



**UNIVERSIDAD FEDERAL DE LA
INTEGRACIÓN LATINO AMERICANA
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIENCIAS DE LA VIDA Y DE LA
NATURALEZA.**

CURSO DE MEDICINA

**RELATÓRIO FINAL REFERENTE A LAS ACTIVIDADES PRÁCTICAS
DESENVOLVIDAS EN EL MÓDULO DE URGENCIA Y EMERGENCIA.**

MARIA FIORELLA FRANCO PÁEZ.

FOZ DE IGUAZÚ – PR.

2021.

MARIA FIORELLA FRANCO PÁEZ.

**RELATÓRIO FINAL REFERENTE A LAS ACTIVIDADES PRÁCTICAS
DESENVOLVIDAS EN EL MÓDULO DE URGENCIA Y EMERGENCIA.**

Trabajo de conclusión de curso al Instituto Latino Americana de Ciencias de la Vida y de la Naturaleza de la Universidad Federal de la Integración Latino-Americana, como requisito parcial para la obtención del título de Graduación en Medicina.

Orientadora: Prof. Dra Flavia Julyana Pina Trench.

FOZ DE IGUAZÚ – PR.

2021.

MARIA FIORELLA FRANCO PÁEZ INTERNATO EN URGENCIA Y EMERGENCIA: RELATOS DE CASOS CLÍNICOS Y EXPERIENCIAS DURANTE LAS PRÁCTICAS EN EL AÑO 2020 - 2021.

Trabajo de Conclusión del Curso presentando al Instituto Latino-Americano de Ciencias de la Vida y Naturaleza de la Universidad Federal da Integración Latino-Americano, como requisito parcial la obtención del título de Médico.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

UNILA

Prof. Rosana Alvarez Callejas.

UNILA

Prof. Alessandro da Costa Machado.

UNILA

Foz de Iguazú _____ de _____ de _____

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS.

Nome completo: María Fiorella Franco Páez

Curso: MEDICINA

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): 077.062.091-48

E-mail: mafiofranco18@gmail.com Fone: +55 45 991 391 380

Tipo de Documento

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> graduação | <input type="checkbox"/> Artigo |
| <input type="checkbox"/> Especialização | <input type="checkbox"/> Trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> mestrado | <input checked="" type="checkbox"/> Monografía |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | <input type="checkbox"/> Disertação |
| | <input type="checkbox"/> Tese |
| | <input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

Título do trabalho acadêmico: Internato em urgência e emergência: relatos de casos clínicos e experienciais durante o estágio em 2020 - 2021.

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino- Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

c) Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

d) Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons Licença 3.0 Unported.

Foz do Iguaçu ____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável.

Dedico este trabajo a todas esas personas que durante estos 6 años, me ayudaron, me apoyaron y estuvieron a mi lado en los mejores y peores momentos, mediante eso fui lo suficientemente fuerte para resistir y finalmente conseguir el mayor objetivo de mi vida que es la de ser médica.

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres y hermanas muchísimas gracias por nunca dejarme sola, por siempre estar ahí apoyándome incondicionalmente desde la distancia.

A mis amigos, tíos/as, primos/as, compañeros de facultad Bettina, Junior, Laura, Dahia, Walter, Vero Almada, Vero Benítez, Camila. A los profesores Dra. Flávia, Dr. Alessandro, Dr. Roberto, Dr. Carlos Eduardo, Dra. Rosana, Dr. Ramón y a los demás profesores por enseñarme tanto y por preocuparse siempre por nuestra formación el de finalmente ser unos profesionales competentes.

A todos los profesionales del área de la salud, en especial a la, Dra. Bianca, Dr. Kennedy, Dr. Bruno, Dra. Fernanda, Dr. Jaber, Dr. Arnaldo, Dr. Thargo, Dr. André, Dr. Douglas, Dr. Alisson, Dra Verònica, Dr. Fabricio, Dr. Alejandro, Dra. Dalila por ayudarme y enseñarme a desenvolverme en mis prácticas.

FRANCO PÁEZ, María Fiorella. Internato en urgencia y emergencia: relatos de casos clínicos e experiencias durante la pasantía en el año 2020 - 2021. 56 páginas. Trabajo de conclusión del Curso (Graduación en Medicina) Universidad Federal da Integración Latino Americana, Foz do Iguazú, 2021.

RESUMEN.

El internado es el momento en donde el estudiante de medicina lleva a la práctica todo lo que aprendió durante el transcurso de la carrera y se posiciona como un profesional en el campo de práctica con los pacientes, principalmente en el área de urgencia y emergencia. Debemos recalcar que hace 2 años estamos pasando por una pandemia la del virus del SARS-COV2 (COVID-19) el cual marco un impacto muy importante en el área de la medicina. El sector de U/E llevó al académico a observar los principales síndromes clínicos, la organización y aplicación de protocolos, el manejo del paciente pre-hospitalario y dentro del servicio intrahospitalario, siendo descritos en este trabajo en forma de casos clínicos siguiendo con las discusiones, evaluaciones y aprendizajes, enfatizando los escenarios de atención en el Municipio de Foz de Iguazú, sus potencialidades y fallas en el servicio. Como también el desconocimiento de la población sobre el lugar adecuado para buscar atendimento de acuerdo con la condición clínica conduce a la saturación del servicio. El objetivo de este trabajo es demostrar la participación académica y el aprendizaje durante las actividades de campo y el razonamiento clínico, madurez y responsabilidad en el abordaje de pacientes con diferentes condiciones de salud.

Palabras claves: urgencia, Pandemia, SARS-COV2 (COVID-19), emergencia, pasantía, abordaje, tratamiento.

FRANCO PÁEZ, María Fiorella. Internato em urgência e emergência: relatos de casos clínicos e experiências durante o estágio em 2020 – 2021, 56 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO.

O internato é o momento de inserção do acadêmico de medicina, na prática, nesse momento o aluno cumpre umas das atividades mais importantes para o aprendizado profissional que é a prática em campo com paciente principalmente na área de urgência e emergência. Esses dois últimos anos estamos passando por uma pandemia de coronavírus- 19 a qual causou um impacto muito importante na área da medicina. A grande abrangência do setor da U/E levou a acadêmica observar as principais síndromes clínicas a organização e aplicação dos protocolos, manejo do paciente pré-hospitalar e dentro do serviço intra-hospitalar, sendo descrito neste trabalho em formato de casos clínicos seguindo com as discussões, avaliações e aprendizado, enfatizando os cenários de atenção no Município de Foz de Iguaçu seus potenciais e falências no serviço. Tendo em conta o desconhecimento da população do local correto onde procurar atendimento de acordo o quadro clínico leva a superlotação do serviço. Como objetivo desse trabalho é demonstrar a participação e o aprendizado da acadêmica durante as atividades em campo e o raciocínio clínico, maturidade e responsabilidade na abordagem dos pacientes com diferentes condições de saúde.

Palavras-chaves: urgência, Pandemia, SARS-COV2 (COVID-19), emergência, estágio, abordagem, tratamento.

LISTA DE ILUSTRACIONES.

Figura 1. Protocolo de Manchester para clasificación de riesgo	8
Figura 2. Sutura	10
Figura 3. Sutura	11
Figura 4. Yeso	11
Figura 5. Imagen utilizando el EPI	20
Figura 6. Escore de Wells	29
Figura 7. Flujograma de investigación de TVP	31
Figura 8. Criterio de Balthazar	38
Figura 9. Criterios de Atlanta	40

LISTA DE CUADROS.

Cuadro 1. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA UPA JOAO SAMEK	10
Cuadro 2. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA UPA WALTER	15
Cuadro 3. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN PS RESPIRATORIO COVID	18

LISTA DE SIGLAS.

