

RESUMEN DE HISTORIA

NOMBRE: MARIA MANUELA GIRALDO PULIDO **TIPO DE DOC:** CC **Nº DOC:** 1193406896

EDAD: 18 AÑOS **SEXO:** F **FECHA DE NACIMIENTO:** 11/04/2000

FECHA DE INGRESO: 03/07/2018 21:11:1

FECHA DE EGRESO: / / 00:00:00

SERVICIO INGRESO: HOSPITALIZACION

SERVICIO EGRESO: HOSPITALIZACION

PABELLON EVOLUCIÓN: 2 UCI

INGRESO DEL PACIENTE

FECHA: 03/07/2018 **HORA:** 21:11:

SERVICIO: HOSPITALIZACION

CAUSA EXTERNA: ENFERMERDAD GENERAL

MEDICO : JAVIER ANDRES MORA ARTEAGA

RM: 80039257

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 03/07/2018 **HORA:** 23:38:34

INGRESO UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

FECHA INGRESO HUN 03/07/2018

FECHA INGRESO UCI 03/07/2018

Nombre Maria Manuela Giraldo Pulido

Edad 18 años

CC 1193406896

Enfermedad actual

paciente remitida de urgencias puente aranda por cuadro clínico de 1 hora de evolucion consistente en ingesta voluntaria con intencion suicida clonazepam gotas frasco y quetiapina 25mg 18 tabletas, segun familiar (hermana) paciente no perdio el conocimiento y fue llevada de inmediato a urgencias puente aranda donde realizan lavado gastrico con carbon activado. Adicional refiere lesiones con arma cortante (cuchilla) en extremidades. Niega perdida de conocimiento.

Antecedentes personales

Patológico Esquizofrenia, trastorno bipolar, múltiples intentos suicidas

Farmacológicos Clonazepam 2 gotas am y 8 gotas pm, Quetiapina 2 tabletas al día, Sertralina 1 tableta al día

Quirúrgicos craneotomía

Alérgicos niega

Toxicos niega

Examen físico

TA 95/63 FC 65 FR 18 T 36 SO2 99 %

Isocoria normoractiva, mucosas húmedas cuello sin injurgitación yugular, Tórax simétrico no tirajes, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios no agregados abdomen blando no dolor no signos de irritación peritoneal, extremidades miembros superiores con heridas múltiples tipo excoriación no sangrado activo, extremidades inferiores miembro inferior izquierdo excoriaciones múltiples no sangrado Neurológico, somnolencia, alertable obedece ordenes, pares craneales conservados, fuerza motora 5/5 no focaliza con glasgow 14/15

RESUMEN DE HISTORIA

PARACLINICOS EXTRAINSTITUCIONALES

Cloro 101 potasio 4.3 sodio 137 , creatinina 0.58 bun 14 Hemograma leucocitos 4990 N 3130 Hto 37.9 Hb 12.4 PLQ 262000

ANALISIS

Paciente femenina en la 2 decada de la vida quien tiene antecedente de Esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar quien ingresa por cuadro de intento de suicidio realizado con medicamentos benzodicepinas y antipsicoticos en quien en sitio de remision fue realizado lavado gastrico aproximadamente 1 hora post ingesta (segun historia clínica), ingresa en condiciones estables sin deterioro neurológico hasta el momento, se considera vigilancia estricta dado riesgo de deterioro neurológico y ventilatorio, se solicita estudios de extension y valoracion por psiquiatria. Se deja con aporte hidrico y dextrosa por glucometría de 61

EKG INGRESO

QTC 433 NO CAMBIOS DE ISQUEMIA

GLUCOMETRÍA 61

DIAGNOSTICOS

Intento de suicidio
Intoxicacion medicamentosa Clonazepam, Quetiapina
Esquizofrenia por historia clínica
Trastorno bipolar por historia clínica

PROBLEMAS

Multiples intentos de suicidio
Riesgo de deterioro neurológico

SOPORTES

Ninguno

PLAN

Estancia Unidad de cuidados intermedios
Lactato ringer 120 CCHORA
Dextrosa 30cc hora
Omeprazol 20mg vo cada 12horas
ss Hemograma electrolitos, azoados, ast alt, bilirrubinas. rx tórax
valoracion por psiquiatria.

MEDICO : JAVIER ANDRES MORA ARTEAGA

RM: 80039257

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 04/07/2018 **HORA:** 13:00:18

Unidad de cuidados intermedios-Turno mañana 04/07/2018

Dr. Diego Tibavizco-Intensivista

Dra. Alejandra Guarnizo-R2 Medicina interna

Natalia Figueroa-Interna UCI

RESUMEN DE HISTORIA

Maria Manuela Giraldo

FECHA INGRESO HUN 03/07/2018

FECHA INGRESO UCI 03/07/2018

Paciente femenina de 18 años con diagnósticos:

1. Intento de suicidio 03/07/2018

1.1. Intoxicación medicamentosa (clonazepam, quetiapina)

2. Esquizofrenia por historia clínica

3. Trastorno bipolar por historia clínica

4. Anemia microcítica hipocrómica en estudio ambulatorio.

4.1. Antecedente familiar de talasemia

PROBLEMAS

-Múltiples intentos de suicidio

-Riesgo de deterioro neurológico

SOPORTES

-Ninguno

AISLAMIENTO

-Ninguno

ANTIBIÓTICO

-Ninguno

Subjetivo: refiere sentirse cansada, concilió el sueño, acepta y tolera vía oral, niega dolor torácico, niega palpitaciones, niega fiebre.

