

RESUMEN DE HISTORIA

NOMBRE: INGRITH KATHERINE CARREÑO SEPULVEDA **TIPO DE DOC:** CC **Nº DOC:** 1022957079
EDAD: 29 AÑOS **SEXO:** F **FECHA DE NACIMIENTO:** 15/12/1989

FECHA DE INGRESO: 17/02/2019 15:45:0 **FECHA DE EGRESO:** / / 00:00:00
SERVICIO INGRESO: HOSPITALIZACION **SERVICIO EGRESO:** HOSPITALIZACION
PABELLON EVOLUCIÓN: 5 UCI INTERMEDIO

INGRESO DEL PACIENTE

FECHA: 17/02/2019 **HORA:** 15:45: **SERVICIO:** HOSPITALIZACION **CAUSA EXTERNA:** ENFERMERDAD GENERAL

DIAGNOSTICOS

Principal	F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
Relacionado 1	F110	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS INTOXICACION

MEDICO : MANUELA RUBIO RIVERA **RM:** 1036617596
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 17/02/2019 **HORA:** 17:42:17
INGRESO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
FI HOSPITAL NEMOCÓN: 17/02/19
FI UCIN/HUN: 17/02/19 - Turno Tarde

Ingrith Katherine Carreño Sepúlveda
29 años
1022957079
SANITAS EPS
Comerciante independiente

MOTIVO DE CONSULTA: "Intento de Suicidio"

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que ingresa a centro de remisión en compañía de familiar con cuadro de alteración del estado de conciencia secundario a intento de suicidio con ingesta de un frasco de tramadol, 10 tabletas de loratadina y 10 tabletas de naproxeno. Allí realizan reanimación inicial, lavado gástrico y toman paraclínicos de ingreso. Solicitan remisión para manejo por psiquiatría y unidad de cuidados intermedios por riesgo de deterioro neurológico y respiratorio.

ANTECEDENTES:

Patológicos: Paciente refiere intento suicida previo hace aproximadamente 8 años.
Farmacológicos: No refiere
Alérgicos: No refiere
Quirúrgicos: Cesárea hace 10 años y Pomeroy hace 1 año
Hospitalarios: No refiere
Tóxicos: Consumo ocasional de alcohol, familiar refiere bajo consumo. Se encontraba bajo efectos del alcohol al momento del intento.
Ginecoobstétricos: G1 P1 C1 V1 - FUR 14/02/19, ciclos irregulares aproximadamente 60 x 15. Planificación definitiva con Pomeroy.

RESUMEN DE HISTORIA

Familiares: No refiere

REVISIÓN POR SISTEMAS: No refiere

EXAMEN FÍSICO

Aceptables condiciones generales, somnolienta, deshidratada, sin signos de dificultad respiratoria.

Signos vitales: TA: 118/74 mmhg - FC 77 lpm - FR 12 rpm - SaO2 95% - FiO2 0.28 - T 36.5°C

Isocoria normorreactiva, conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral seca sin lesiones, sonda nasogástrica fijada, cerrada. Cuello móvil sin adenomegalias. Tórax simétrico, expansible, murmullo vesicular conservado sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, con presencia de s3, sin soplos. Abdomen blando, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias.

Extremidades: Eutróficas, eutérmicas, llenado capilar menor a 3 segundos.

Neurológico: Somnolienta, atenta, con desorientación temporoespacial. Miosis reactiva a la luz. Obedece órdenes sencillas y complejas, fuerza y sensibilidad conservadas, RMT ++/+++ simétricos, no déficit o signos de focalización, no signos de irritación meníngea.

PARACLINICOS EXTRAINSTITUCIONALES:

17/02/19 Leucos: 14600, Lin: 10.8%, Hb: 16, Hcto: 44.9, Plaq: 347.000, Creatinina 0.28

PARACLÍNICOS INSTITUCIONALES

17/02/19 Gases arteriales: pH 7.26, pO2 92.4, pCO2 49.1, HCO3 21.6, BE -5.5, PAFI 385.1, Lactato 0.84

17/02/19 Electrocardiograma: Ritmo sinusal, FC 75 lpm, sin bloqueos, sin signos de isquemia. QTc 492 ms.

