



Estudio de caso

Caso N 5:

Valoración inicial en urgencias

Ubicación: triage adultos
Triage – enfermería.

Estado del paciente al ingreso: consciente.
El paciente llega: caminando acompañado.

Motivo de consulta: ingresa paciente al servicio de urgencias refiere que presentó cuadro de desorientación a las 9 de la noche refiere que olió un aroma y desde ese momento no recuerda qué sucedió hasta hoy a las 4 tarde.

Escala Glasgow: 15.

Presión arterial (mmHg): 110/90.

Presión arterial media (mmHg): 96.

Pulso (Pulsa/Min): 94.

Frecuencia respiratoria (Respi/Min): 16.

Saturación de oxígeno (%): 98.

Temperatura (°C): 37.

Escala del dolor: 2.

Signos y síntomas salud mental: otros signos y síntomas.

Clasificación del triage: 3.

Valoración por medicina general

Motivo de consulta: me echaron algo en la cara, me maree y después no me acuerdo.

Enfermedad actual: paciente quien refiere que siendo las 21 horas del día XXXX se encontraba caminado en vía pública, (puente de XXXX), un sujeto le acerco un papel por el rostro, posteriormente refiere amnesia hasta esta madrugada cuando se incorporó caminado por una calle, la cual no recuerda, refiere haber estado deambulando sin rumbo hasta el día de hoy a las 16 horas, momento en el que decide consultar.

Planifica con implante hormonal

En el momento de la valoración 20:03 horas la paciente cursa asintomática, sin déficit neurológico, alerta, orientada, sin signos de violencia física.

Paciente refiere desconocer si hubo algún tipo de abuso sexual por lo que se considera iniciar proceso de remisión para valoración por ginecobstetricia.

Actividad de repaso



Plan de manejo

Paciente quien ingresa refiriendo pérdida de conocimiento prolongada, refiere sentir fuerte dolor en muslos, extremidades inferiores, refiere no estar segura si hubo algún tipo de contacto sexual, motivo por el cual se inicia remisión para valoración por ginecología, se adjunta ficha de notificación epidemiológica, se difiere examen de genitales. Se difiere prueba de embarazo.

En el momento paciente cursa clínica y hemodinámicamente estable, sin signos de intoxicación, sin déficit neurológico alguno, por lo que se inicia remisión a ginecología

Plan:

Notificación epidemiológica.

Remisión para ginecología.

Valoración por medicina especializada - Ginecología

Resumen de la atención

Fecha: XXXX 21:40 horas

Motivo de consulta: me echaron algo en la cara, me maree y después no me acuerdo.

Enfermedad actual: paciente trasladada de CAMI XXXX para valoración por ginecología.

Refiere que ayer en la noche caminaba sola por un puente de la localidad de XXXX cuando un desconocido le acerca un papel a la cara y a partir de ese momento no recuerda nada hasta el día de hoy, recobra la conciencia en el barrio XXXX donde se encuentra caminando sin rumbo fijo, refiere que tiene sus pertenencias completas, niega alteración en sus prendas de vestir, niega dolor pélvico o en región genital, niega secreciones vaginales anormales. Sólo indica dolor en los muslos bilaterales. Niega lesiones corporales.

Actualmente sólo refiere el dolor en las piernas, de resto asintomática.

Antecedentes

Médicos: niega.

Qx: niega.

TA: niega.

Hx: niega.

Fco: niega.

G/O m. 13 años, FUR jun/14 - PNF Jadelle hace 2. 5 años, g1p1v1 FUP hace 3 años, vida sexual activa con pareja del mismo sexo - Última relación sexual consentida con un hombre hace 2 años.

Familiares: niega.

Actividad de repaso



Al examen físico buen estado general, hidratada, sin aliento alcohólico.

C/P: sin agregados.

Abdomen blando depresible no doloroso, no Sx de irritación peritoneal.

Genitales externos normoconfigurados, sin lesiones en labios mayores o menores, introito vaginal sin lesiones, himen en carúnculas mirtiformes, no se evidencian secreciones anormales, escasa leucorrea blanquecina no fétida.

Se toma muestra con hisopo de fondo de saco posterior para detección de espermatozoides y cadena de custodia.

Región perianal sin lesiones, esfínter normotónico.