ACV	Ausculata cardíaca vascular
AESP	Actividad eléctrica sin pulso
AP	Ausculata pulmonar
APS	Atención Primaria de la salud
AVC	Accidente Cerebro Vascular
BNFRR	Bulhas normofoneticas ritmo regular
COVID-19	Coronavirus-19
DD	Dimero-D
DPOC	Doença Pulmonar obstruida crónica
EDC	Eco Doppler colorido
EV	Endovenoso
FV	Fibrilación Ventricular
HBPM	Heparina de bajo peso molecular
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HNF	Heparina no fraccionada
IOT	Intubación Orotraqueal
ISR	Intubación de secuencia rápida
OMS	Organización Mundial de la Salud
PA	Pancreatitis Aguda
PCR	Parada cardiorrespiratoria
PS	Pronto Socorro
RCP	Reanimación cardio pulmonar
RHA	Ruidos hidroaéreos
RNI	Relación de normatización internacional
SAMU	Servicio de atendimento móvil de urgencia
SIATE	Servicio integrado de Atendimento a Trauma en Emergencia
SUS	Sistema Único de Salud
SVA	Sonda vesical de alivio
SVD	Sonda vesical de demora
TB	Tuberculosis
TV	Taquicardia Ventricular
TVP	Trombosis Venosa Profunda

U/E	Urgencia y Emergencia
UBS	Unidad básica de salud
UNILA	Universidad Federal de Integración Latino Americana
UPA	Unidad de Pronto Atendimento
UTI	Unidad de Terapia Intensiva

SUMÁRIO.

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	RED DE ATENCIÓN A LA SALUD EN EL INTERNADO DE URGENCIA Y EMERGENCIA - MIS EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES	7
2.1	Unidad Básica De Salud	7
2.2	UPAs: João Samek Y Dr. Walter Cavalcante Barbosa	8
2.3	Mi Experiencia Y Procedimientos Realizados En La Upa Joao Samek	9
2.4	Evidencias de procedimientos.....	10
2.5	Descripción de los procedimientos realizados	11
2.5.1	Sutura.....	11
2.5.2	SVD	12
2.5.3	SVA	13
2.5.4	YESO (En portugués “TALA”)	13
2.5.5	GASOMETRIA ARTERIAL.....	13
2.5.6	DRENAJE DE ABSCESO	13
2.6	Mi experiencia y procedimientos realizados en la UPA Walter Cavalcante Barbosa	14
2.7	SAMU.....	16
2.8	Hospital Municipal Padre Germano Lauck	16
2.9	TRIAGEM COVID	16
2.10	PRONTO SOCORRO RESPIRATORIO COVID.....	17
2.11	Descripción de algunos procedimientos realizados	18
2.11.1	IOT	18
2.11.2	RCP	21
2.11.3	Toque Rectal	22
2.12	Unidad de terapia en enfermedades infecciosas (UDTI)- covid-19.....	22
2.13	Enfermería COVID-19	23
2.14	Unidad de terapia intensiva (UTI) covid-19.....	23
2.15	Semi-Intensiva COVID-19	23

2.16	Pronto Socorro General	23
3.	CASOS CLÍNICOS 1.....	24
3.1	Escore de Wells.....	28
3.2	Eco Doppler Colorido (EDC)	29
3.3	Teste de Dímero-D (DD).....	30
3.4	Manejo de TVP	31
4.	CASO CLÍNICO 2.....	33
4.1	Manejo de PA	40
5.	CASO CLÍNICO 3.....	40
	CONCLUSIÓN	44
	MIS EXPERIENCIAS FRENTE AL COVID-19.	44
	REFERENCIAS	46

1. INTRODUCCIÓN.

Este relatório es el registro de las actividades realizadas en la práctica durante el Internado en Urgencia y Emergencia del Sistema Único de Salud (SUS), del curso de Medicina de la Universidad Federal de la Integración Latino Americana (UNILA). Esta Pasantía tuvo inicio desde el 23 de junio hasta el 02 de octubre del 2020, siendo realizadas 47 guardias de 12 horas de duración, durante los periodos de la mañana, tarde, noche y madrugada incluyendo fines de semana y feriados, para una mejor organización fuimos divididos en grupos y duplas, realizando guardias con una escala disponibilidad por semana que contemplaba las 40 horas semanales del módulo.

Las actividades desarrolladas en el Internado de Atención en Urgencia y Emergencia vinculadas al SUS de la Ciudad de Foz de Iguazú, donde los escenarios de práctica fueron diferentes a años anteriores. Como bien sabemos desde diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan en China, un nuevo virus denominado SARS -CoV-2 más conocido como Coronavirus-19 (COVID-19) tuvo un brote en esta ciudad de 11.08 millones de habitantes en el continente Asiático, causando en poco tiempo una infección masiva traspasando continentes, hasta que el 11 de marzo del presente año fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia, actualmente ha superado 1.037.127 muertes a nivel mundial e 35.139.551 infectados.

Las actividades del Internado fueron desarrolladas en el Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) actuando en varios sectores como: Triagem COVID, Pronto Socorro (PS) Respiratorio COVID, Unidad de Terapia Intensiva (UTI) COVID, Enfermería COVID, Central telefónica COVID y Pronto Socorro General, Unidad de Pronto Atendimento (UPA) Joao Samek, Unidad de Pronto Atendimento (UPA) Dr. Walter Cavalcante Barbosa. La Atención Primaria de Salud (APS) también tiene un papel importante como puerta de entrada para casos graves, siendo el punto inicial para muchos flujos de atendimientos de la Red.

En este relatório serán abordados algunos casos clínicos con sus particularidades, con componente teórico y abordaje crítica de la realidad, como así también mis experiencias y reflexiones como interna.

2. RED DE ATENCIÓN A LA SALUD EN EL INTERNADO DE URGENCIA Y EMERGENCIA - MIS EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES.

Las puertas de entrada para el acceso a servicios de pacientes en situaciones de Urgencia y Emergencia son: UBS, UPA, Servicio de Atendimento Móvil de Urgencia (SAMU), Servicio Integrado de Atendimento a Trauma en Emergencia (SIATE), Pronto Socorro y Demanda Espontánea. Además, este año a causa de la pandemia no pudimos pasar por los servicios de SAMU e SIATE, pero sí, por los otros sectores ya mencionados.

2.1 Unidad Básica De Salud.

La Unidad Básica de Salud (UBS) ofrece atendimento a las demandas espontáneas del ambiente Pre Hospitalar en caso de cuadros que necesitan de Pronto Atendimento o estabilización inmediata dirigiendo el flujo del paciente a niveles de alta complejidad como lo es el atendimento Hospitalar a través de la clasificación de riesgo para que el paciente pueda ser encaminado al local adecuado conforme a su cuadro clínico.

Durante este año además del módulo de Urgencia y Emergencia pasé por el módulo de APS en la UBS de Porto Belo, donde tuve la oportunidad de acompañar y realizar las consultas con la orientación del preceptor, que después de tener más confianza en mi persona me dejó realizar sola algunas consultas junto con mi dupla. Los casos más vistos fueron pacientes hipertensos crónicos, diabéticos para renovación de recetas, o por presentar crisis hipertensivas o crisis de hiperglicemias, criaturas con fiebres, cuadros gripales o alergia alimentaria, gestantes para consultas de prenatal, o por presentar interurrencias las cuales debían ser encaminadas para consultas de altos riesgos o atendimento de Urgencias en el Hospital Costa Cavalcanti el cual es referencia para consultas obstétricas, ginecológicas, cardiacas y oncológicas. Además de los casos de dengues del GRUPO A y B, en donde pacientes del grupo B eran encaminados para las UPAS para ser mejor evaluados y descartar sangramientos que lleven a un cuadro grave de Dengue Hemorrágico. Entre otros cuadros clínicos atendidos tales como crisis asmáticas, infecciones respiratorias entre otros. Desde que comenzó la pandemia de COVID-19 los pacientes que acudían a la UBS con síntomas respiratorios eran considerados casos sospechosos para COVID-19 las cuales son encaminados para el HMPGL la cual actualmente es referencia para atendimientos de pacientes con sospechas de COVID-19 para la realización de exámenes que descarten dicha enfermedad.

En la UBS seguían correctamente con los protocolos de acogimiento, clasificación y encaminamiento de pacientes en situaciones de Urgencia.

2.2 UPAs: João Samek Y Dr. Walter Cavalcante Barbosa.

Es considerada como establecimiento de salud de complejidad intermedia entre la UBS y la Red Hospitalar, siendo así una red organizada de atención a Urgencias. Deben prestar atendimientos resolutivos y cualificados a los pacientes acometidos por cuadros agudos o agudizados de naturaleza clínica y prestar primero atendimento en casos de naturaleza quirúrgica o de trauma, estabilizando los pacientes y realizando investigación diagnóstica inicial, definiendo en todos los casos la necesidad o no de encaminamiento a servicios hospitalarios de mayor complejidad. Las UPAs del Municipio de Foz de Iguazú tienen porte tipo II y tipo III, hace parte de las puertas de entrada de pacientes que procuran el servicio tanto por demanda espontánea. En la UPA los pacientes son acogidos y clasificados según la estratificación de riesgo a través del protocolo de Manchester, como así también la entrada de SAMU y SIATE.