ANÁLISIS: Mujer de 29 años, con antecedente de intento de suicidio hace 8 años, con cuadro clínico de intoxicación aguda en contexto de intento suicida con ingesta de opioide, antihistamínico y AINES asociado a ingesta moderada de alcohol según paciente y familiar. En el momento paciente somnolienta, estable hemodinámicamente, sin deterioro del patrón respiratorio. Gases arteriales con evidencia de acidosis respiratoria probablemente relacionada con ingesta de opioide y de alcohol. Electrocardiograma con QTc prolongado. Se solicitan paraclínicos de ingreso, se optimiza hidratación y se indica estricta vigilancia del patrón respiratorio y control electrocardiográfico cada 6 horas. Continúa vigilancia en unidad de cuidados intermedios por riesgo de deterioro ventilatorio y hemodinámico. Se explica conducta a paciente y familiar quienes aceptan.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

1. Intento suicida

1.1. Intoxicación aguda por opioides, antihistamínicos y AINES

2. Antecedente de intento suicida previo

PLAN

Vigilancia en unidad de cuidados intermedios

Retirar sonda nasogástrica

Lactato de ringer bolo de 2000, continuar a 100 cc/h

Oxígeno por cánula nasal para SpO2 mayor a 92%

SS/ Hemograma, función hepática, función renal, uroanálisis y Rx de tórax

SS/ Valoración por psiquiatría

Control electrocardiográfico cada 6 horas

Vigilancia del patrón respiratorio

Avisar cambios

RESUMEN DE HISTORIA

MEDICO : MANUELA RUBIO RIVERA

RM: 1036617596

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

NOTA MEDICA

FECHA: 18/02/2019 HORA: 01:14:20

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Turno Noche 17/02/2019

FI HOSPITAL NEMOCÓN: 17/02/19

FI UCIN/HUN: 17/02/19

Ingrith Katherine Carreño Sepúlveda

29 años

1022957079

DIAGNÓSTICOS

1. Intento suicida

1.1. Intoxicación aguda por opioides, antihistamínicos y AINES

2. Antecedente de intento suicida previo

Subjetivo: Paciente refiere somnolencia y vértigo ocasional con náuseas a la ingesta de alimentos, niega otra sintomatología.

Objetivo: Aceptables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, afebril al tacto

TA: 117/70 mmHg - FC 79 lpm - FR 12 rpm - SaO2 95% - FiO2 0.28 - T 36.3°C

Balance hídrico: LA: 1300cc LE: 300cc GU: 2.5 cc/kg/h

Glucometría: 84 mg/dL

Conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda sin lesiones. Cuello móvil sin adenomegalias. Tórax simétrico, expansible, murmullo vesicular conservado sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni galope. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. Extremidades eutróficas, eutémicas, llenado capilar menor a 2 segundos. Neurológico: Alerta, orientada, pupilas mióticas normorreactivas, pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservadas, reflejos sin alteración, no signos meníngeos.

Paraclínicos

17/02/19:

Glucemia: 106.9 BT: 0.62 BD: 0.23 BI: 0.39 BUN: 13.1 Creatinina: 0.8 TGO: 11.9 TGP: 13.3 Na: 136 K: 4.27 Cl: 108.8

Hemograma: Leucos: 9.140 N: 7.990 L: 860 Hb: 13.5 Hto: 39.9 Plq: 278.000 PT: 16.5 INR: 1.23 PTT: 28.3

Análisis:

Paciente de 29 años con cuadro de intento de suicidio con intoxicación por opioide débil, AINE y antihistamínico. En el momento en aceptables condiciones generales, con sintomatología leve dado por somnolencia y mareo sin signos de dificultad respiratoria y sin signos sugestivos de síndrome serotoninérgico asociado al consumo de Tramadol en altas dosis. En paraclínicos de ingreso con prolongación del QT por lo que se solicita EKG de control para el turno de la mañana y gases arteriales por acidosis respiratoria.

Paraclínicos de ingreso sin lesión a órgano blanco por el momento.

Se continúa con seguimiento en UCI por riesgo de depresión respiratoria y vigilancia de ritmo.

Pendiente valoración por Psiquiatría.

Se solicitan paraclínicos de control.

RESUMEN DE HISTORIA

PLAN

Vigilancia en unidad de cuidados intermedios
Lactato de ringer 100 cc/h
Oxígeno por cánula nasal para SpO2 mayor a 92%
P/ Valoración por psiquiatría
Control electrocardiográfico cada 6 horas
Vigilancia del patrón respiratorio
Avisar cambios

MEDICO : OSCAR MAURICIO MORENO OJEDA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79690914

NOTA MEDICA

FECHA: 18/02/2019 **HORA:** 08:18:46
Respuesta interconsulta Psiquiatría

Paciente de 29 años con diagnosticos de:

1. Intento suicida
- 1.1. Intoxicación aguda por opioides, antihistamínicos y AINES
2. Antecedente de intento suicida previo

Solicitan valoración por intento suicida

Paciente de 29 años quien se encuentra hospitalizada por intento suicida, intoxicación exógena con opioide, antihistamínicos y aines, refiere la paciente síntomas de larga data como ánimo triste, anhedonia, ideas de minusvalía, ideas de desesperanza, como detonante de intento refiere que fue posterior a discusión con actual pareja sentimental. Al momento no realiza crítica sobre evento. Paciente con dificultades psicosociales como maltrato de primera pareja, estresores económicos y familiares. Al momento de la valoración sin familiar

Antecedentes:

Patológicos: Migraña

Farmacológicos: Tramadol por cefalea, loratadina

Psiquiátricos: Intento suicida hace 7 años

Familiares no refiere

EM: Paciente en camilla, alerta, orientada en las 3 esferas, poco contacto visual con entrevistador, actitud sumisa, euprosexica, pensamiento con ideas de muerte, no crítica sobre evento, afecto disfórico, sin actitud alucinatoria, tono de voz bajo, euquinetica, introspección pobre, prospección incierta, juicio débil

A/ Paciente de 29 años, antecedente de intento suicida hace 7 años, quien se encuentra hospitalizada por nuevo intento en relación con múltiples estresores y factores perpetuadores que han desencadenado síntomas afectivos de corte depresivo, al momento la paciente sin crítica sobre lo sucedido, persiste disfórica, se considera iniciar isrs y se hará seguimiento. En relación con el uso de opioides se aplicara la escala OWS, se recomienda no usar opioide para manejo de migraña, se solicita valoración por neurología. Una vez estabilizada parte orgánica debe ser remitida a unidad de salud mental

Plan:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

Seguimiento por Psiquiatría
Sertralina tab 50 mg 1-0-0 vo
SS/ Valoración por neurología
Una vez estable parte orgánica debe ser remitida a unidad de salud mental.

MEDICO : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 18/02/2019 **HORA:** 08:23:

Ver nota en HC

Solicitado por : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

Realizado por : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 18/02/2019 **HORA:** 13:29:08

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Turno Mañana 18/02/2019 - Nota Retrospectiva Revista 10:00

FI HOSPITAL NEMOCÓN: 17/02/19

FI UCIN/HUN: 17/02/19

Ingrith Katherine Carreño Sepúlveda

29 años

1022957079

DIAGNÓSTICOS

1. Intento suicida

1.1. Intoxicación aguda por opioides, antihistamínicos y AINES

2. Antecedente de intento suicida previo

Subjetivo: Paciente refiere mejoría de la somnolencia, con cefalea de leve intensidad. No refiere otros síntomas. Tolerancia adecuada a la vía oral. Diuresis y deposiciones sin alteraciones.

Objetivo: Aceptables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, afebril al tacto

TA: 102/63 mmHg - FC 66 lpm - FR 10 rpm - SaO2 97% al ambiente - T 36°C

Gasto urinario: 0.4 ml/kg/h

Conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda sin lesiones. Cuello móvil sin adenomegalias. Tórax simétrico, expansible, murmullo vesicular conservado sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni galope. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. Extremidades eutróficas, eutérmicas, llenado capilar menor a 3 segundos. Neurológico: Alerta, orientada, pupilas normorreactivas, pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservadas, reflejos sin alteración, no signos meníngeos.

Paraclínicos

18/02/19: BUN: 14, Creat: 0.87

RESUMEN DE HISTORIA

BT: 0.59, BD: 0.14, BI: 0.44, AST: 12, ALT: 12.3

Na: 138, K: 4.59, Cl: 107

Leucos: 7840, Neu: 5010, Lin: 2210, Hb: 12.3, Hcto: 36.9, Plaq: 245000

PT: 16.8, PTT: 45.4, INR: 1.25

Electrocardiograma control: Rimo sinusal, FC 60 lpm, QTc 440 ms.

Gases arteriales 18/02: pH: 7.39, pCO2 35.3, pO2 114.9, HCO3 21.1, BE -3.8, PAFI 479, Lactato 1.15

18/02/19 Psiquiatría: Paciente de 29 años, antecedente de intento suicida hace 7 años, quien se cinetra hospitalizada por nuevo intento en relación con múltiples estresores y factores perpetuadores que han desencadenado síntomas afectivos de corte depresivo, al momento la paciente sin crítica sobre lo sucedido, persiste disfórica, se considera iniciar isrs y se hará seguimiento. En relación con el uso de opioides se aplicará la escala OWS, se recomienda no usar opioide para manejo de migraña, se solicita valoración por neurología. Una vez estabilizada parte orgánica debe ser remitida a unidad de salud mental

Plan:

Seguimiento por Psiquiatría

Sertralina tab 50 mg 1-0-0 vo

SS/ Valoración por neurología

Una vez estable parte orgánica debe ser remitida a unidad de salud mental.

Análisis: Mujer de 29 años con cuadro de intento de suicidio con intoxicación por opioide débil, AINE y antihistamínico. En el momento estable hemodinámicamente, sin signos de respuesta inflamatoria, sin deterioro del patrón respiratorio, sin deterioro de su condición clínica. Electrocardiograma de control con QTc en 440 ms, gases arteriales con mejoría respecto a los de ingreso. Ya valorada por psiquiatría, quienes indican remisión a unidad de salud mental, se inicia trámite. Continúa igual manejo.