Ext sin edemas, sin lesiones aparentes, neuro sin déficit.

IDx: ¿intoxicación exógena? ¿sospecha de abuso sexual?

Plan/ se hospitaliza para manejo integral.

En el momento sin interrogatorio claro para violencia sexual, sin embargo, ante la pérdida de la conciencia durante largo tiempo considero prudente realizar protocolo para código blanco de manera preventiva. Al examen físico sin hallazgos que sugieran acceso carnal violento, paciente adulta con vida sexual activa y partos previos.

Dieta normal.

Lev basales.

Protocolo a/b y antirretroviral.

Anticoncepción de emergencia.

Ss perfil infeccioso, Fx renal y hepática, BHCG.

Ss tóxicos en sangre.

Ss FFV para detección de espermatozoides.

Ss val por t social y psicología.

Se firma consentimiento informado.

Traslado a piso según disponibilidad de camas.

Se le explica a la paciente la conducta a seguir, refiere entender y aceptar.

Sin resultados nuevos.

Plan de manejo: hospitalizar.

Revaloración medicina general: servicio de urgencias.

Nota de evolución revista médica hora: 09:00

Paciente de 23 años de edad con diagnósticos de: 1. Sospecha de código blanco.

Paciente refiere sentirse bien, niega dolor abdominal, emesis, lipotimia.

Actividad de repaso



Aceptando y tolerando la vía oral.

Diuresis y deposición: positiva.

Paraclínicos

Hemograma: leucos: 6820, N: 45. 4%, Hb: 15, Hcto: 44. 3%, plaquetas: 289.000. BHCG menor 0. 5. Creatinina: 0. 64. Glicemia: 82. BUN: 9 TGO: 19. 3. TGP: 15.5. Barbitúricos: negativo. Cocaína: negativo. Benzodiacepinas: negativo. Serología: no reactivo. FFV: no espermatozoides. Hepatitis B: negativo.

Paciente de 23 años de edad quien ingresa por sospecha de código blanco, en el momento estable hemodinámicamente, con cifras tensionales normales, aceptando y tolerando la vía oral, sin evidencia clínica de abuso sexual, con reporte de paraclínicos negativos, en manejo antiretroviral, antibiótico, anticonceptivo de emergencia, se ordena administración de vacuna para Hepatitis B, pendiente valoración por grupo de apoyo (psicología, psiquiatría y trabajo social), con reporte de valoraciones se definirá nueva conducta. Se explica a paciente quien refiere entender y aceptar.

Valoración por psicología

Paciente de 23 Años.

Género: femenino.

Objetivo: evaluar paciente por posible intoxicación involuntaria.

Paciente a la valoración se observa orienta, consciente, buena capacidad de respuesta, adaptabilidad a pesar de suceso no programado. Paciente refiere que sale de su trabajo va a casa el lunes aproximadamente, 9: 00 p. m., y regresa hasta el martes, hacia las 4:00 p. m, recupera conciencia y recibe ayuda de alguien en una tienda que la comunica con su casa. No refiere maltrato sexual e informa que los exámenes médicos no presentan ningún concepto a abuso sexual. Estado emocional estable. Se orienta para continuar apoyo por consulta externa si así lo requiere según su EPS.

Valoración por trabajo social

Se entrevista a la paciente, informa que es soltera, ocupación: estudiante - oficios varios, tiene un hijo de 3 años, comparte domicilio con la madre la Sra. XXXX de 43 años y dos hermanos de 25 y 21 años, la red primaria reside en casa familiar ubicada en la XXXX, barrio: XXXX, tels. XXXX; expresa que el núcleo familiar se apoya para asumir las responsabilidades económicas del hogar, en el momento no recibe ningún subsidio de bienestar social.

Dinámica familiar: la paciente informa que ha tenido una buena relación con el grupo familiar, cuenta con el apoyo de la madre y hermanos, niega eventos de violencia en el hogar, niega consumo de SPA o alcohol.