Se interroga paciente quien refiere antecedente familiar materno de talasemia (madre y abuela), anemia microcítica en estudio.

Objetivo: paciente en aceptable estado general, alerta, hidratada, afebril.

Signos vitales TA 91/54 mmHg (TAM 62), FC 55/min, FR 20/min, SaO2 93% a Fio2 0.21.

Diuresis: 1,9 cc/kg/hora

Glucometría 6am: 69 mg/dL.

Cabeza y cuello: conjuntivas normocromicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello simétrico, móvil, no se palpan masas ni megalias, sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: tórax normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin agregados.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes, sin reflujo hepatoyugular.

Genitourinario: sonda vesical permeable.

Extremidades: múltiples heridas de vacilación superficiales y paralelas en región proximal externa de antebrazos y región proximal de muslos, cicatrices de heridas de vacilación antiguas en regiones descritas, pulsos distales presentes, sin edema, llenado capilar de 3 segundos.

Neurológico: alerta, atenta, orientada en persona y lugar, desorientada en tiempo, obedece órdenes sencillas, lenguaje fluido, isocoria normorreactiva, sin alteraciones de pares craneales, fuerza y sensibilidad conservadas, sin signos meníngeos.

Paraclínicos:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

03/07/2018 Electrocardiograma: 55 lpm, eje desviado a la derecha, bradicardia sinusal, bloqueo incompleto de rama derecha, QT 460 ms (QTc 433 ms).

04/07/2018 Hemograma Leucos 6900 N 52% L 38,7% Hb 10.8 Hto 32% VCM 62,5 HCM 21,1 CHCM 33.8, RDW 15.6, PLT 239000. PT 17.3 INR 1,3. Creatinina 0.53 BUN 9.0 Bilirrubina total 1.31, B directa 0.39 B indirecta 0.92, TGO 16.8 TGP 13.4 Na 146 K 4.10 Cl 117.3 Ca 8.7 Mg 2.04.

04/07/2018 Rx de tórax: adecuada técnica, no se observan consolidaciones masas ni derrame pleural.

Análisis: paciente femenina de 18 años, con antecedente de esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar, se encuentra en vigilancia clínica en la unidad de cuidados intermedios por intento suicida con benzodiacepina y antipsicótico atípico, el cual se maneja con carbón activado y lavado gástrico en sitio de remisión, fue remitida para vigilancia neurológica. En el momento en aceptable estado general, sin deterioro neurológico ni ventilatorio, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, glucometrias en metas, con adecuada diuresis, sin signos de bajo gasto o hipoperfusión. Paraclínicos de ingreso evidencian anemia microcítica hipocromica, hipercloremia y leve aumento de bilirrubina total a expensas de la indirecta, electrocardiograma con QTc límite y bradicardia sinusal (en el momento asintomática), se considera necesario realizar control electrocardiográfico, se indica retiro de sonda vesical y se disminuye aporte de líquidos endovenosos, se suspende dextrosa dada tolerancia adecuada de la vía oral, tiene pendiente valoración por servicio de psiquiatría, continúa vigilancia en unidad de cuidados intermedios por 72 horas, por riesgo de arritmias.

Plan

Estancia Unidad de cuidados intermedios

Lactato ringer a 1cc/kg/h

Omeprazol 20mg vo cada 12 horas

Dextrosa 30cc hora :::::::::: Suspender::::::::::::

S/s: electrocardiograma control

Pendiente valoración por Psiquiatría

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS

RM: 80085694

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 04/07/2018 **HORA:** 13:56:21

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

Mujer de 18 años, natural de Pereira, procedente de Bogotá, soltera, sin hijos, vive con los padres y hermanos, Bachiller, en el momento cesante,

Se encuentra hospitalizada con diagnósticos:

Intento de suicidio

Intoxicación medicamentosa Clonazepam, Quetiapina

Esquizofrenia por historia clínica

Trastorno bipolar por historia clínica

Solicitan valoración por intento de suicidio

Paciente que describe que tomó 18 tabletas de quetiapina de 25 mg y varias gotas de clonazepam con fines suicidas. Refiere que esto es desencadenando porque se siente "culpable por no hacer las cosas bien, hacer sentir mal a los demás". Refiere que ha tenido ánimo triste, hipobulia, persiste con ideas de muerte y de

RESUMEN DE HISTORIA

suicidio.

Describe que desde hace dos años ha recibido atención por psiquiatría por fluctuaciones afectivas, múltiples intentos de suicidio y también autoagresiones, inestabilidad e impulsividad. Le han dado múltiples diagnósticos, trastorno bipolar, depresión, ansiedad, trastorno esquizoafectivo, trastorno límite de personalidad. Por este motivo, sus padres son quienes se encargan de la administración de medicamentos.

Se describe como una persona inestable, "me aburro de todo rápidamente"

Antecedentes personales

Patológicos Esquizofrenia, trastorno bipolar, múltiples intentos suicidas

Farmacológicos Clonazepam 2 gotas am y 8 gotas pm, Quetiapina 2 tabletas al día, Sertralina 1 tableta al día

Quirúrgicos craneotomía

Alérgicos niega

Toxicos niega

Examen mental: porte acorde al contexto hospitalario, alerta, dramática, euprosexico, pensamiento con ideas de culpa, muerte y suicidio, no hay cogniciones depresivas adicionales, afecto sin tono predominante, juicio debilitado, introspección pobre

ANÁLISIS

Paciente con intento de suicidio, que impresiona ocurrir en el contexto de rasgos límites de personalidad con fluctuaciones en el afecto, impulsividad e inestabilidad. Se considera que una vez se establezca su condición médica actual debe ser remitida a unidad de salud mental, por ahora continuar tratamiento con antidepresivo y clonazepam

dx:

Intento de suicidio

Rasgos límites de personalidad

Plan;

sertralina 50 mg al día

Clonazepam gotas 2 - 0- 8

Remisión a unidad de salud mental

MEDICO : CLAUDIA XIMENA RANGEL GARZON

RM: 250608/2009

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 04/07/2018 HORA: 13:57:

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

Mujer de 18 años, natural de Pereira, procedente de Bogotá, soltera, sin hijos, vive con los padres y hermanos, Bachiller, en el momento cesante,

Se encuentra hospitalizada con diagnósticos:

Intento de suicidio

Intoxicación medicamentosa Clonazepam, Quetiapina

Esquizofrenia por historia clínica

RESUMEN DE HISTORIA

Trastorno bipolar por historia clínica

Solicitan valoración por intento de suicidio

Paciente que describe que tomó 18 tabletas de quetiapina de 25 mg y varias gotas de clonazepam con fines suicidas. Refiere que esto es desencadenando porque se siente "culpable por no hacer las cosas bien, hacer sentir mal a los demás". Refiere que ha tenido ánimo triste, hipobulia, persiste con ideas de muerte y de suicidio.

Describe que desde hace dos años ha recibido atención por psiquiatría por fluctuaciones afectivas, múltiples intentos de suicidio y también autoagresiones, inestabilidad e impulsividad. Le han dado múltiples diagnósticos, trastorno bipolar, depresión, ansiedad, trastorno esquizoafectivo, trastorno límite de personalidad. Por este motivo, sus padres son quienes se encargan de la administración de medicamentos.

Se describe como una persona inestable, "me aburro de todo rápidamente"

Antecedentes personales

Patológicos Esquizofrenia, trastorno bipolar, múltiples intentos suicidas

Farmacológicos Clonazepam 2 gotas am y 8 gotas pm, Quetiapina 2 tabletas al día, Sertralina 1 tableta al día

Quirúrgicos craneotomía

Alérgicos niega

Tóxicos niega

Examen mental: porte acorde al contexto hospitalario, alerta, dramática, euprosexico, pensamiento con ideas de culpa, muerte y suicidio, no hay cogniciones depresivas adicionales, afecto sin tono predominante, juicio debilitado, introspección pobre

ANÁLISIS

Paciente con intento de suicidio, que impresiona ocurrir en el contexto de rasgos límite de personalidad con fluctuaciones en el afecto, impulsividad e inestabilidad. Se considera que una vez se establezca su condición médica actual debe ser remitida a unidad de salud mental, por ahora continuar tratamiento con antidepresivo y clonazepam

dx:

Intento de suicidio

Rasgos límite de personalidad

Plan;

sertralina 50 mg al día

Clonazepam gotas 2 - 0 - 8

Remisión a unidad de salud mental.

Solicitado por : CLAUDIA XIMENA RANGEL GARZON

RM: 250608/2009

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

Realizado por : CLAUDIA XIMENA RANGEL GARZON

RM: 250608/2009

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

RESUMEN DE HISTORIA

FECHA: 04/07/2018 **HORA:** 17:05:52

Unidad de cuidados intermedios-Turno Tarde 04/07/2018

Dr. Diego Tibavizco-Intensivista
Dr. Andres Garces-R3 Medicina Interna
Natalia Figueroa-Interna UCI

Maria Manuela Giraldo

FECHA INGRESO HUN 03/07/2018

FECHA INGRESO UCI 03/07/2018

Paciente femenina de 18 años con diagnósticos:

1. Intento de suicidio 03/07/2018
 - 1.1. Intoxicación medicamentosa (clonazepam, quetiapina)
2. Esquizofrenia por historia clínica
3. Trastorno bipolar por historia clínica
4. Sospecha de trastorno límite de la personalidad
5. Anemia microcítica hipocrómica en estudio ambulatorio.
 - 5.1. Antecedente familiar de Talasemia

PROBLEMAS

- Múltiples intentos de suicidio
- Riesgo de deterioro neurológico

SOPORTES

- Ninguno

ASLAMIENTO

- Ninguno

ANTIBIÓTICO

- Ninguno

Subjetivo: paciente en compañía de la hermana, refiere sentirse mejor, acepta y tolera vía oral, niega dolor torácico, niega palpitaciones, niega fiebre.

Se interroga paciente quien refiere antecedente familiar materno de talasemia (madre y abuela), con anemia microcítica ya conocida y en estudio.

Objetivo: paciente en aceptable estado general, alerta, hidratada, afebril.

Signos vitales TA 106/62 mmHg (TAM 80), FC 65/min, FR 20/min, SaO2 92% a Fio2 0.21.

Diuresis: 2,2 cc/kg/hora

Glucometría 6am: 69 mg/dL.

Cabeza y cuello: conjuntivas normocromicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello simétrico, móvil, no se palpan masas ni megalias, sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: tórax normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin agregados. Cicatrices por heridas de vacilación en dorso.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes, sin reflujo hepatoyugular.

RESUMEN DE HISTORIA

Extremidades: múltiples heridas de vacilación superficiales y paralelas en región proximal externa de antebrazos y región proximal de muslos, cicatrices de heridas de vacilación antiguas en regiones descritas, pulsos distales presentes, sin edema, llenado capilar de 3 segundos.

Neurológico: alerta, atenta, orientada en persona y lugar, desorientada en tiempo, obedece órdenes sencillas, lenguaje fluido, isocoria normorreactiva, sin alteraciones de pares craneales, fuerza y sensibilidad conservadas, sin signos meníngeos.