Figura 1. Protocolo de Manchester para clasificación de riesgo – (SILVA M, 2014)

Durante mis prácticas en las UPAs pude observar que el equipo de salud debe estar muy bien capacitada para poder hacer la clasificación de riesgo, porque las demandas en esos escenarios son muy altas por cuenta de que muchos pacientes buscan el servicio por condiciones clínicas agudas no graves, traumas leves, enfermedades crónicas agudizadas, entre otros casos que no son de riesgo para la vida. Los pacientes no críticos son atendidos en consultorios con un médico, luego de tener una mejora clínica y dependiendo de los exámenes son dados de alta. Además de lo mencionado, se encuentran los pacientes críticos que llegan con el SAMU o SIATE que ya son clasificados y encaminados para la sala roja o amarilla para su estabilización rápida.

También durante mis prácticas percibí que algunos plantonistas no hacían el diálogo con el médico regulador u otra institución Hospitalar, dejaban el trabajo para las enfermeras, la cual es incorrecto según la Resolución de CFM, lo que llevaba a atrasos de transferencias de pacientes para los servicios de referencia por falta de datos, los casos no eran correctamente comentado para el médico regulador o para otra institución y por esa razón no se podía cumplir adecuadamente con el paciente.

2.3 Mi Experiencia Y Procedimientos Realizados En La Upa Joao Samek.

Mi experiencia en la UPA Joao Samek fue buena, adquirí bastante conocimiento y logré llevar a la práctica algunos procedimientos estudiados en el pre-internado de U/E.

Fui bien recibida, el medico fue muy acogedor, prestativo, querido, me explico cómo funciona el atendimento en la sala roja y amarilla, sacaba mis dudas, me dejaba hacer admisión, evolución, examen físico, conducta y hasta procedimientos en los pacientes, claro todo bajo su supervisión. Las técnicas de enfermería en las primeras semanas no fueron muy acogedoras, por lo que me sentía incómoda. Pero en la semana siguiente fueron más agradables conmigo y el ambiente de trabajo se volvió más confortable para mí.

Hubo un fin de semana en el cual me encontraba en la guardia, en la sala roja acompañando a una Dra. quien fue muy desagradable con mi dupla y conmigo, para no pasar malos ratos ese día vi que una de mis amigas médicas estaba atendiendo en uno de los consultorios por eso pedí para acompañarla y sin ningún problema me recibió. Ese día aprendí bastante porque pude recordar la clínica, la fisiopatología y conductas de algunas enfermedades, por ejemplo (pancreatitis agudizada, volvo intestinal, cetoacidose diabética, cólica biliar, entre otros casos), pacientes graves eran encaminados para la sala amarilla, para recibir medicaciones

endovenosas (EV) o esperar los resultados de exámenes, dependiendo de los resultados el paciente recibía alta o era encaminados para el HMPGL, para recibir tratamiento quirúrgico.

Realice varios procedimientos los cuales están citados en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA UPA JOAO SAMEK.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	CANTIDAD.
SUTURAS	16
SVD	2
SVA	3
GASOMETRÍA ARTERIAL	2
YESO	1
DRENAJE DE ABSCESO	1

2.4 Evidencias de procedimientos.

Imágenes de algunos procedimientos realizados. Estas imágenes fueron tomadas por consentimiento de los pacientes y autorización del médico.



Figura 2. Sutura



Figura 3. Sutura



Figura 4. Yeso

2.5 Descripción de los procedimientos realizados.

2.5.1 Sutura.

La primera vez que realice una sutura en un paciente fue en la UPA Joao, en un paciente masculino, de 42 años, víctima de trauma por caída de la propia altura, donde el paciente tuvo un corte en la cabeza, sin fractura ósea.

Las técnicas de sutura ya habían practicado en el pre-internado en el módulo de cirugía y en los workshops, pero sobre tela y piel de puerco, además de saber lo teórico. En el día del procedimiento la médica plantonista me preguntó si quería hacer, le dije que sí, pero que necesitaría de que observe y me oriente sobre la técnica en caso de dudas. La médica fue excelente tuvo una buena predisposición para enseñarme; me preparé para realizar el

procedimiento, me lave primeramente las manos, prepare los materiales, coloque el guante estéril, coloque el campo, en cuanto eso el técnico de enfermería ya hacia la asepsia del local de sutura; agarre la jeringa y succione del frasco la lidocaína que es un anestésico, luego el medico me indico en donde debía colocar el anestésico. Una vez que el medicamento hizo su efecto, agarré la aguja con la porta aguja y comencé a suturar con la ayuda de la pinza de rato con el cual me siento más cómoda para suturar. En total la cabeza del paciente necesitó de 7 puntos. No fueron muchos puntos, pero por ser la primera vez demore para realizar el procedimiento. Me emocioné bastante porque la sutura fue bien realizada, recibí la autorización del paciente y del médico para capturar el momento, la cual se puede observar en la **Fig.2** y **Fig.3**

Cuando comencé a hacer la sutura, temblaba mucho, sudaba, costaba agarrar la aguja con la porta aguja, la utilización en sí de los materiales era complicado, porque el médico observaba generando presión. Pero con el pasar de los días me fui adaptando y agarrando el “hilo” como decimos nosotros los hispanos.

Al culminar mi trabajo, el médico me dijo que quedó muy bien; yo quedé muy feliz porque todo salió bien y por la oportunidad que él me dio. El equipo de enfermería ayudó preparando los materiales y retirando después de finalizar el trabajo. Por último, recetamos al paciente cefalexina que impide que la herida se infecte e ibuprofeno que impide que el paciente tenga dolor.

2.5.2 SVD.

Este procedimiento realice por primera vez en la UPA Walter, fue en un paciente masculino de 65 años; con crisis hipertensiva, PA: 200/100 mmHg, además de presentar edema en MMII bilateralmente, razón por la cual la médica de la guardia prescribió furosemida en el paciente y solicitó SVD para controlar la diuresis. Le pregunté a la enfermera si podía realizarla, me dijo que sí, que me prepararía todos los materiales y en el caso de tener alguna duda me ayudaría.

Primeramente, me lave las manos, coloque el guante no estéril para hacer la asepsia de la zona genital, luego me saque el guante y coloque el guante estéril para iniciar el procedimiento, coloque la lidocaína en crema en una jeringa de 10 ml, coloque dentro del canal urinario y luego introducir la sonda, infle el balón, culminando así con el procedimiento.

2.5.3 SVA.

Este procedimiento se realizó en una paciente de 75 años, acamada y secuelada de AVCI, estaba presentando un cuadro de ITU, por lo que el médico plantonista solicitó examen de orina y culturas. La paciente usa pañal desde que tuvo AVCI, lo que dificulta la colecta de la orina para dicho examen, en este caso el médico solicitó SVA, cuyo procedimiento realice con la ayuda de la técnica de enfermería. Primeramente, me lave las manos, coloque el guante estéril, hice la asepsia, coloque un poco de lidocaína en crema en la punta del catéter e introduje en el canal de la uretra, al colocar adentro de la vejiga automáticamente ya salió la orina el cual fue colectado en un recipiente para después ser examinado.

2.5.4 YESO (En portugués “TALA”).

Este procedimiento lo realice con el médico ortopedista que estaba de guardia en la UPA João, en este caso hicimos el yeso en el MSD e MII en una paciente de 34 años que sufrió un accidente motociclístico. Primeramente, medimos cuanto algodón laminado y yeso íbamos a usar en el MMSS y MMII, el yeso se debe doblar 6 veces según el médico, una vez teniendo eso se coloca el algodón laminado sobre el MMSS y MMII, luego el yeso se introduce en agua caliente y en menos de 10 minutos se coloca en sus respectivos lugares ya que se endurece rápido.

2.5.5 GASOMETRIA ARTERIAL.

Este procedimiento en realidad es un poco complicado si no sabes la técnica, colecte varias gasometrías arteriales. Primeramente, me lave las manos luego realice la asepsia, palpe el pulso arterial e introducir en el mismo lugar la aguja en 45 o 90 grados. Aparenta ser fácil, pero en realidad muchas veces no se consigue fácilmente colectar de la arteria. Yo particularmente después de varias tentativas logre colectar de la arteria y no de la vena.