PLAN

Vigilancia en unidad de cuidados intermedios

Lactato de ringer 100 cc/h

Sertralina 50 mg VO día

Enoxaparina 40 mg SC día

P/ Valoración por neurología

Se inicia trámite de remisión a unidad de salud mental.

Avisar cambios

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO

RM: 91106137

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 18/02/2019 **HORA:** 16:44:42

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Turno Tarde 18/02/2019

FI HOSPITAL NEMOCÓN: 17/02/19

FI UCIN/HUN: 17/02/19

Ingrith Katherine Carreño Sepúlveda

29 años

1022957079

RESUMEN DE HISTORIA

DIAGNÓSTICOS

1. Intento suicida

1.1. Intoxicación aguda por opioides, antihistamínicos y AINES

2. Antecedente de intento suicida previo

Subjetivo: Paciente refiere sentirse bien, niega disnea, niega alteraciones del estado de conciencia, niega otros síntomas. Tolerancia adecuada a la vía oral.

Objetivo: Aceptables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, afebril al tacto

TA: 115/76 mmHg - FC 50 lpm - FR 20 rpm - SaO2 97% al ambiente - T 36.3°C

Conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda sin lesiones. Cuello móvil sin adenomegalias. Tórax simétrico, expansible, murmullo vesicular conservado sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni galope. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. Extremidades eutróficas, eutermicas, llenado capilar menor a 3 segundos. Neurológico: Alerta, orientada, pupilas normoreactivas, pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservadas, reflejos sin alteración, no signos meníngeos.

Análisis: Mujer de 29 años en vigilancia en la unidad de cuidados intermedios por intento de suicidio con alto riesgo de recurrencia. Al momento con estabilidad hemodinámica, sin signos de respuesta inflamatoria, sin deterioro del patrón respiratorio, constantes vitales dentro de metas. Trámite de remisión a unidad de salud mental sugerida por servicio de psiquiatría ya iniciado, pendiente que representante legal acuda para aceptación de la misma. Continúa vigilancia e igual manejo médico instaurado. Se explica alto riesgo de recurrencia a familiar y conducta a seguir, quien refiere entender y aceptar.

PLAN

Vigilancia en unidad de cuidados intermedios

Lactato de ringer 100 cc/h

Sertralina 50 mg VO día

Enoxaparina 40 mg SC día

P/ Valoración por neurología

P/ Trámite de remisión a unidad de salud mental.

Avisar cambios

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS

RM: 80085694

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 19/02/2019 **HORA:** 07:10:06

Evolución Psiquiatría

Idx:

Intento suicida

Episodio depresivo mayor grave

S/ Refiere paciente que se siente tranquila, concilia el sueño de manera adecuada, acepta y tolera la vo, sin episodios de inquietud o de agitación, refiere que el consumo de tramadol es un vez cada 3 o 4 semanas cuando en relación con cefalea intensa

O/ Porte cuidado, alerta, orientada en las 3 esferas, actitud de cooperación, euprosexica, pensamiento con ideas de soledad, minusvalía, hace crítica parcial sobre intento suicida, afecto de fondo triste, sin actitud

RESUMEN DE HISTORIA

alucinatoria, normoquinetico, eulalico, introspeccion pobre, prospeccion inicierta, juicio de realidad debil

A/ Paciente en seguimiento por intento suicida y TDM, quien al momento realiza critica parcial sobre lo sucedido. El día de ayer se hablo con la familiar quien describe a Ingrid como una persona trabajadora, responsable, no refiere que sea impulsiva, con problemas en relaciones sentimentales que desencadenaron intento suicida y que perpetuan sintoma afectivos.

Plan:

Seguimiento por Psiquiatría

Sertralina tab 50 mg 1-0-0 vo

P/ Valoración por neurología

Una vez estable parte orgánica debe ser remitida a unidad de salud mental.

MEDICO : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 19/02/2019 HORA: 09:15:20

** Respuesta interconsulta Neurología Clínica **

Nombre: Ingrid Katherine Carreño Sepulveda

Sexo: Femenino

Edad: 29 años.

Natural: Cajicá.

Procedente: Zipaquirá.

Escolaridad: Estudiante de Licenciatura en pedagogía infantil.

Convive con su madre, hijo y esposo.

Fecha de ingreso: Domingo 17 de Febrero de 2019.

Fecha de historia clínica: 19 de Febrero de 2019, 6:40am.

Motivo de interconsulta:

Cefalea.

