Soportes:

Ventilatorio: Oxígeno por cánula nasal a 2L/min

Hemodinámico: lactato de ringer 1cc/kg/h

Sedoanalgesia: hidromorfona 0.6 mg a necesidad

Metabólico: NO

Antibiótico: no

Aislamiento: ninguno.

Accesos:

Catéter venoso central subclavio derecho extrahospitalario

Sonda vesical extrahospitalario.

S/:Refiere dolor en miembro inferior izquierdo, tolera vía oral, niega disnea, niega dolor torácico. No ha presentado episodios de agitación.

O/. Aceptable estado general, hidratada, sin dificultad respiratoria.

SV: TA: 108/73 FC: 99 FR: 17 SAO2: 98% oxígeno por cánula nasal T°: 36.0

LA: 1504 LE: 3280 GU: 2.1

Simetría facial, mucosas húmedas, isocoria reactiva, inyección conjuntival en ojo derecho. Cuello móvil sin masas, no ingurgitación yugular. Tórax simétrico, ruidos cardíacos rítmicos con soplos pulmonar sistólico grado II/VI, ruidos respiratorios conservados con roncus espiratorios ocasionales Abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias, sin irritación peritoneal. Extremidades: No edemas,, no se palpan crepitaciones, inmovilización de pierna y pie izquierdo, buena perfusión distal. Neurológico alerta, atenta, orientada comprende y ejecuta órdenes sencillas. Moviliza las 4 extremidades, sin signos meníngeos.

Paraclínicos: 23/03/2018

Na 139 K 3.4 creatinina 0.44 BUN 6.5

Rx de tórax: Pedículo vascular dentro de límites normales.

Tráquea y bronquios fuente de curso y calibre usual. retiró el tubo endotraqueal. Catéter vía subclavia derecha con extremo en vena cava superior. Silueta cardíaca de características normal.

No hay evidencia de lesión evolutiva pleuropulmonar. Recesos diafragmáticos libres.

Las estructuras óseas y los tejidos blandos no muestran alteración.

Análisis.

Paciente femenina de 19 años de edad, en manejo de politraumatismo, con contusiones pulmonares y cardíaca con falla respiratoria hipoxémica resuelta. Paciente completa 24 horas postextubación, sin complicaciones, no ha presentado deterioro hemodinámico ni respiratorio. Paciente ya valorada por psiquiatría quienes consideran se trata de un trastorno afectivo bipolar y ajustan medicación. en decisión conjunta con psiquiatría se considera paciente puede ser trasladada a pisos de hospitalización para completar manejo, siempre y cuando cuente con acompañamiento permanente. Se optimiza analgesia, se evidencia hipokalemia leve, a la cual no se inicia reposición dado que la paciente ya puede iniciar dieta normal.

Plan:

Traslado a pisos de hospitalización

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

Acompañamiento permanente
Dieta blanda.
Oxígeno por canula nasal a 2L/min
Lactato de ringer IV 1cc/kg/h.
Hidromorfona 0.3 mg IV c/6h
Litio 300 mg vo c/8h
Clonacepam gotas dar 5-5-10 gotas vo
Acetaminofen 1g vo c/8h
Metoprolol 12.5mg vo c/dia
Heparina de bajo peso molecular 40 mg sc cada 24 horas.
Omeprazol 20 mg vo cada 24 horas.
Seguimiento por ortopedia y psiquiatría

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 91106137

NOTA MEDICA

FECHA: 23/03/2018 HORA: 12:44:06

NOTA ACLARATORIA

Psiquiatría realiza revaloración de la paciente y considera riesgo excesivo de autoagresión y heteroagresión, sin garantías de acompañamiento permanente en piso de hospitalización. Por lo cual se deja paciente en manejo en unidad de cuidados intermedios.

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 91106137

NOTA MEDICA

FECHA: 23/03/2018 HORA: 13:40:26

*** SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA ***

Lised es una paciente de 19 años, hospitalizada con diagnósticos de manejo:

1. Falla respiratoria hipoxémica RESUELTA
 - Contusiones pulmonares múltiples referidas en historia clínica
 - Sospecha de contusión cardíaca
2. Politraumatismo en relación a caída de altura
 - Fractura de tibia distal izquierda referida en historia clínica
 - Fractura de rama isquiopública izquierda referidas en historia clínica
 - Fractura por acúñamiento L2 referida en historia clínica
3. Trastorno afectivo bipolar con episodio depresivo grave
 - Autoagresión.

SUBJETIVO

Se encuentra acompañada de su hermana, quien refiere que Lised se ha mostrado mutista, no otros cambios. En la entrevista Lised comenta que previo a episodio de autoagresión al lanzarse de un tercer piso, presenta rumiación del pensamiento "pensaba en las cosas que hice", aparentemente esto se asoció a alucinaciones auditivas, sin embargo no se logra ampliar información, la entrevista es difícil ya que se encuentra mutista.

OBJETIVO

RESUMEN DE HISTORIA

Al examen mental porte acorde, actitud suspicaz e inhibida, alerta, consciente, orientada, hipoproséxica, afecto de tono triste, bradipsiquia, con presencia de bloqueos, difícil evaluación del contenido del pensamiento, aparente presencia de alucinaciones auditivas, hipobúlica, bradiquinética, bradilálica, intensidad de voz baja, aumento de latencia a respuesta, de predominio mutista, introspección y prospección nulas, juicio comprometido.