2.5.6 DRENAJE DE ABSCESO.

Realice varios drenajes, bajo orientaciones de la médica plantonista, realice este procedimiento primeramente me lave las manos, coloque guante estéril, con una jeringa de 10ml succione la lidocaína y anestesia el local, luego con un bisturí realice un pequeño corte y con una leve compresión retire el pus, después con otra jeringa de 10ml succione suero fisiológico e hice el lavado para sacar el resto de pus que quedaba, para finalizar hice el curativo

y recetamos junto con la doctora medicamentos que impida infección del local, en este caso fue antibiótico (cefalexina) y AINES (ibuprofeno) en el caso de que el paciente presente dolor.

2.6 Mi experiencia y procedimientos realizados en la UPA Walter Cavalcante Barbosa.

La UPA MORUMBI fue un escenario de práctica que me gusto bastante, me sentí más acogida. Desde el primer contacto con todo el equipo era bueno, los médicos plantonistas de la sala amarilla y roja fueron muy agradables y estaban bien predispuestos en enseñarnos, fueron muy respetuosos, hasta nos trataban como un colega más. En el primer plantón me mostraron de cómo funcionaba el flujo en ambas salas, se mostraron de cómo se debe utilizar el sistema ya que en el hospital se utiliza el (TASY) y en la UPA el (RP), todo lo que yo necesitaba saber para hacer el plantón al ritmo de ellos. En todos los plantones me dejaron evaluar los pacientes que ya estaban internados, realizar admisiones en pacientes que llegaban por demanda espontánea o por SAMU/SIATE, realizando la anamnesis, examen físico, registrar en el prontuario electrónico con el usuario de los plantonistas, además de procedimientos como suturas, SVD, SVA, Gasometría arterial, drenaje de abscesos, etc. Así dándome una total confianza a mi persona; hice también las prescripciones, altas, siendo siempre liberadas después de la supervisión del médico plantonista. Por causa de la pandemia, no había una demanda exagerada de pacientes, ya que si el paciente presentaba un síntoma respiratorio ya era encaminado para el HMPGL.

En este escenario de práctica me sentí más comfortable con el equipo de trabajo, aproveche bastante cada momento de las 12 hs de guardia, aprendí conocimientos tanto teóricos como prácticos, debo resaltar que era muy emocionante cuando los pacientes decían “gracias Doctora”, cuando el médico plantonista se daba cuenta de que yo me esforzaba, al final del plantón me agradeció con un “Felicidades sos una buenísima interna, vas a ser una gran profesional el día de mañana”.

Cuadro 2. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA UPA WALTER

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	CANTIDAD.
SUTURAS	5
SVD	1
SVA	2
GASOMETRÍA ARTERIAL	3
DRENAJE DE ABSCESO	4
LAVADO DE OÍDO	5

OBS: Los procedimientos realizados en la UPA Walter fueron realizados también en la UPA João, por lo que no voy a describir ya que la técnica y manera de realizar estos procedimientos ya están descritos encima.

Conclusión: Trabajar en la UPAS, me ayudo bastante para entender de que no siempre es posible seguir los protocolos que aprendimos en el libro, ya sea por falta de estructura adecuada y de recursos, haciendo muchas veces que los profesionales de salud se sientan impotentes en querer dar lo mejor de sí con los recursos disponibles. Percibí también que los médicos y el equipo de salud están bien comprometidos y predispuestos con su trabajo, observaba cómo los técnicos de enfermería trataban bien a sus pacientes, y cuidaban los mínimos detalles dando lo mejor de sí. En este escenario poco a poco me fui ganando confianza y actuar con responsabilidad, aprendí bastante con las orientaciones y enseñanzas de los médicos y del equipo de enfermería, cometí algunos errores que fueron observadas por el médico, intenté corregirlas, amplíé mi capacidad de pensar, raciocinar sobre los casos clínicos, sus complejidades gracias a que con algunos médicos debatimos sobre los casos. Fue una experiencia bastante enriquecedora y productiva para mi persona.

2.7 SAMU.

Tiene como objetivo llegar precozmente hasta la víctima después de haber ocurrido un agravo en su salud ya sea de (naturaleza clínica, quirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre otras) que puedan llevar al sufrimiento, secuelas o hasta la muerte, por eso es necesario garantizar el entendimiento y transporte adecuado para un servicio de salud debidamente jerarquizado e integrado al SUS.

Este año no pudimos rotar por este sector a causa de la pandemia, la demanda de personas con síntomas respiratorios en el HMPGL era bastante grande, por ese motivo fue decidido incorporar a los internos en la línea de frente al combate contra el COVID-19 en el HMPGL para ayudar a los médicos con la demanda. Entonces no puedo relatar mi experiencia en este escenario porque no hice parte de este.

2.8 Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

El HMPGL, está vinculado a la red de establecimiento de salud, vinculados al SUS, sobre la gestión de la fundación Municipal de Salud de Foz de Iguazú. La institución es la mayor del extremo del Oeste de Paraná, atendiendo los nueve municipios de la 9ª Regional de Salud; además de pacientes que vienen de la Triple Frontera como turistas, extranjeros sin seguro los cuales son atendidos ya que es referencia en Emergencia y trauma. Es referencia para atendimientos a pacientes con cuadros: neurológicos, pediátricos, trauma, clínico y UTI adulto.

A causa de la pandemia el HMPGL era referencia para atendimento de pacientes con síntomas respiratorios, siendo dividida en sectores para una mejor organización. Esos sectores son: Central telefónica COVID-19, Triagem COVID-19, PS Respiratorio, UTDI COVID-19, Enfermería COVID-19, semi intensiva COVID-19 y UTI COVID-19. Estos últimos meses el director del PS General, el Dr Guillermo nos dio la oportunidad de rotar también por ese sector, el cual me gusto bastante porque pude recordar la fisiopatología, farmacología de otras enfermedades que no sean sobre enfermedades respiratorias, ya que en la parte de COVID-19 eran abordadas solo cuadros respiratorios.

2.9 TRIAGEM COVID.

Es donde ocurre el primer contacto con pacientes sospechosos para COVID-19, nuestro trabajo en la triagem era hacer una anamnesis, examen físico resumido, solicitar examen para covid si se encontraba sintomático después de 72 hs ya que si era menos de 72 hs orientábamos al paciente de llamar al plantón telefónico para COVID después de 72 hs de síntomas o bien

nosotros agendamos para hacerse el examen después de 72 hs, además de notificar y atestar al paciente y toda la familia que vive con él.

La demanda era bastante grande y la gran mayoría de los pacientes que llegaban estaban pasando mal, por eso el atendimento debía ser rápido, resumido y bien enfocado, era abordado en los pacientes sobre los síntomas respiratorios, comorbilidades, alergias a medicamentos, luego hacía un Examen físico dirigido a lo respiratorio y cardiaco, como: auscultación respiratoria, cardíaca, además de ver la temperatura, PA y Sat O₂, dependiendo de eso bajo la supervisión del médico plantonista recetaba los medicamentos y orientaba al paciente en caso de presentar síntomas de alarma que buscara nuevamente atendimento o en todo caso llamar al SAMU para que este regulase su destino o volver nuevamente al servicio para que sea encaminado al PS respiratorio. Paciente con señal de alarma ya era directamente encaminado para el Ps Respiratorio para que ser mejor evaluado y hospitalizado para estabilización clínica.

2.10 PRONTO SOCORRO RESPIRATORIO COVID.

Este sector es uno de los lugares con mayor retribución para el aprendizaje, las experiencias por lo cual he ganado bastante conocimiento en la práctica clínica, además de realizar varios procedimientos. En este sector hay bastante trabajo, ya que la mayoría de los pacientes que entran están con cuadros graves o descompensados que necesitan de una rápida estabilización, algunos hasta necesitando de IOT de urgencia o RCP.

Así también llegaban pacientes con Covid positivo o examen de covid en andamiento que presentaban casos clínicos como AVC, ITU, Tuberculosis, pacientes con crisis asmáticas, DPOC exacerbada, apendicitis, colelitiasis, nefrolitiasis, etc. Los cuales solo podían ser atendidos en este sector ya que es el único lugar que cuenta con todas las medidas sanitarias e infraestructura necesarias para el atendimento contra el COVID.

Cuadro 3. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN PS RESPIRATORIO COVID.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	CANTIDAD.
GASOMETRÍA ARTERIAL	6
IOT	6
TOQUE RECTAL	1
RCP	1
ACESO VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO.	4

2.11 Descripción de algunos procedimientos realizados.

2.11.1 IOT.

Mi primera Intubación de Secuencia rápida fue (ISR) fue en el PS respiratorio del HMPGL, en una paciente COVID positivo, bajo supervisión del médico plantonista.