Paraclínicos:

04/07/2018 Hemograma Leucos 6900 N 52% L 38,7% Hb 10.8 Hto 32% VCM 62,5 HCM 21,1 CHCM 33.8, RDW 15.6, PLT 239000. PT 17.3 INR 1,3. Creatinina 0.53 BUN 9.0 Bilirrubina total 1.31, B directa 0.39 B indirecta 0.92, TGO 16.8 TGP 13.4 Na 146 K 4.10 Cl 117.3 Ca 8.7 Mg 2.04.

04/07/2018 Rx de tórax: adecuada técnica, no se observan consolidaciones masas ni derrame pleural.

04/07/2018 Gases arteriales: PO2 117.4 (hiperoxemia terapeutica), Fio2 0.24, PaFi 489.1, PCO2 37.5 pH 7.35 HCO3 20,2 BE -5,4 Lactato 0,58. Na 141,2 K 3.63 Cl 109.5 Ca 1.192.

Psiquiatría: paciente con intento de suicidio, que impresiona ocurrir en el contexto de rasgos límites de personalidad con fluctuaciones en el afecto, impulsividad e inestabilidad. Se considera que una vez se estabilice su condiciones medica actual debe ser remitida a unidad de salud mental, por ahora continuar tratamiento con antidepressivo y clonazepam.

Análisis: paciente femenina de 18 años, con antecedente de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y depresión, quien se encuentra en vigilancia clínica en la unidad de cuidados intermedios por intento suicida con benzodiacepina y antipsicótico atípico hace aprox. 14 horas, en el momento se encuentra en aceptable estado general, sin deterioro neurológico ni ventilatorio, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, glucometrias en metas, con adecuada diuresis, sin signos de bajo gasto o hipoperfusión. Se recibe resultado de gases arteriales donde se evidencia acidosis metabólica hiperclorémica posiblemente por líquidos administrados en hidratación, en el transcurso del día ha tolerado vía oral por lo que se decide suspender líquidos endovenosos; fue valorada por psiquiatría, servicio que considera intento de suicidio en contexto de rasgos límites de la personalidad, que requiere remisión a unidad de salud mental una vez se estabilice de condición médica actual y reinicio de antidepressivo y clonazepam. Continúa vigilancia en cuidado intermedio por riesgo de arritmias cardiacas que persiste considerando metabolismo de medicamentos ingeridos, se solicitan paraclínicos de control para mañana, posteriormente se iniciará remisión a unidad de salud mental indicada por psiquiatría.

Plan

Estancia Unidad de Cuidado Intermedio

Dieta normal

Lactato ringer a 1cc/kg/h:.....Suspender:.....

Tapón venoso heparinizado

Omeprazol 20mg vo cada 12 horas

Sertralina 50 mg en la noche

Clonazepam gotas 2,5mg/ml, 2 gotas en la mañana y 8 gotas en la noche

S/S: gases arteriales, electrolitos (sodio, potasio, cloro), bilirrubina total y directa, tgo y tgp, creatinina y bun para mañana 6:00am.

S/S: ekg control para mañana 6:00am.

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS

RM: 80085694

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RESUMEN DE HISTORIA

NOTA MEDICA

FECHA: 05/07/2018 HORA: 12:23:08

Unidad de Cuidados Intermedios-Turno mañana 05/07/2018

Maria Manuela Giraldo

FECHA INGRESO HUN 03/07/2018

FECHA INGRESO UCI 03/07/2018

Paciente femenina de 18 años con diagnósticos:

1. Intento de suicidio 03/07/2018
- 1.1. Intoxicación medicamentosa (clonazepam, quetiapina)
2. Esquizofrenia por historia clínica
3. Trastorno bipolar por historia clínica
4. Sospecha de trastorno límite de la personalidad
5. Anemia microcítica hipocrómica en estudio ambulatorio.
- 5.1. Antecedente familiar de Talasemia

PROBLEMAS

- Múltiples intentos de suicidio
- Riesgo de deterioro neurológico

SOPORTES

- Ninguno

AISLAMIENTO

- Ninguno

ANTIBIÓTICO

- Ninguno

Subjetivo: refiere sentirse bien, concilio el sueño, acepta y tolera vía oral, micción positiva, niega fiebre.

Objetivo: paciente en aceptable estado general, alerta, hidratada, afebril.

Signos vitales TA 110/60 mmHg (TAM 78), FC 89 /min, FR 20 /min, SaO2 95% a Fio2 0.21.

Balance de líquidos. Líquidos administrados: 2550. Líquidos eliminados: 2700. Balance día -150. Diuresis: 2,3 cc/kg/hora

Glucometría 6am: 83 mg/dL.

Cabeza y cuello: conjuntivas normocromicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello simétrico, móvil, no se palpan masas ni megalias, sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: tórax normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin agregados.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes, sin reflujo hepatoyugular.

Extremidades: múltiples heridas de vacilación superficiales y paralelas en región proximal externa de antebrazos y región proximal de muslos , cicatrices de heridas de vacilación antiguas en regiones descritas, pulsos distales presentes, sin edema, llenado capilar de 3 segundos.

Neurológico: alerta, atenta, orientada en persona y lugar, desorientada en tiempo, obedece órdenes sencillas, lenguaje fluido, isocoria normorreactiva, sin alteraciones de pares craneales, fuerza y sensibilidad

RESUMEN DE HISTORIA

conservadas, sin signos meníngeos.