Frente al motivo de interconsulta refiere *"ayer salí de clase como a las 9:30 de la*

Actividad de repaso



noche y salí a cruzar el puente peatonal de XXXX para ir camino a mi casa, recuerdo que sentí un olor fuerte y no recuerdo nada más, reaccione ayer como a las 10:00 de la mañana, estaba en un barrio que no conocía bien, no lograba acordarme bien de los números de teléfono de mi familia y una señora me ayudó, pude llamar a mi mamá y me llevaron al CAI de XXXX", "yo tenía mis cosas, no me robaron nada, en el CAI me dijeron que viniera al hospital, acá me revisaron pero no tengo nada, no sé qué paso, nunca me había pasado eso".

Red familiar extensa por línea materna la cual presenta vínculos afectivos significativos, la paciente cuenta con el apoyo de la red primaria, frente a la situación expuesta en la interconsulta se informa sobre rutas de atención a víctimas de presunto abuso sexual y se orienta movilizar red de apoyo institucional, se realiza SIVIM, se da salida por trabajo social, egreso bajo criterio médico.

Revaloración por parte de medicina especializada: ginecobstetricia.

Causa de egreso: alta por parte del médico.

Resumen del egreso: paciente de 23 años de edad con diagnósticos de: 1. Sospecha de código blanco. Paciente manifiesta estar asintomática, buen patrón de sueño, niega dolor pélvico, niega descargas vaginales, niega fiebre. Niega otros síntomas. Aceptando y tolerando la vía oral. Deambulacion positiva. O/. Paciente consciente, alerta, hidratada, afebril. En adecuadas condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria. FC 81lpm, FR 18rpm, TA 102/64 mmHg, T° 36. 1°C, SpO2 99%.

- Cabeza: pupilas normoreactivas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello no masas no adenopatías.
- Tórax: simétrico, ruidos cardiaco rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados; abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales positivos, puñopercusión bilateral negativa.
- Genitourinario: no se explora.
- Extremidades sin edemas, pulsos presentes y simétricos, llenado distal adecuado.
- Neurológico: orientada en las tres esferas, no signos de focalización, no déficit motor ni sensitivo aparente.
- Paraclínicos: no hay nuevos por reportar.

Paciente con diagnósticos registrados. En el momento en buenas condiciones generales, sin SIRS, no dolor pélvico, niega mareo. Con reporte de perfil toxicológico negativo, fue valorada por psicología y trabajo social quienes confirman red y soporte familiar adecuado y además área de psicología indica que por ahora no hay trastornos de la personalidad o depresivo mayor. Se comenta con Dra. XXXX ginecoobstetra de turno quien da orden de egreso para realizar seguimiento por psiquiatría de forma ambulatoria y además seguimiento por psicología, continuar

Actividad de repaso



terapia antirretroviral para completar 1 mes. Se explica a la paciente acerca de su estado actual y el plan de manejo a seguir refiere entender y aceptar. Plan: salida con: S/S valoración por psiquiatría en su EPS. S/S seguimiento por psicología. Continuar terapia antirretroviral para completar un mes. Ritonavir + litoonavir cada 12 horas por 28 días, doxiciclina 100mg c/12hrs por 10 días, Lamivudina + zidovudina 1 capsula cada 12 horas por 28 días.

Recomendaciones generales y signos de alarma.

| Ítem a evaluar | Cumple | | Observaciones |
|--|--------|----|--|
| | Si | No | |
| 1. La comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual. | | | |
| 2. Condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud. | | | |
| 3. Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas. | | | |
| 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima. | | | Incluye: anamnesis, examen clínico general, examen clínico genital y anal y diagnósticos clínicos. |
| 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial. | | | Diferenciar la atención entre las primeras 72 horas, entre 4 y 5 días y mayor a 5 días. |
| 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud. | | | |
| 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud. | | | |
| 8. Asegure anticoncepción de emergencia y acceso a interrupción voluntaria del embarazo. | | | |
| 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta. | | | Tener presente acciones especializadas y no especializadas en salud mental. |
| 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima. | | | |
| 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención | | | |

Actividad de repaso



| | | | |
|--|--|--|--|
| integral de las víctimas de violencia sexual. | | | |
| 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. | | | |
| 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan. | | | Adopción y diligenciamiento completo de la historia clínica única para víctimas de violencia sexual, RIPS, ficha de notificación en vigilancia epidemiológica. |
| 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud. | | | |
| 15. Efectúe un adecuado cierre de caso. | | | |