Identificación: S.D.S, 65 años, femenina, residente en Foz de Iguazú

QP: “falta de aire”

HDA: Paciente covid positivo a 7 días, relata que a 2 días comenzó a presentar disnea a pequeños esfuerzos, tontura, malestar general, presentando ahora tos productiva y postración las últimas 24hs. Dando entrada al HMPGL por el SAMU, confusa, con esfuerzo respiratorio y uso de musculatura accesoria (tiraje intercostal, batimiento de fúrcula y nasal) teniendo la ayuda de oxígeno suplementar en máscara de Venturi.

HPP: Obesa, hipertensa en uso de losartan de 50 mg 2 veces al día, niega otras comorbidades crónicas, niega alergia medicamentosa.

Histórico Social: niega tabaquismo/etilismo.

Examen físico:

Señales vitales: FC:120 bpm; FR: 32 ipm; PA: 140X90 mmHg; sat O2 85% con O2 suplementar en máscara con 7 litros/min, Temperatura: 37.7°C.

Ectoscopia: paciente en MEG, sonolento, anicterico, acianótico, taquipnéico sat O2 85% con máscara de O2 en 7litros/min, normocorado, deshidratado ++/4+, TEC <3 seg.

NEURO: Glasgow 14/15, pupilas isocóricas isofotorreagentes.

ACV: BNFR Taquicárdico 2 Tiempos sin soplo, pulsos radiales bilateralmente simétricos a la auscultación cardíaca, hemodinámicamente estable sin uso de DVA.

AR: MV presentes disminuidos en ambas bases pulmonares con presencia de crepitantes, presenta esfuerzo respiratorio utilizando musculaturas accesorias.

Abdomen: globoso, RHA presentes, sin dolor a palpación superficial y profunda, sin señales de peritonismo.

MIEMBROS: sin edemas en MMII y MMSS, pantorrillas libres y bien perfundidas.

Exámenes complementares

RX del tórax: mostraba presencia de consolidación pulmonar

HD:

- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Neumonía por covid.

Diagnóstico diferencial:

- Neumonía adquirida en la comunidad.

Conducta:

Fue prontamente atendida, recibiendo 1000 ml de cristaloides y realizado la intubación orotraqueal adaptada a la ventilación mecánica en modo A/C VCV con FiO2 100%.

El atendimento ocurrió durante la madrugada 3:00hs de la mañana aproximadamente, yo me encontraba en la sala descansando ya que no había pacientes para admitir, todos los pacientes estaban estables y no había peticiones, en lo que llega la ambulancia con la paciente, siendo llamado al médico de la guardia para el primer atendimento del paciente, pasado el

cuadro clínico actual del paciente por el interno, en este caso la alumna. En eso me pregunta sobre las 7 secuencias de Intubación de Secuencia Rápida (ISR) y como yo sabía respondí correctamente a su pregunta, entonces me dijo ese paciente vas a Intubar, yo sin dudar le dije que sí. Primeramente, me lave las manos, en cuanto el equipo estaba preparando el posicionamiento más adecuado del paciente que sea para mí y también los materiales a ser utilizados; el médico hacia la verificación de los materiales medicamentos a ser utilizados. Comencé a paramentarme, utilizando el Equipamiento de protección Individual (EPI) recomendado para COVID-19.



Figura 5. Imagen utilizando el EPI.

Luego me lave las manos, primeramente utilice 1 guante no estéril y posteriormente uno estéril, me posicione, verifique los parámetros, vi si era una vía aérea difícil o no, si el paciente ya estaba monitorizado; concluí que no era una vía aérea difícil, entonces le pedí al enfermero que comience a preoxigenar al paciente por 5 minutos con el AMBU acoplado a O₂ 15 L/min; simultáneamente a eso pedí para que hagan el pretratamiento con fentanilo 4 ml EV y la inducción con midazolam 5mg/ml 3 ml, el técnico de enfermería colocó la almohada en la región occipital, luego hice la hiperextensión de la cabeza estando lista para la laringoscopia, pedí el laringoscopio el cual agarre con la mano izquierda y comencé a introducir desde la rima bucal directa, afaste la lengua hacia la izquierda y prontamente ya visualice la valécula y cuerdas vocales, sin perder la vista pedí el tubo, introducir, y el enfermero insufló el cuff con 20 ml de aire, acopló rápidamente al AMBU, y el médico plantonista hizo la verificación de la posición del tubo en los cinco campos, confirmando la posición adecuada. Luego el técnico de enfermería hizo la fijación del tubo y acoplo al ventilador mecánico. El equipo me ayudó retirando los materiales, luego procedí a desparamentarme, higienizar mi estetoscopio y gafas

y posteriormente lavarme las manos. Observe cómo el médico colocaba los parámetros ventilatorios y me dijo para que haga el registro en el prontuario y solicitar el RX de tórax. La monitorización hemodinámica del paciente era continua y fue solicitado vaga en la UTI COVID.

Quedé muy feliz y agradecida con el médico por haberme dado esta oportunidad que estaba esperando tanto, el médico y el equipo en todo momento me acompañaron, se quedaron felices conmigo por haber hecho un buen procedimiento. Debo resaltar que cuando el médico me dijo que yo iba a intubar en mi interior tenía muchísimo miedo porque sería mi primer procedimiento, pero no podía perder también esta oportunidad. Conseguí aplicar en la práctica lo que tenía aprendido en la teoría y fue muy satisfactorio para mi esa consolidación.

Observe cómo el equipo está bien capacitado para tal procedimiento, la organización que poseen, cada uno ya sabe lo que debía hacer y de cómo hacer, se comunicaban entre ellos, con el médico y conmigo. Fue una experiencia maravillosa que no voy a olvidar nunca ya que era algo que nunca me imaginé que ya iba hacer y más porque estamos en una pandemia y yo estaba intubando un paciente COVID positivo.

2.11.2 RCP.

Tuve la oportunidad de realizar en una paciente de 80 años, femenina, obesa, covid positivo, la cual estaba taquipnéica, satO₂ en 83% con ayuda de oxígeno suplementar en máscara con 6l/min, presentando una relación de PO₂/FiO₂:150. El médico plantonista como conducta decía intubar a la paciente, yo esta vez solo acompañe el procedimiento, en cuanto ocurría la intubación el medico no conseguía visualizar la valécula y cuerdas vocales, en lo que la satO₂ de la paciente caía llevando esto a una Parada Cardiorrespiratoria (PCR) por hipoxia que lleva a una Actividad Eléctrica sin Pulso (AESP) y volviendo en el cuarto ciclo de la reanimación.

Cuando la paciente paro, lo primero que hice fue analizar el ritmo, checar el pulso carotídeo por no max. de 10 seg y reinicie RCP por 2 min, luego pedí para que se le coloque adrenalina 1 mg en bolos/flusing y pedí para que levantaran su brazo, mientras el médico intentaba y pedía ayuda para intubar porque no conseguía colocar el tubo dentro de la tráquea. Junto con el enfermero hacíamos las compresiones torácicas, después de dos min. nuevamente analizamos el ritmo, checamos el pulso carotídeo y radial, viendo que no había respuesta

colocamos nuevamente Adrenalina 1 mg en bolos / flusing, después continuamos con las compresiones torácicas y en menos de 1 min la paciente volvió a tener pulso.

OBS: según el protocolo si el paciente vuelve a tener pulso se debe hacer un ciclo más para estar seguros, por eso nosotros realizamos un ciclo más de la RCP.

Experiencia: Este procedimiento fue donde más adrenalina sentí, ya que la paciente se estaba muriendo en mis manos literalmente, es un momento donde uno que no tiene experiencia en estas cosas entra en shock, pero por suerte mantuve la calma y pude manejar y realizar super bien la RCP, primera vez presencié un momento así. Me sentí muy eficiente ya que el médico plantonista dejó prácticamente que yo dirigiera la RCP junto con mi otro colega, mientras él intentaba la Intubación, pude llevar a la práctica el conocimiento que había adquirido en el pre-internado de Urgencia y Emergencia (U/E) en donde estudié bastante los 4 protocolos de PCR las cuales son AESP; Fibrilación Ventricular (FV) / Taquicardia Ventricular (TV) y Asistolia. Además de eso pude percibir que no siempre se sigue el protocolo como está descrito en la literatura ya que cada escenario varía dependiendo del paciente.