Enfermedad actual:

Paciente quien el domingo 17 de febrero de 2019 es llevada a urgencias debido a intoxicación con tabletas de diclofenaco en número indefinido, tabletas de loratadina en número indefinido y un frasco de tramadol, los cuales ingiere de manera voluntaria con fines suicidas. La paciente refiere pérdida de la conciencia e indica recuperarla al momento de ser atendida en urgencias. El mismo día en la tarde es remitida al Hospital Universitario Nacional donde es valorada por psiquiatría quienes nos interconsultan dado que refiere que sufre de cefalea en hemisferio izquierdo desde los 14 años, la cursa con parestesias en hemisferio izquierdo, fotofobia, sonofobia, náuseas y miosis, se desencadena con estrés y en últimos meses han aumentado a intensidad 10/10 y que duran más de 4 horas, comenzando en las horas de la mañana y finalizando aproximadamente al mediodía, con episodios de 1 a 2 por mes. Toma tramadol en gotas con los episodios de cefalea y 1 gramo de acetaminofen con una frecuencia de 3 veces a la semana aproximadamente.

Antecedentes:

Personales:

-Px: Refiere "Hipoglucemia" en estudio.

-Qx: Resección de adenoides nasales a los 12 años. Ligadura de trompas uterinas hace año y medio. Cesarea hace

RESUMEN DE HISTORIA

10 años.

-Traumáticos, tóxicos y transfusionales: Refiere trauma craneoencefálico hace 6 años con pérdida de la conciencia de aproximadamente 5 segundos sin secuelas a largo plazo. Refiere consumo de cigarrillo desde hace varios años en número de 1 al mes; consumo de alcohol 2 a 3 veces por semana.

-Sexuales: vida sexual activa, una pareja sexual en el último año.

Ginecológicos: FUR 15 de Febrero de 2019. Menarquia 12 años. G1C1A0

Examen físico:

Paciente en buenas condiciones generales, hidratado, afebril. Signos vitales: TA 108/71 FC 51 lpm SatO2:98.

Cabeza y cuello: escleras anictérica, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, cuello móvil no doloroso, sin masas ni adenopatías. Tórax: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos; murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados. Abdomen: blando, depresible, no doloroso; no se palpan masas. Extremidades sin edemas, móviles, llenado capilar <2 seg.

Neurológico: Alerta, atenta y orientada en tiempo, espacio y persona. Isocoria normorreactiva, agudeza visual normal. Movimientos oculares completos. Lengua en centrada en reposo y en protrusión, úvula central, deglute sin problemas. Fuerza 4/5 en las cuatro extremidades; RMT: ++/++++ generalizados. Leve disimetría en la prueba dedo-nariz con mano derecha. No se evidencian signos meníngeos.

Análisis:

Paciente femenina de 29 años de edad con antecedente de trastorno afectivo quien se encuentra hospitalizada por intento de suicidio. Nos interconsultan dado que la paciente cursa con cuadro de cefalea desde los 12 años de edad, actualmente controlada, en hemisferio izquierdo, que se desencadena con estrés, aparición en la mañana y de duración mayor a 4 horas que cursa con fotofobia, sonofobia, miedosopsias, náuseas y disestesias en hemisferio izquierdo, con episodios en número de 1-2 al mes. Dado lo anterior consideramos paciente cursa con migraña con aura. También es llamativo el consumo de analgésicos de forma crónica y frecuente cumpliendo criterios para cefalea por abuso de analgésicos lo que cronifica su cefalea basal. Se le explica a la paciente la importancia de suspender dicha medicación. Se explican recomendaciones no farmacológicas para profilaxis de migraña. Favor entregar al egreso orden de control por neurología en 1 mes.

Plan:

Amitriptilina 12.5mg en la noche según concepto de psiquiatría

Se explican recomendaciones no farmacológicas para profilaxis de la migraña

Higiene del sueño

Control por neurología en 1 mes

Se cierra interconsulta

MEDICO : RODRIGO PARDO TURRIAGO
ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA

RM: 6309

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 19/02/2019 **HORA:** 09:18:

**** Respuesta interconsulta Neurología Clínica ****

Nombre: Ingrid Katherine Carreño Sepulveda

Sexo: Femenino

Edad: 29 años.

RESUMEN DE HISTORIA

Natural: Cajicá.

Procedente: Zipaquirá.

Escolaridad: Estudiante de Licenciatura en pedagogía infantil.

Convive con su madre, hijo y esposo.

Fecha de ingreso: Domingo 17 de Febrero de 2019.

Fecha de historia clínica: 19 de Febrero de 2019, 6:40am.

Motivo de interconsulta:

Cefalea.

Enfermedad actual:

Paciente quien el domingo 17 de febrero de 2019 es llevada a urgencias debido a intoxicación con tabletas de diclofenalco en número indefinido, tabletas de loratadina en número indefinido y un frasco de tramadol, los cuales ingiere de manera voluntaria con fines suicidas. La paciente refiere pérdida de la conciencia e indica recuperarla al momento de ser atendida en urgencias. El mismo día en la tarde es remitida al Hospital Universitario Nacional donde es valorada por psiquiatría quienes nos interconsultan dado que refiere que sufre de cefalea en hemisferio izquierdo desde los 14 años, la cursa con parestesias en hemisferio izquierdo, fotofobia, sonofobia, náuseas y miedosopsias, se desencadena con estrés y en últimos meses han aumentado a intensidad 10/10 y que duran más de 4 horas, comenzando en las horas de la mañana y finalizando aproximadamente al mediodía, con episodios de 1 a 2 por mes. Toma tramadol en gotas con los episodios de cefalea y 1 gramo de acetaminofen con una frecuencia de 3 veces a la semana aproximadamente.