Paraclínicos:

04/07/2018 Hemograma Leucos 6900 N 52% L 38,7% Hb 10.8 Hto 32% VCM 62,5 HCM 21,1 CHCM 33.8, RDW 15.6, PLT 239000. PT 17.3 INR 1,3. Creatinina 0.53 BUN 9.0 Bilirrubina total 1.31, B directa 0.39 B indirecta 0.92, TGO 16.8 TGP 13.4 Na 146 K 4.10 Cl 117.3 Ca 8.7 Mg 2.04.

04/07/2018 Gases arteriales: PO2 117.4 (hiperoxemia terapeutica), Fio2 0.24, PaFi 489.1, PCO2 37.5 pH 7.35 HCO3 20.2 BE -5,4 Lactato 0,58. Na 141,2 K 3.63 Cl 109.5 Ca 1.192.

05/07/2018 Creatinina 0.60 BUN 12 Bilirrubina total 1.03, B directa 0.27 B indirecta 0.75, TGO 18.6 TGP 13.7 Na 140 K 4.03 Cl 108.

05/07/2018 Gases arteriales: PO2 68,9 , Fio2 0.21, PaFi 328, PCO2 35.2 pH 7.39 HCO3 21.2 BE -3,7 Lactato 0,98. Na 137 K 3.9 Cl 103,7 Ca 1.108.

Análisis: paciente femenina de 18 años, con antecedente de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y depresión, quien se encuentra en vigilancia clínica en la unidad de cuidados intermedios por intento suicida con benzodiacepina y antipsicótico atípico de aprox. 40 horas de evolución, en su estancia en la unidad ha permanecido estable. En el momento se encuentra en aceptable estado general, sin deterioro neurológico ni ventilatorio, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, glucometrias en metas, con adecuada diuresis, sin signos de bajo gasto o hipoperfusión. Paraclínicos de control descartan compromiso hepático o renal, sin trastornos electrolíticos, gases arteriales con normoxemia y disminución de base exceso. Continúa vigilancia en cuidado intermedio (se considero llevar mínimo a 72 horas por metabolismo de medicamentos), se suspenden líquidos endovenosos y omeprazol, se inician tramites de remisión a unidad de salud mental indicada por psiquiatría.

Plan

Estancia Unidad de Cuidado Intermedio

Dieta normal

Tapón venoso heparinizado

Suspender lactato de ringer

Omeprazol 20mg vo cada 12 horas:.....suspender:.....

Sertralina 50 mg en la noche

Clonazepam gotas 2,5mg/ml, 2 gotas en la mañana y 8 gotas en la noche

Se inicia remisión a unidad de salud mental

MEDICO : OSCAR MAURICIO MORENO OJEDA

RM: 79690914

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 05/07/2018 **HORA:** 17:00:07

Unidad de Cuidados Intermedios-Turno tarde 05/07/2018

Maria Manuela Giraldo

FECHA INGRESO HUN 03/07/2018

FECHA INGRESO UCI 03/07/2018

Paciente femenina de 18 años con diagnósticos:

RESUMEN DE HISTORIA

1. Intento de suicidio 03/07/2018
 - 1.1. Intoxicación medicamentosa (clonazepam, quetiapina)
2. Esquizofrenia por historia clínica
3. Trastorno bipolar por historia clínica
4. Sospecha de transtorno límite de la personalidad
5. Anemia microcítica hipocrómica en estudio ambulatorio.
- 5.1. Antecedente familiar de Talasemia

PROBLEMAS

- Múltiples intentos de suicidio
- Riesgo de deterioro neurológico
- Riesgo de arritmias cardíacas

SOPORTES

- Ninguno

ASLAMIENTO

- Ninguno

ANTIBIÓTICO

- Ninguno

Subjetivo: en compañía de la hermana, refiere sentirse bien, acepta y tolera vía oral, micción positiva, niega fiebre, niega dolor torácico, niega palpitaciones.

Objetivo: paciente en aceptable estado general, alerta, hidratada, afebril.

Signos vitales TA 108/65 mmHg (TAM 70), FC 65 /min, FR 20 /min, SaO2 94% a Fio2 0.21.

Diuresis: 2,3 cc/kg/hora

Glucometrías: 83 mg/dL.

Cabeza y cuello: conjuntivas normocromicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello simétrico, móvil, no se palpan masas ni megalias, sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: tórax normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin agregados.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes, sin reflujo hepatoyugular.

Extremidades: múltiples heridas de vacilación superficiales y paralelas en región proximal externa de antebrazos y región proximal de muslos , cicatrices de heridas de vacilación antiguas en regiones descritas, pulsos distales presentes, sin edema, llenado capilar de 3 segundos.

Neurológico: alerta, atenta, orientada en tres esferas, obedece órdenes sencillas, lenguaje fluido, isocoria normorreactiva, sin alteraciones de pares craneales, fuerza y sensibilidad conservadas, sin signos meníngeos.

Paraclínicos:

04/07/2018 Hemograma Leucos 6900 N 52% L 38,7% Hb 10.8 Hto 32% VCM 62,5 HCM 21,1 CHCM 33.8, RDW 15.6, PLT 239000. PT 17.3 INR 1,3. Creatinina 0.53 BUN 9.0 Bilirrubina total 1.31, B directa 0.39 B indirecta 0.92, TGO 16.8 TGP 13.4 Na 146 K 4.10 Cl 117.3 Ca 8.7 Mg 2.04.

04/07/2018 Gases arteriales: PO2 117.4 (hiperoxemia terapeutica), Fio2 0.24, PaFi 489.1, PCO2 37.5 pH 7.35 HCO3 20,2 BE -5,4 Lactato 0,58. Na 141,2 K 3.63 Cl 109.5 Ca 1.192.