2.11.3 Toque Rectal.

Realice en una paciente de 70 años, femenino, COVID-19 positivo, la cual refería constipación a 1 semana, por en el médico plantonista decidió que se le haga toque rectal para ver si presentaba un fecaloma, le pregunté si podría realizar yo el procedimiento y me dijo que si, primeramente me lave las manos, coloque el guante estéril, pedí ayuda a la enfermera para que le coloque a la paciente en decúbito lateral izquierdo, luego le mi colega colocó la vaselina en mi dedo índice, mezcle con mi dedo del medio e introduje lentamente en el ano de la paciente, al introducir pude palpar el fecaloma el cual pude degradar y sacar por el ano. Fue una sensación poco agradable tanto para la paciente como para mí, pero lo bueno es que después de ese procedimiento la paciente comenzó a evacuar bastante y sentirse mejor (SIC).

2.12 Unidad de terapia en enfermedades infecciosas (UDTI)- covid-19.

En este sector se encuentran pacientes intubados y no intubados graves con sospechas para COVID-19 los cuales se encuentran aguardando resultados para dicha enfermedad, también se encuentran pacientes que presentan otras enfermedades respiratorias de origen bacteriana ejemplo (tuberculosis (TB), entre otros). En este sector bajo la supervisión del médico plantonista pude realizar admisiones, evoluciones, examen físico, chequear exámenes

tanto laboratorial como de imagen de los pacientes, de procedimiento realicé solo gasometría arterial.

Lo que me pareció muy sorprendente es que hay bastante casos de tuberculosis en esta región, cuando pase por este sector observe como 5 casos de tuberculosis, por lo que aprendí bastante referente a esta patología, el médico plantonista me enseñó bastante de cómo manejar y tratar la TB.

2.13 Enfermería COVID-19.

Este sector recibe a pacientes confirmados para COVID, los cuales necesitan quedarse en observación por unos días para poder ser monitoreados continuamente y recibir un buen tratamiento para poder combatir contra el COVID-19. A veces hay pacientes que se descompensan estando internados en este sector, necesitando de IOT, cirugías (ejemplo: paciente COVID-19 positivo que necesita de una apendicectomía, entre otros) o hasta RCP.

Obs: pacientes que son intubados en la enfermería COVID-19, luego son transferidos para la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) COVID-19.

2.14 Unidad de terapia intensiva (UTI) covid-19.

Los pacientes en este sector se encuentran todos intubados por COVID-19. Solo pude realizar admisión, evaluación, examen físico y gasometría arterial. No fue muy provechoso para mi este sector, pero me gusto poder pasar y ver cómo funciona la UTI COVID-19.

2.15 Semi-Intensiva COVID-19.

No tuve mis prácticas en este sector. Funciona como intermedia entre UTI y enfermería COVID-19, en donde se encuentran pacientes que fueron extubados, pacientes intubados que aguardan lugar para UTI COVID-19 o bien pacientes graves que van a ser intubados y luego pasarán a UTI COVID-19.

2.16 Pronto Socorro General.

Este sector me gusto bastante ya que pude ver varias patologías las cuales ya había estudiado años anteriores. Los casos que más vi en el PS general fueron Accidente Vascular

Cerebral (AVC), Trombosis Venosa Profunda (TVP), Sepsis por causas (cutáneas, urinarias, pulmonares, etc.), Pancreatitis Aguda (PA), pie diabético, intoxicación exógena, entre otros.

En el PS el trabajo era realizar admisión, reevaluación del paciente, estabilización y monitorización del paciente, además de otros procedimientos, como yo ya tenía experiencia adquirida en las UPAs, PS respiratorio COVID-19, no tuve mucha dificultad para realizar esas actividades, los médicos plantonistas tenían mucha predisposición y quedaban observando y corrigiendo cuando cometía algún error en el Tasy. Debo recalcar que poco a poco conseguí ganar autonomía y autoconfianza.

Trabajar en el PS hizo que lleve a la práctica mis conocimientos adquiridos en la literatura referente a las patologías estudiadas años anteriores, además de eso entendí que no siempre es posible seguir los protocolos correctamente por falta de estructuras y de recursos adecuados, haciendo que muchas veces los profesionales de salud se sientan impotentes, intentando de dar lo mejor de sí con recursos disponibles para la mejor atención del paciente. El médico y equipo de salud están muy comprometidos con su trabajo, observe cómo los técnicos de enfermería trataban bien sus pacientes, eran serios con sus trabajos. En este escenario poco a poco fui ganando espacio, confianza y en comportarme con más responsabilidad, aprendí bastante con las orientaciones y enseñanza de los médicos y del equipo de enfermería, cometí errores que fueron observados por el médico e intenté en corregirlas, amplí mi capacidad de pensar, raciocinar sobre los casos clínicos, debatía con algunos médicos sobre los casos. Fue una experiencia bastante enriquecedora y productiva para mi persona.

3. CASOS CLÍNICOS 1

ESCENARIO: HMPGL

ADMISIÓN PS GENERAL- TARDE

SOBRE ORIENTACIÓN DE LA DRA. ARNALDO

Identificación: F.O., 78 años, Masculino, residente en Foz de Iguazú.

QP: “Hinchazón en la pierna izquierda”

HDA: Paciente tercera edad relata que aproximadamente a 20 días percibió hinchazón del miembro inferior izquierdo y dolor en la ingle izquierda. Niega otros síntomas

HPP: Hipertenso a 15 años Niega alergia medicamentosa.

HS: Niega tabaquismo, niega etilismo y uso de drogas ilícitas, niega cirugías anteriores y trauma.

Medicamentos en uso actual:

- Caltren 20 mg 1 cp por la noche.
- Valsartasana 320 mg 1cp por la mañana.
- Furosemida 40 mg 1cp de mañana.
- Beclometasona 200mcg 1 puff de manhã e 1 a noite.

Exámen Físico:

Ectoscopia: Paciente en BEG, LOTE, anictérico, acianótico, eupnéico en AA, afebril, normocorado, deshidratado +/4+, preenchimento capilar <3 segs.

NEURO: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, fuerza motora preservada.

ACV: BNF RR 2T con soplo aórtico, hemodinámicamente estable sin uso de DVA.

AP: MV + sin RA, sin esfuerzo respiratorio.

ABDOMEN: Globoso, RHA presentes, sin dolor a la palpación superficial y profunda, sin señales de peritonismo, blumberg y murphy negativo.

MIEMBROS: Miembro inferior izquierdo con señal de bandera positivo, dolor a la palpación, pantorrilla con empastamiento, edema +++/4+ con leve señal de cacifo, presencia de varices en ambos miembros. Pierna derecha sin alteraciones.

Exámenes complementares:

Exámenes laboratoriales: Ureia 163; Cr 12,6; Na 130; K 5,9; Hb 12,7; Leucócitos 6.418 sem desvío; Plaquetas 197.000; TP 100%; RNI 1,0; TTPa 30,3.

El paciente ya tenía una USG DOPPLER VENOSO DEL MIEMBRO IZQUIERDO (fue solicitado en la Upa João Samek dos días antes del internamiento en el HMPGL). El estudio con DOPPLER del miembro inferior izquierdo muestra trombos venosos profundos envolviendo la vena femoral común, femoral superficial, femoral profunda y vena poplítea.

Diagnóstico Sindrómico: Síndromes venosas.

Hipótesis Diagnóstica: TVP proximal.

Diagnóstico diferencial: celulite, erisipela, picadura de animales ponzoñosos, insuficiencia venosa periférica, trauma.

Conducta en el PS.

Con el médico plantonista de la tarde aplicamos el protocolo de admisión de pacientes en el HMPGL que es la de clasificar si el paciente es crítico o no, hacer una buena anamnesis, examen físico, solicitar exámenes laboratoriales de admisión las cuales son: hemograma completo, urea, creatinina, TGO, TGP, electrolitos, coagulograma, Rx de tórax y ECG.

Después que evalúe al paciente, le pase el caso al médico, debatimos, colocamos la hipótesis diagnóstica, vimos el examen de imagen que el paciente ya tenía, luego prescribimos anticoagulación plena con enoxaparina subcutánea 80 mg a cada 12 hs y Warfarina 5 mg.

Solicitamos la evaluación del especialista vascular como indica el protocolo del Hospital para saber cuál conducta realizar respecto al caso del paciente.

Resultado del examen de imagen: RX de tórax presentó índice cardiorádico dentro de la normalidad, sin otras alteraciones.

ECG: presento ritmo sinusal sin presencia de arritmias.