Antecedentes:

Personales:

-Px: Refiere "Hipoglucemia" en estudio.

-Qx: Resección de adenoides nasales a los 12 años. Ligadura de trompas uterinas hace año y medio. Cesarea hace 10 años.

-Traumáticos, tóxicos y transfusionales: Refiere trauma craneoencefálico hace 6 años con pérdida de la conciencia de aproximadamente 5 segundos sin secuelas a largo plazo. Refiere consumo de cigarrillo desde hace varios años en número de 1 al mes; consumo de alcohol 2 a 3 veces por semana.

-Sexuales: vida sexual activa, una pareja sexual en el último año.

Ginecológicos: FUR 15 de Febrero de 2019. Menarquia 12 años. G1C1A0

Examen físico:

Paciente en buenas condiciones generales, hidratado, afebril. Signos vitales: TA 108/71 FC 51 lpm SatO2:98.

Cabeza y cuello: escleras anictérica, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, cuello móvil no doloroso, sin masas ni adenopatías. Tórax: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos; murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados. Abdomen: blando, depresible, no doloroso; no se palpan masas. Extremidades sin edemas, móviles, llenado capilar <2 seg.

Neurológico: Alerta, atenta y orientada en tiempo, espacio y persona. Isocoria normorreactiva, agudeza visual normal. Movimientos oculares completos. Lengua en centrada en reposo y en protrusión, úvula central, deglute sin problemas. Fuerza 4/5 en las cuatro extremidades; RMT: ++/++++ generalizados. Leve dismetría en la prueba dedo-nariz con mano derecha. No se evidencian signos meníngeos.

Análisis:

Paciente femenina de 29 años de edad con antecedente de trastorno afectivo quien se encuentra hospitalizada por intento de suicidio. Nos interconsultan dado que la paciente cursa con cuadro de cefalea desde los 12 años de edad, actualmente controlada, en hemisferio izquierdo, que se desencadena con estrés, aparición en la mañana y de duración mayor a 4 horas que cursa con fotofobia, sonofobia, miedosopsias, náuseas y disestesias

RESUMEN DE HISTORIA

en hemisferio izquierdo, con episodios en número de 1-2 al mes. Dado lo anterior consideramos paciente cursa con migraña con aura. También es llamativo el consumo de analgésicos de forma crónica y frecuente cumpliendo criterios para cefalea por abuso de analgésicos lo que cronifica su cefalea basal. Se le explica a la paciente la importancia de suspender dicha medicación. Se explican recomendaciones no farmacológicas para profilaxis de migraña. Favor entregar al egreso orden de control por neurología en 1 mes.

Plan:

Amitriptilina 1

Solicitado por : RODRIGO PARDO TURRIAGO

RM: 6309

ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA

Realizado por : RODRIGO PARDO TURRIAGO

RM: 6309

ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA - DEMENCIA

NOTA MEDICA

FECHA: 19/02/2019 HORA: 12:42:28

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Turno Mañana 19/02/2019

FI HOSPITAL NEMOCÓN: 17/02/19

FI UCIN/HUN: 17/02/19

Ingrith Katherine Carreño Sepúlveda

29 años

1022957079

DIAGNÓSTICOS

1. Intento suicida

1.1. Intoxicación aguda por opioides, antihistamínicos y AINES

2. Antecedente de intento suicida previo

Subjetivo: Paciente refiere sentirse bien, niega disnea, niega alteraciones del estado de conciencia, niega otros síntomas. Tolerancia adecuada la vía oral.

Objetivo: Aceptables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, afebril al tacto

TA: 115/76 mmHg - FC 50 lpm - FR 20 rpm - SaO2 97% al ambiente - T 36.3°C

Conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda sin lesiones. Cuello móvil sin adenomegalias. Tórax simétrico, expansible, murmullo vesicular conservado sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni galope. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. Extremidades eutróficas, eutermicas, llenado capilar menor a 3 segundos. Neurológico: Alerta, orientada, pupilas normorreactivas, pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservadas, reflejos sin alteración, no signos meníngeos.