05/07/2018 Creatinina 0.60 BUN 12 Bilirrubina total 1.03, B directa 0.27 B indirecta 0.75, TGO 18.6 TGP 13.7

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: BHERRERA BILL EDUARDO HERRERA PRIETO

RESUMEN DE HISTORIA

Na 140 K 4.03 Cl 108.

05/07/2018 Gases arteriales: PO2 68,9 , Fio2 0.21, PaFi 328, PCO2 35.2 pH 7.39 HCO3 21.2 BE -3,7 Lactato 0,98.

Na 137 K 3.9 Cl 103,7 Ca 1.108.

05/07/2018 Electrocardiograma: ritmo sinusal, 68 lpm, QT 420, bloqueo de rama derecha, sin ondas de ischemia, lesión o necrosis.

Análisis: paciente femenina de 18 años, con antecedente de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y depresión, quien se encuentra en vigilancia clínica en la unidad de cuidados intermedios por intento suicida con benzodiacepina y antipsicótico atípico de aprox. 50 horas de evolución, en su estancia en la unidad ha permanecido estable. En el momento se encuentra en aceptable estado general, sin deterioro neurológico ni ventilatorio, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, glucometrias en metas, con adecuada diuresis, sin signos de bajo gasto o hipoperfusión. Paraclínicos de control descartan compromiso hepático o renal, sin trastornos del estado ácido-base, sin desequilibrio hidroelectrolítico, electrocardiograma de control con intervalo QT en rango normal. Continúa vigilancia en cuidado intermedio (se considero llevar mínimo a 72 horas por riesgo de prolongación de QT y metabolismo de medicamentos) con igual manejo, se solicitan ekg control para mañana, a la espera de remisión a unidad de salud mental indicada por psiquiatría.

Plan

Estancia Unidad de Cuidado Intermedio

Dieta normal

Tapón venoso heparinizado

Sertralina 50 mg en la noche

Clonazepam gotas 2,5mg/ml, 2 gotas en la mañana y 8 gotas en la noche

Pendiente aceptación de remisión a unidad de salud mental

S/S: electrocardiograma control mañana

MEDICO : JAIRO ANTONIO PEREZ CELY

RM: 79683208

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 05/07/2018 **HORA:** 19:28:28

*****SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA*****

Mujer de 18 años hospitalizada con diagnósticos:

1. Intento de suicidio 03/07/2018
 - 1.1. Intoxicación medicamentosa (clonazepam, quetiapina)
2. Trastorno afectivo bipolar por historia clínica
3. Sospecha de transtorno límite de la personalidad
4. Anemia microcítica hipocrómica en estudio ambulatorio.
 - 4.1. Antecedente familiar de Talasemia

Describe que se ha sentido triste , luego de la visita de sus padres con frustración por sus cambios afectivos y las conductas suicidas a repetición. Describe fluctuaciones afectivas que duran alrededor de un día, no hay un desencadenante claro, hay sensación de vacío, ideas de muerte y suicidio activos

Examen mental: porte acorde al contexto hospitalario, alerta, dramática, euprosexica, pensamiento con ideas de culpa, muerte y suicidio, afecto de tono triste, hipobulica, normoquímica, juicio debilitado, introspección pobre

RESUMEN DE HISTORIA

ANALISIS

Paciente con intento de suicidio, en el momento no se identifican síntomas que sugieran psicopatología de orden afectivo o psicótica, impresiona con rasgos disfuncionales de personalidad. Se considera que una vez se estabilice su condición médica actual debe ser remitida a unidad de salud mental, por ahora continuar tratamiento con antidepresivo y clonazepam

Plan;

sertralina 50 mg al día

Cloanzepam gotas 2 - 0- 8

Remisión a unidad de salud mental

MEDICO : CLAUDIA XIMENA RANGEL GARZON

RM: 250608/2009

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

NOTA MEDICA

FECHA: 05/07/2018 **HORA:** 23:09:06

NOTA UCI

PACIENTE CON HISTORIA CLINICA ANOTADA, REFIERE CEFALEA EN REGION TEMPORAL, INTENSIDAD 6/10, CLINICAMENTE CON SIGNOS VITALES DE TA 116/89 FC 72 FR 18 T 36 CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, EXAMEN NEUROLOGICO ALERTA ORIENTADA EN 3 ESFERAS, NO DEFICIT DE PARES CRANEALES, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, SIGNOS MENINGEOS NEGATIVOS, FUERZA MOTORA 5/5 ROT ++/++++
SE INDICA ACETAMINOFEN 1G VO CADA 8 HORAS.

MEDICO : JAVIER ANDRES MORA ARTEAGA

RM: 80039257

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

NOTA MEDICA

FECHA: 06/07/2018 **HORA:** 11:09:40

Unidad de Cuidados Intermedios-Turno mañana 06/07/2018

Maria Manuela Giraldo

FECHA INGRESO HUN 03/07/2018

FECHA INGRESO UCI 03/07/2018

Paciente femenina de 18 años con diagnósticos:

1. Intento de suicidio 03/07/2018
- 1.1. Intoxicación medicamentosa (clonazepam, quetiapina)
2. Esquizofrenia por historia clínica
3. Trastorno bipolar por historia clínica
4. Sospecha de trastorno límite de la personalidad
5. Anemia microcítica hipocrómica en estudio ambulatorio.
- 5.1. Antecedente familiar de Talasemia

PROBLEMAS

- Múltiples intentos de suicidio
- Riesgo de deterioro neurológico
- Riesgo de arritmias cardíacas y prolongación del QT

RESUMEN DE HISTORIA

SOPORTES

-Ninguno

ASLAMIENTO

-Ninguno

ANTIBIÓTICO

-Ninguno

Subjetivo: refiere que la noche anterior presentó cefalea, actualmente asintomática, acepta y tolera vía oral, micción y deposición positivas, niega palpitaciones, niega dolor torácico, niega fiebre.