Discusión del caso: Primeramente, en una sala de emergencia debemos clasificar si el paciente es crítico o no.

¿Este paciente es crítico?

NO. Sabemos que un paciente es crítico cuando presenta alteración en uno de los tres grandes sistemas que son, cardiovascular, respiratorio y neurológico. En este caso podemos afirmar que el paciente no es crítico porque él tenía las señales vitales estables, no tenía desconforto o dificultad respiratoria, se encontraba lúcido, orientado en tiempo y espacio. Entonces la clasificación del paciente fue correcta.

¿Como debe ser abordado este paciente?

Como ya sabemos el TVP se caracteriza por la formación de trombos dentro de las venas profundas, con obstrucción parcial u oclusión, siendo más común en miembros inferiores (80-85%) de los casos. Las principales complicaciones de esta enfermedad son: Insuficiencia venosa crónica/ síndrome postrombótico (edema o dolor en miembros inferiores, mudanza en

la pigmentación, ulceraciones en la piel) y embolia pulmonar (EP). Esta última tiene alta importancia clínica, por presentar alto índice de mortalidad.

Los principales factores directamente ligados a la formación de trombos son: estasis venosa, lesión endotelial y estado de hipercoagulabilidad estos tres son más conocidos como EL TRIÁNGULO DE VIRCHOW. Por lo tanto, la edad avanzada, cáncer, procedimientos quirúrgicos, inmovilización, uso de estrógeno, gravidez, disturbios de hipercoagulabilidad hereditarios o adquiridos, constituyen como factor de riesgo para TVP. Su incidencia aumenta proporcionalmente con la edad, sugiriendo que este sea el factor de riesgo más determinante para un primer evento de trombos. **En este caso la edad del paciente es un factor de riesgo, ya que en la anamnesis negó posibles otras causas para TVP y en el examen laboratorial no fue demostrado disturbios de coagulación.**

Para efectos diabéticos, los factores de riesgo pueden ser clasificados como:

- **Hereditarios/idiopáticos:** resistencia a proteína C activa (principalmente factor V de Leiden); mutación del gen protrombina G20210A; incidencia de antitrombina; deficiencia de vitamina C; deficiencia de proteína S, hiperhomocisteinemia; aumento de factor VIII; aumento de fibrinógeno.
- **Adquiridos/provocados:** síndrome de anticuerpo antifosfolipídico; cáncer; hemoglobinuria paroxística nocturna; edad > 65 años; obesidad; gravidez y puerperio; enfermedad mieloproliferativa (policitemia vera, trombocitemia esencial, etc); síndrome nefrótico; hiperviscosidad (macroglobulinemia de Waldenstrom, mieloma múltiple); enfermedad de Behçet; trauma; cirugías; inmovilización; terapia estrogénica.

En el caso de esta paciente debatimos con el médico plantonista y llegamos a la conclusión de que es TVP adquirido apuntando por la edad avanzada del paciente o por ser el primer evento.

Después de evaluar los factores de riesgo que el paciente presenta, la clasificación de su condición clínica, el médico plantonista me recomendó abordar el paciente ignorando el ECO DOPPLER que ya poseía y que ya confirmaba el diagnóstico, para que así yo pueda entrenar llevando a la práctica mi conocimiento teórico de abordar la patología de TVP.

¿Cómo se hace el diagnóstico de TVP?

El diagnóstico es realizado por:

— Examen físico: Cuadro clínico como dolor, edema, eritema, cianosis, dilatación del sistema venoso superficial, aumento de temperatura, empastamiento muscular y dolor a la palpación. En este caso el paciente presentaba dolor, edema del miembro acometido y empastamiento de la pantorrilla. Ninguna evaluación clínica es suficiente para diagnosticar o descartar el TVP, pues los hallazgos clínicos se relacionan con la enfermedad en apenas 50% de los casos. La literatura existente recomienda la anamnesis y el examen físico, combinados con la realización de test de laboratorio y exámenes de imagen. El sistema de predicción más bien estudiado es el score de Wells.

3.1 Score de Wells.

Es un modelo que predice clínicamente, basado en señales y síntomas, factores de riesgo y diagnósticos alternativos estimando la probabilidad pretest para TVP. Esta clasificación ha sido útil para el abordaje inicial del paciente con sospecha de TVP. En su primera versión, categoriza a los pacientes con probabilidad baja, moderada o alta. Este score debe ser usado en combinación con otros medios diagnósticos adicionales como el ECO DOPPLER colorido (EDC), asociado a compresión de todo el trayecto venoso troncular del miembro inferior (pacientes con alto score) e del dimero- D (DD) (pacientes con bajo score). La combinación de EDC negativa seguida de DD negativo permite descartar con una seguridad la hipótesis de TVP. Metaanálisis elaborado por Geersing GJ et al. define que con el score de Wells ≤ 1 e DD negativo, la probabilidad de existencia de TVP es menor a 2%, pudiendo excluirla con seguridad, en diferentes grupos de pacientes, con excepción de condiciones como cáncer y TVP recurrente.

Figura 6. Escore de Wells

Característica Clínica	Pontuação
Câncer ativo (paciente recebeu previamente tratamento para câncer pelo menos a 6 meses ou atualmente recebendo tratamento paliativo)	1
Paralisia, Paresia ou Imobilização da extremidade inferior	1
Imobilidade no leito por 3 dias ou mais, ou cirurgia maior nas últimas 12 semanas com anestesia geral ou regional	1
Dor localizada ao longo do trajeto do sistema venoso	1
Perna inteira edemaceada	1
Perna edemaceada, pelo menos 3 cm maior do que lado assintomático (medida realizada 10 cm abaixo da tuberosidade da tibia)	1
Edema depressível na perna sintomática	1
Veias tributárias ectasiadas (não varicosas)	1
TVP prévia documentada	1
Diagnóstico alternativo pelo menos os parecidos com sintomas TVP	-2

Pontuação de 2 ou maior indica que a probabilidade de TVP é moderada a alta

Pontuação menor que 2 indica que a TVP é de baixa probabilidade

Fuente: www.sbacv.org.br

— **¿Fue aplicado el score de Wells en este caso?**

Si. Junto con el médico aplicamos el score wells y el paciente tenía puntuación de 2, entonces su probabilidad de TVP era moderada a alta.

3.2 Eco Doppler Colorido (EDC)

El EDC venoso es el método diagnóstico más frecuentemente utilizado para el diagnóstico de TVP en pacientes sintomáticos. Es el examen de para el diagnóstico de TVP con sensibilidad de 96% y especificidad de 98- 100%.

— **Fue solicitado ECO Doppler en este caso**

No. En el PS y no solicitamos este examen de imagen porque la paciente ya tenía uno hecho en la UPA cuando quedó internada antes de ser transferido en el HMPGL, quiere decir que la hipótesis diagnóstica hecho en la UPA fue también de TVP por eso condujeron el caso como tal solicitando ese examen.

3.3 Teste de Dímero-D (DD).

Es uno de los productos de degradación de fibrina, está presente en cualquier situación en la cual haya formación de degradación de un trombo, por lo tanto, no es un marcador específico para TVP. Presenta alta sensibilidad, pero poca especificidad para el diagnóstico de TVP; sus resultados generalmente son divididos en grupos: negativo (500 ng/ml), intermedio (351-500 ng/ml) y positivo (>500 ng/ml).

— **¿En este caso fue solicitado el examen de Dímero-D?**

No. Yo le pregunte al médico plantonista si solicitaremos el examen de DD al paciente, pero él me explicó que lamentablemente el hospital no cuenta con recurso para pedir ese examen laboratorial, que es un examen caro y que por causa de la falta de recursos no puedan ser realizados correctamente los protocolos que se debería aplicar en los pacientes, pero aun así debemos siempre estudiar y entender el abordaje ideal de los casos clínicos. En este caso la paciente por el score de wells tenía alta probabilidad de que sea TVP, además que el Eco Doppler que se hizo en la UPA ya confirmaba el diagnóstico, por eso solicitar el DD ya no era necesario.

— **¿Cuáles son las recomendaciones para el diagnóstico de TVP en las venas proximales del miembro inferior?**

En pacientes por el score de wells con probabilidad moderada y alta se recomienda:

- EDC.
- Dosaje de DD.