Paraclínicos

19/02/19: BUN: 15.9, Creat: 1.02

Na: 140, K: 3.88, Cl: 106.3

Leucos: 5670, Neu: 3280, Lin: 1840, Hb: 13.1, Hcto: 39.2, Pla: 248000

Concepto neurología: Paciente femenina de 29 años de edad con antecedente de trastorno afectivo quien se encuentra hospitalizada por intento de suicidio. Nos interconsultan dado que la paciente cursa con cuadro de

RESUMEN DE HISTORIA

cefalea desde los 12 años de edad, actualmente controlada, en hemicraneo izquierdo, que se desencadena con estrés, aparición en la mañana y de duración mayor a 4 horas que cursa con fotofobia, sonofobia, midesopsias, náuseas y disestesias en hemicuerpo izquierdo, con episodios en número de 1-2 al mes. Dado lo anterior consideramos paciente cursa con migraña con aura. También es llamativo el consumo de analgesicos de forma crónica y frecuente cumpliendo criterios para cefalea por abuso de analgesicos lo que cronifica su cefalea basal. Se le explica a la paciente la importancia de suspender dicha medicación. Se explican recomendaciones no farmacológicas para profilaxis de migraña. Favor entregar al egreso orden de control por neurologia en 1 mes.

Plan:

Amitriptilina 12.5mg en la noche según concepto de psiquiatría

Se explican recomendaciones no farmacológicas para profilaxis de la migraña

Higiene del sueño

Control por neurologia en 1 mes

Se cierra interconsulta

Análisis: Mujer de 29 años con diagnósticos anotados, en vigilancia en la unidad de cuidados intermedios por alto riesgo de autoagresión. En el momento estable hemodinámicamente, sin signos de respuesta inflamatoria, sin deterioro del patrón respiratorio, con mejoría del alertamiento y la interacción con el examinador.

Pendiente remisión a unidad de salud mental indicada por servicio de psiquiatría, a la espera de que representante legal acuda para aceptación de la misma. Continúa vigilancia e igual manejo médico instaurado.

Se explica conducta a paciente, quien acepta.

PLAN

Vigilancia en unidad de cuidados intermedios

Lactato de ringer 100 cc/h

Sertralina 50 mg VO día

Enoxaparina 40 mg SC día

P/ Remisión a unidad de salud mental.

Avisar cambios

MEDICO : MARIA TERESA OSPINA CABRERA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 52104493

NOTA MEDICA

FECHA: 19/02/2019 **HORA:** 18:04:59

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Turno Tarde 19/02/2019

FI HOSPITAL NEMOCÓN: 17/02/19

FI UCIN/HUN: 17/02/19

Ingrith Katherine Carreño Sepúlveda

29 años

1022957079

DIAGNÓSTICOS

1. Intento suicida

1.1. Intoxicación aguda por opioides, antihistamínicos y AINES

2. Antecedente de intento suicida previo

Subjetivo: Paciente en compañía de familiar, refiere sentirse bien, sin nueva sintomatología. Tolera

RESUMEN DE HISTORIA

adecuadamente la vía oral. Diuresis y deposiciones sin alteraciones

Objetivo: Aceptables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, afebril al tacto

TA: 100/65 mmHg - FC 67 lpm - FR 16 rpm - SaO2 93% al ambiente - T 36.5°C

Conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda sin lesiones. Cuello móvil sin adenomegalias. Tórax simétrico, expansible, murmullo vesicular conservado sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni galope. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. Extremidades eutróficas, eutéricas, llenado capilar menor a 3 segundos. Neurológico: Alerta, orientada, pupilas normoreactivas, pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservadas, reflejos sin alteración, no signos meníngeos.

Análisis: Paciente de 29 años con diagnósticos anotados, hospitalizada en la unidad de cuidados intermedios por alto riesgo de autoagresión. En el momento estable hemodinámicamente, sin signos de respuesta inflamatoria, sin deterioro del patrón respiratorio. Pendiente remisión a unidad de salud mental indicada por servicio de psiquiatría. Continúa vigilancia e igual manejo médico instaurado. Se explica conducta a paciente, quien acepta.

PLAN

Vigilancia en unidad de cuidados intermedios

Dieta normal

Lactato de ringer 10 cc/hora ** MODIFICADO **

Sertralina 50 mg VO día

Enoxaparina 40 mg SC día

P/ Remisión a unidad de salud mental.

Avisar cambios

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS

RM: 80085694

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 20/02/2019 **HORA:** 09:56:34

Evolucion Psiquiatría

Idx:

Intento suicida

Episodio depresivo mayor moderado - grave

S/ Manifiesta la paciente que ha estado tranquila, concilia el sueño de manera adecuada, acepta y tolera la vo, realiza critica del evento y acepta un poco la remision a unidad de salud mental

O/ Porte cuidado, alerta, orientada en las 3 esferas, actitud de cooperaicon, euprosexica, pensamiento con ideas de soledad, minusvalia, hace critica parcial sobre intento suicida, afecto de fondo triste, sin actitud alucinatoria, normoquietico, eulalico, introspeccion pobre, prospeccion en construccion, juicio de realidad debil

A/ Paciente en seguimiento por intento suicida y TDM, con evolucion lenta hacia la mejoría, mejor critica del evento aunque persisten sintomas afectivos, se encuentra remision a unidad de salud mental