Objetivo: paciente en aceptable estado general, alerta, hidratada, afebril.

Signos vitales TA 101/57 mmHg (TAM 65), FC 65 /min, FR 20 /min, SaO₂ 93% a Fio₂ 0.21.

Balance de líquidos: Administrados 1150 Eliminados 1900 Balance acumulado: -250 Diuresis: 1,2cc/kg/hora

Cabeza y cuello: conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello simétrico, móvil, no se palpan masas ni megalias, sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: tórax normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin agregados.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes, sin reflujo hepatoyugular.

Extremidades: múltiples heridas de vacilación superficiales y paralelas en región proximal externa de antebrazos y región proximal de muslos en proceso de cicatrización, cicatrices de heridas de vacilación antiguas en regiones descritas, pulsos distales presentes, sin edema, llenado capilar de 3 segundos.

Neurológico: alerta, atenta, orientada en tres esferas, obedece órdenes sencillas, lenguaje fluido, isocoria normorreactiva, sin alteraciones de pares craneales, fuerza y sensibilidad conservadas, sin signos meníngeos.

Paraclínicos:

04/07/2018 Hemograma Leucos 6900 N 52% L 38,7% Hb 10.8 Hto 32% VCM 62,5 HCM 21,1 CHCM 33.8, RDW 15.6, PLT 239000. PT 17.3 INR 1.3. Creatinina 0.53 BUN 9.0 Bilirrubina total 1.31, B directa 0.39 B indirecta 0.92, TGO 16.8 TGP 13.4 Na 146 K 4.10 Cl 117.3 Ca 8.7 Mg 2.04.

04/07/2018 Gases arteriales: PO₂ 117.4 (hiperoxemia terapéutica), Fio₂ 0.24, PaFi 489.1, PCO₂ 37.5 pH 7.35 HCO₃ 20,2 BE -5,4 Lactato 0,58. Na 141,2 K 3.63 Cl 109.5 Ca 1.192.

04/07/2018 Radiografía de tórax: Elementos de monitorización externa. Pedículo vascular dentro de límites normales. Tráquea y bronquios fuente de curso y calibre usual. Silueta cardíaca de características normales. Nódulo denso de 4 mm de diámetro proyectado en base derecha. Recesos costofrénicos libres. Las estructuras óseas y los tejidos blandos no muestran alteración. (Dr. Cesar Riascos).

05/07/2018 Creatinina 0.60 BUN 12 Bilirrubina total 1.03, B directa 0.27 B indirecta 0.75, TGO 18.6 TGP 13.7 Na 140 K 4.03 Cl 108.

05/07/2018 Gases arteriales: PO₂ 68,9, Fio₂ 0.21, PaFi 328, PCO₂ 35.2 pH 7.39 HCO₃ 21.2 BE -3,7 Lactato 0,98. Na 137 K 3.9 Cl 103,7 Ca 1.108.

05/07/2018 Electrocardiograma: ritmo sinusal, 68 lpm, QT 420, bloqueo de rama derecha, sin ondas de isquemia, lesión o necrosis.

Análisis: paciente femenina de 18 años, con antecedente de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y depresión, quien se encuentra en vigilancia clínica en la unidad de cuidados intermedios por intento suicida

RESUMEN DE HISTORIA

con benzodiacepina y antipsicótico atípico de aprox. 70 horas de evolución, en su estancia en la unidad ha permanecido estable hemodinámica y neurológicamente. Actualmente en aceptable estado general, sin deterioro neurológico ni ventilatorio, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, adecuada diuresis, sin signos de bajo gasto o hipoperfusión, electrocardiográficamente no se han evidenciado arritmias ni prolongación del QT en 70 horas de evolución, el día de ayer fue revalorada por servicio de psiquiatría quienes mantienen indicación de antidepressivo y clonazepam así como traslado a unidad de salud mental. Continúa vigilancia en cuidado intermedio con igual manejo, se suspende acetaminofen formulado en la noche dado que se encuentra asintomática, se inicia anticoagulación profiláctica por protocolo, en espera de remisión a unidad de salud mental indicada por psiquiatría.

Plan

Pendiente aceptación de remisión a unidad de salud mental
Estancia Unidad de Cuidado Intermedio
Dieta normal
Tapón venoso heparinizado
Suspender acetaminofen y omeprazol
Sertralina 50 mg en la noche
Clonazepam gotas 2,5mg/ml, 2 gotas en la mañana y 8 gotas en la noche
Enoxaparina 40mg sc cada día
Control de signos vitales
Avisar cambios

MEDICO : OSCAR MAURICIO MORENO OJEDA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79690914

RESPUESTA A INTERCONSULTA

FECHA: 06/07/2018 **HORA:** 16:23:

TRABAJO SOCIAL

Se realiza intervención con familiar de paciente (mamá) Sandra Milena Pulido Restrepo (3193546999) debido al límite de cobertura con la eps, z028 quien manifiesta que actualmente existe un proceso legal en desarrollo en contra de su empresa que afecta su afiliación de salud, sin embargo manifiesta que debido a dicha situación el papá de la menor la tiene afiliada como beneficiaria. Por lo tanto al momento de ser informada expresa dirigirse a la EPS a solicitar los certificados de afiliación, los cuales los traerá a la Jefe de la oficina de atención al usuario o en su defecto al área de autorizaciones.