ANÁLISIS

Paciente de 19 años, con historia de síntomas afectivos y psicóticos, sospecha de trastorno afectivo bipolar, quien presenta actualmente cuadro de inicio súbito de síntomas negativos, dados por aislamiento, mutismo, hipobulia y tendencia a la perplejidad. En el momento se encuentra bradipsíquica, mutista, por lo cual es difícil ampliación de datos con ella. Consideramos que, dado el inicio súbito del cuadro clínico actual y la aparente asociación de alucinaciones auditivas y síntomas negativos, requiere reinicio de olanzapina. Continuará seguimiento.

PLAN

1. Litio x 300 mg cada 8 horas.
2. Olanzapina x 5 mg cada noche.
3. Clonazepam gotas 5-5-10.
4. Vigilancia por alto riesgo de autoagresión o agitación.
5. Remisión a unidad de salud mental una vez resuelto su condición médica actual.
6. Seguimiento por psiquiatría.

MEDICO : CLAUDIA XIMENA RANGEL GARZON

RM: 250608/2009

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 23/03/2018 HORA: 15:50:10

EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIOS

Turno TARDE 23/03/2018

FECHA INGRESO UCI: 20-03-2018

FECHA INGRESO HUN: 20-03-2018

PRIORIDAD: 3

Paciente: Lised Katherine Garcia

Edad: 19 años

Diagnósticos:

1. Falla respiratoria hipoxémica RESUELTA
 - Contusiones pulmonares múltiples referidas en historia clínica
 - Sospecha de contusión cardiaca
2. Politraumatismo en relación a caída de altura
 - Fractura de tibia distal izquierda referida en historia clínica
 - Fractura de rama isquiopubica izquierda referidas en historia clínica
 - Fractura por acúñamiento L2 referida en historia clínica
3. Trastorno afectivo bipolar con episodio depresivo grave
 - Autoagresión.

Problemas:

Politraumatismo por caída de altura

RESUMEN DE HISTORIA

Riesgo de auto y heteroagresión

Soportes:

Ventilatorio: Oxígeno por cánula nasal a 2L/min

Hemodinámico: lactato de ringer 1cc/kg/h

Sedoanalgesia: hidromorfona 0.6 mg a necesidad

Metabólico: NO

Antibiótico: no

Aislamiento: ninguno.

Accesos:

Catéter venoso central subclavio derecho extrahospitalario

S/: Dolor modulado, tolera vía oral, niega disnea, niega dolor torácico. No ha presentado episodios de agitación.

O/. Aceptable estado general, hidratada, sin dificultad respiratoria.

SV: TA: 116/78 FC: 111 FR: 19 SAO2: 96% oxígeno por cánula nasal T°: 36.0

Simetría facial, mucosas húmedas, isocoria reactiva, inyección conjuntival en ojo derecho. Cuello móvil sin masas, no ingurgitación yugular. Tórax simétrico, ruidos cardíacos rítmicos con soplos pulmonar sistólico grado II/VI, ruidos respiratorios conservados sin agregados. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias, sin irritación peritoneal. Extremidades: No edemas, no se palpan crepitaciones, inmovilización de pierna y pie izquierdo, buena perfusión distal. Neurológico alerta, atenta, orientada comprende y ejecuta órdenes sencillas. Moviliza las 4 extremidades, sin signos meníngeos.

Paraclínicos: No hay nuevos

Análisis.

Paciente femenina de 19 años de edad, en manejo de politraumatismo, con contusiones pulmonares y cardíaca, presenta falla respiratoria hipoxémica ya resuelta. Paciente completa 24 horas postextubación, sin complicaciones, no ha presentado deterioro hemodinámico ni respiratorio. Se considera evolución clínica favorable, continúa igual manejo instaurado. Psiquiatría indica alto riesgo de auto y heteroagresión por lo cual requiere continuar vigilancia en unidad de cuidados intermedios, se inicia trámite de remisión a unidad de salud mental.

Plan:

Estancia en unidad de cuidados intermedios

Dieta blanda.

Oxígeno por cánula nasal a 2L/min

Lactato de ringer IV 1cc/kg/h.

Hidromorfona 0.3 mg IV c/6h

Litio 300 mg vo c/8h

Clonazepam gotas dar 5-5-10 gotas vo

Acetaminofen 1g vo c/8h

Metoprolol 12.5mg vo c/día

Heparina de bajo peso molecular 40 mg sc cada 24 horas.

Omeprazol 20 mg vo cada 24 horas.

Seguimiento por ortopedia y psiquiatría

SS. remisión a unidad de salud mental

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79267639

NOTA MEDICA

FECHA: 23/03/2018 HORA: 23:24:28
NOTA TURNO NOCHE.

Paciente con cuadro clinico de trastorno afectivo bipolar con episodio de autoagresion con caida de altura y politrauma asociado. Paciente sin deterioro hemodinamico o ventilatorio, ya valorada por el servicio de psiquiatria quienes indican adicionar al manejo olanzapina, la cual se formula. Por el momento paciente con indicacion de manejo en unidad de cuidado intermedio por requerimiento de vigilancia permanente ante alto riesgo de auto y heteroagresion.

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 80085694

CIERRE DE EPICRISIS - EGRESO DE PACIENTE

FECHA: / / HORA: : :

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

CONDICION DE SALIDA:

DIAS DE INCAPACIDAD: 0