RESUMEN DE HISTORIA

Plan:

Seguimiento por Psiquiatría

Sertralina tab 50 mg 1-0-0 vo

Pendiente remision a unidad de salud mental

MEDICO : MIGUEL COTE MENENDEZ

RM: 19476924

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 20/02/2019 HORA: 12:17:28

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Turno Mañana 20/02/2019

FI HOSPITAL NEMOCÓN: 17/02/19

FI UCIN/HUN: 17/02/19

Ingrith Katherine Carreño Sepúlveda

29 años

1022957079

DIAGNÓSTICOS

1. Intento suicida

1.1. Intoxicación aguda por opioides, antihistamínicos y AINES

2. Antecedente de intento suicida previo

Subjetivo: Paciente refiere sentirse bien, sin presencia de nuevos síntomas. Tolera adecuadamente la vía oral.

Diuresis y deposiciones sin alteraciones.

Objetivo: Aceptables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, afebril al tacto

TA: 105/72 mmHg - FC 63 lpm - FR 15 rpm - SaO2 95% al ambiente - T 36.5°C

Conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda sin lesiones. Cuello móvil sin adenomegalias. Tórax simétrico, expansible, murmullo vesicular conservado sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni galope. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. Extremidades eutróficas, eutérmicas, llenado capilar menor a 3 segundos. Neurológico: Alerta, orientada, pupilas normorreactivas, pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservadas, reflejos sin alteración, no signos meníngeos.

Paraclínicos: No hay nuevos

Análisis: Mujer de 29 años con diagnósticos anotados, hospitalizada en la unidad de cuidados intermedios por intento de suicidio con intoxicación aguda con alto riesgo de recurrencia. En el momento estable hemodinámicamente, con evolución clínica estacionaria, sin signos de deterioro. Pendiente remisión a unidad de salud mental indicada por servicio de psiquiatría. Continúa vigilancia e igual manejo médico instaurado. Se explica conducta a paciente, quien acepta.

PLAN

Vigilancia en unidad de cuidados intermedios

Tapón heparinizado

Sertralina 50 mg VO día

Enoxaparina 40 mg SC día

RESUMEN DE HISTORIA

P/ Remisión a unidad de salud mental.
Avisar cambios

MEDICO : JOSE GUILLERMO RUIZ RODRIGUEZ
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79267639

NOTA MEDICA

FECHA: 20/02/2019 **HORA:** 12:23:54

*** NOTA ACLARATORIA ***

La evolución de la mañana FOLIO 55 fue realizada por el Dr. Oscar Contreras, cargada en el sistema por error con el usuario del Dr. Guillermo Ruiz.

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 91106137

NOTA MEDICA

FECHA: 20/02/2019 **HORA:** 17:41:48

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Turno Tarde 20/02/19

FI HOSPITAL NEMOCÓN: 17/02/19

FI UCIN/HUN: 17/02/19

Ingrith Katherine Carreño Sepúlveda
29 años
1022957079

DIAGNÓSTICOS

1. Intento suicida
- 1.1. Intoxicación aguda por opioides, antihistamínicos y AINES
2. Antecedente de intento suicida previo

Subjetivo: Paciente en compañía de familiar, asintomática en el momento. Tolera adecuadamente la vía oral.
Diuresis y deposiciones sin cambios

Objetivo: Aceptables condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, afebril al tacto
TA: 108/75 mmhg - FC 45 lpm - FR 11 rpm - SaO2 93% al ambiente - T 36.2°C
Conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda sin lesiones. Cuello móvil sin adenomegalias. Tórax simétrico, expansible, murmullo vesicular conservado sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni galope. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. Extremidades eutróficas, eutémicas, llenado capilar menor a 3 segundos. Neurológico: Alerta, orientada, pupilas normorreactivas, pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservadas, reflejos sin alteración, no signos meníngeos.

Análisis: Mujer de 29 años con diagnósticos anotados, hospitalizada en la unidad de cuidados intermedios por alto riesgo de autoagresión. Al momento con evolución estacionaria, sin signos de deterioro de su condición clínica. Pendiente remisión a unidad de salud mental indicada por servicio de psiquiatría. Continúa vigilancia e igual manejo médico instaurado. Se explica conducta a paciente, quien acepta.

RESUMEN DE HISTORIA

PLAN

Vigilancia en unidad de cuidados intermedios
Catéter heparinizado
Sertralina 50 mg VO día
Enoxaparina 40 mg SC día
P/ Remisión a unidad de salud mental.
Avisar cambios

MEDICO : OSCAR MIGUEL CONTRERAS AMOROCHO
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 91106137

CIERRE DE EPICRISIS - EGRESO DE PACIENTE

FECHA: / / HORA: : :

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

Dx salida 1	F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
Dx salida 2	F110	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS INTOXICACION

CONDICION DE SALIDA:

DIAS DE INCAPACIDAD: 0