Solicitado por : OSCAR MAURICIO MORENO OJEDA
ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

RM: 79690914

Realizado por : MARIA FERNANDA SANDOVAL PINEDA
ESPECIALIDAD: TRABAJO SOCIAL

RM: 1013602009

NOTA MEDICA

FECHA: 06/07/2018 **HORA:** 16:54:22

Unidad de Cuidados Intermedios-Turno tarde 06/07/2018

Maria Manuela Giraldo
FECHA INGRESO HUN 03/07/2018
FECHA INGRESO UCI 03/07/2018

RESUMEN DE HISTORIA

Paciente femenina de 18 años con diagnósticos:

1. Intento de suicidio 03/07/2018
 - 1.1. Intoxicación medicamentosa (clonazepam, quetiapina)
2. Esquizofrenia por historia clínica
3. Trastorno bipolar por historia clínica
4. Sospecha de transtorno límite de la personalidad
5. Anemia microcítica hipocrómica en estudio ambulatorio.
 - 5.1. Antecedente familiar de Talasemia

PROBLEMAS

- Múltiples intentos de suicidio
- Riesgo de deterioro neurológico
- Riesgo de arritmias cardíacas y prolongación del QT

SOPORTES

- Ninguno

AISLAMIENTO

- Ninguno

ANTIBIÓTICO

- Ninguno

Subjetivo: en compañía de la hermana, refiere sentirse bien, acepta y tolera vía oral, diuresis positiva, niega dolor torácico, niega palpitaciones niega fiebre.

Objetivo: paciente en aceptable estado general, alerta, hidratada, afebril.

Signos vitales TA 113/61 mmHg (TAM 65), FC 67 /min, FR 18 /min, SaO2 92% a Fio2 0.21.

Diuresis: 1,2 cc/kg/hora.

Cabeza y cuello: conjuntivas hipocromicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello simétrico, móvil, no se palpan masas ni megalias, sin ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: tórax normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin agregados.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes, sin reflujo hepatoyugular.

Extremidades: múltiples heridas de vacilación superficiales y paralelas en región proximal externa de antebrazos y región proximal de muslos en proceso de cicatrización, cicatrices de heridas de vacilación antiguas en regiones descritas, pulsos distales presentes, sin edema, llenado capilar de 3 segundos.

Neurológico: alerta, atenta, orientada en tres esferas, obedece órdenes sencillas, lenguaje fluido, isocoria normorreactiva, sin alteraciones de pares craneales, fuerza y sensibilidad conservadas, sin signos meníngeos.

Paraclínicos:

04/07/2018 Radiografía de tórax: Elementos de monitorización externa. Pedículo vascular dentro de límites normales. Tráquea y bronquios fuente de curso y calibre usual. Silueta cardíaca de características normales.

Nódulo denso de 4 mm de diámetro proyectado en base derecha. Recesos costofrénicos libres. Las estructuras óseas y los tejidos blandos no muestran alteración. (Dr. Cesar Riascos).

RESUMEN DE HISTORIA

05/07/2018 Creatinina 0.60 BUN 12 Bilirrubina total 1.03, B directa 0.27 B indirecta 0.75, TGO 18.6 TGP 13.7 Na 140 K 4.03 Cl 108.

05/07/2018 Gases arteriales: PO2 68,9 , Fio2 0.21, PaFi 328, PCO2 35.2 pH 7.39 HCO3 21.2 BE -3,7 Lactato 0,98. Na 137 K 3.9 Cl 103,7 Ca 1.108.

05/07/2018 Electrocardiograma: ritmo sinusal, 68 lpm, QT 420, bloqueo de rama derecha, sin ondas de ischemia, lesión o necrosis.

Análisis: paciente femenina de 18 años, con antecedente de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y depresión, quien se encuentra en vigilancia clínica en la unidad de cuidados intermedios por intento suicida con benzodiacepina y antipsicótico atípico de aprox. 74 horas de evolución, en su estancia en la unidad ha permanecido estable hemodinámica y neurologicamente, sin requerimiento de soportes. Actualmente en aceptable estado general, sin deterioro neurológico ni ventilatorio, sin requerimiento de oxígeno suplementario, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, adecuada diuresis, sin signos de bajo gasto o hipoperfusión, electrocardiográficamente no se evidenciaron arritmias ni prolongación del QT en 74 horas de evolución, es baja la probabilidad de que se presente después de este tiempo. Se solicita interconsulta por trabajo social dado que referencia informa que la paciente no tiene afiliación a EPS en el momento, continúa vigilancia en cuidado intermedio con igual manejo en espera de remisión a unidad de salud mental indicada por psiquiatría.

Plan

Pendiente aceptación de remisión a unidad de salud mental

Estancia Unidad de Cuidado Intermedio

Dieta normal

Tapón venoso heparinado

Sertralina 50 mg en la noche

Clonazepam gotas 2,5mg/ml, 2 gotas en la mañana y 8 gotas en la noche

S/S: valoración por trabajo social

Control de signos vitales

Avisar cambios

MEDICO : DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS

RM: 80085694

ESPECIALIDAD: CUIDADO CRITICO

CIERRE DE EPICRISIS - EGRESO DE PACIENTE

FECHA: / / HORA: : :

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

CONDICION DE SALIDA:

DIAS DE INCAPACIDAD: 0