Se recomienda iniciar la investigación con EDC:

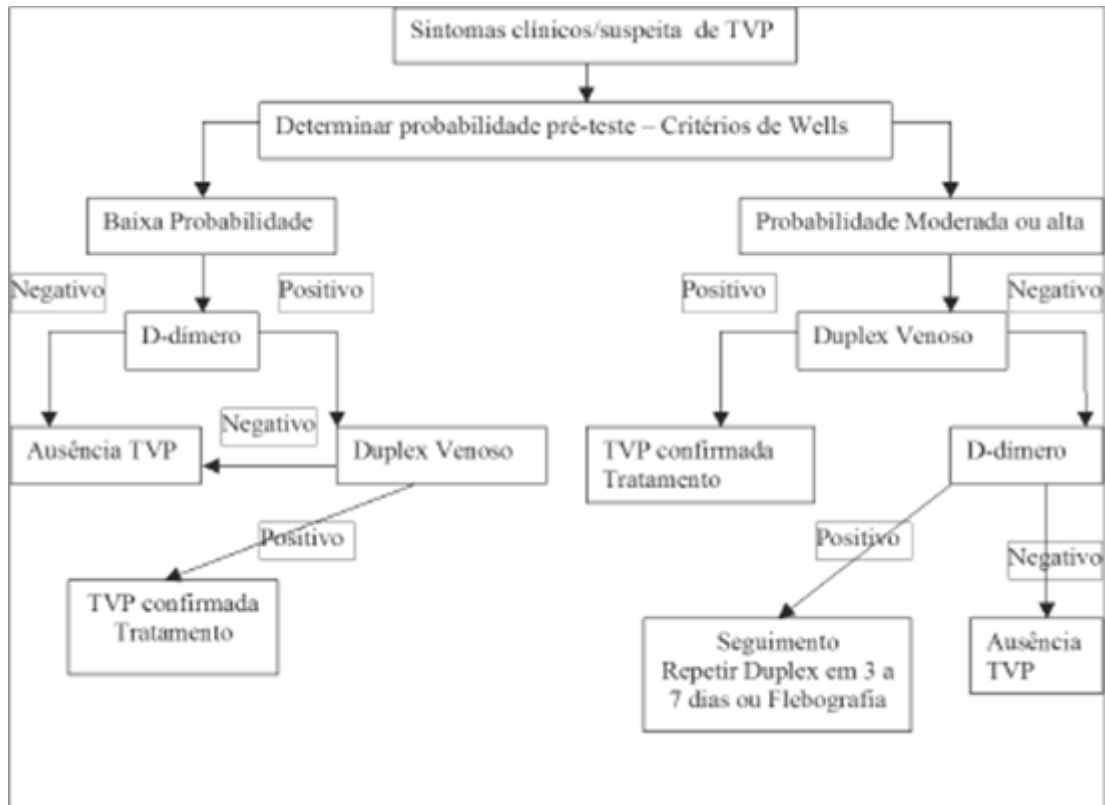
Si fuese positivo para TVP, iniciar el tratamiento.

Si fuese negativo para TVP, se recomienda realizar DD, se DD sale negativo se descarta TVP.

Si DD sale positivo repetir EDC en tres a siete días, si se confirma TVP, iniciar tratamiento, si sale negativo se descarta TVP y se debe investigar otras causas.

En el caso de esta paciente el abordaje clínico fue seguido correctamente, porque el EDC era positivo para TVP, entonces junto con el médico ya iniciamos el tratamiento.

Figura 7. Flujograma de investigación de TVP.



Fonte: www.sbacv.org.br

3.4 Manejo de TVP.

Después de hacer toda la investigación y confirmar el diagnóstico, se procedió internar al paciente y tratar el TVP. Para escoger la mejor terapéutica depende de la condición clínica del paciente y de sus comorbidades. En este caso como el paciente se encontraba estable y sin muchas comorbidades, fue procedido iniciar el tratamiento convencional, que es heparina de bajo peso molecular (enoxaparina) vía subcutánea de 80 mg a cada 12/12 horas por no mínimo 5 días asociado a anticoagulante oral (antagonista de vitamina k- VARFARINA) 5 mg. También el paciente fue monitoreado con coagulograma para que pueda ser evaluado la suspensión de la droga parenteral.

— **¿Fue correcta la conducta de este paciente?**

Si. Junto con el médico procedimos conforme a lo recomendado por la literatura la cual dice: con alto nivel de evidencia, el tratamiento inicial con heparina de bajo peso molecular

(HBPM) subcutánea, Heparina no fraccionada (HNF) endovenosa o subcutánea monitorizada, dosis fija de HNF subcutánea, o Fondaparinux subcutánea, seguida de anticoagulantes orales a largo plazo. Duración: Se recomienda la duración del tratamiento inicial (HNF, HBPM o fondaparinux) por lo menos por 5 días, asociado a antagonistas de vitamina K desde el primer día de tratamiento, hasta que el RNI (relación de normatización internacional) esté al nivel terapéutico, entre 2 y 3, por dos días consecutivos. A partir de ese momento, las drogas parenterales pueden ser suspendidas con seguridad. No se recomienda, en hipótesis alguna, el tratamiento inicial para TVP solamente con antagonistas de vitamina K, una vez que está asociado a altas tasas de recurrencia sintomática y riesgo de necrosis cutánea.

Reflexión y conclusión del caso: Los casos de TVP son bastante frecuentes en la emergencia, es necesario hacer una buena anamnesis y examen físico minucioso para poder llegar a la etiología del problema y así poder conducir el caso de la mejor manera posible. El manejo de este caso desde el inicio fue conducido de forma correcta, el médico plantonista con quien vi este caso era muy bueno, era posible percibir que tenía mucho conocimiento teórico e dominio del tema, lo cual fue positivo para mí porque conseguí aprender el protocolo correcto de TVP aplicado en la práctica, fijé mi conocimiento teórico correctamente, y lo que más me gusto fue que el médico me hacía preguntas sobre el tema mientras debatimos el caso y analizaremos paso a paso si era ideal o no.

También entendí a través de la explicación del médico como la falta de recursos a veces dificulta el trabajo para el manejo de pacientes y muchas veces ellos no consiguen realizar los protocolos correctamente no por falta de conocimiento, sino que por cuenta de que no poseen el respaldo suficiente.

Con ese caso aprendí la importancia de tener conocimiento teórico, de estudiar, de preguntar. Me sentí super bien con este caso porque pude pensar en el diagnóstico y llegar a manejar el caso de forma adecuada. Estoy muy agradecida con el médico que en todo momento tuvo mucha paciencia y predisposición para enseñarme.

4. CASO CLÍNICO 2.

ESCENARIO: HMPGL.

PS GENERAL- MAÑANA.

SOBRE ORIENTACIÓN DEL DR DOUGLAS.

Identificación: G.D.F, 40 años, femenina, residente Foz de Iguazú.

Queja Principal: *Dolor abdominal*

Historia de la enfermedad actual: Paciente, obesa, refiere que a 1 día comenzó a presentar dolor abdominal de inicio súbito, intenso, irradiando hacia las costas, que mejora inclinándose hacia adelante. Además de eso relata que tuvo 2 episodios de vómitos, contenido líquido, de color verde el primer vomito y el segundo de color transparente, sin sangre (SIC). Niega presentar otros síntomas.

Historia Médica Progres: Niega enfermedades crónicas, niega alergia medicamentosa, niega uso continuo de medicamentos.

Historia social: Fumante a 17 años, 40 cigarros por día, 34 carteras por año, niega etilismo y uso de drogas ilícitas, niega cirugías anteriores y trauma.

Examen físico:

Ectoscopia: BEG, LOTE, anictérica, acianotica, normocorada, hidratada, eupnéica en uso de O2 suplementar con catéter nasal a 2 litros/min, prencimiento capilar<3 seg.

NEURO: Glasgow 15, pupilas isocóricas normoreagentes.

ACV: BNF Taquicárdico en 2T sin soplo, ambos pulsos radiales simétricos con la asculat cardiaca, hemodinámicamente estable sin uso de **DVA**.

AR: Murmullo Vesicular presente con ronos difusos y sibilos esparcos, sat O2 98% con uso de CN a 2 litros/min de O2.

ABDOMEN: globoso, **RHA** disminuido, presentando dolor a la palpación profunda en la región epigástrica, percusión timpánica, señal de blumberg y murphy negativo, sin señales de peritonismo, cullen y turner.

MIEMBROS: bien perfundidas, sin edemas del MMSS y MMII.

GENITO URINARIO: SVD: Diuresis de 1800 ml/24hs, paciente relata que no evacua hace 4 días.

Exámenes complementares:

Exámenes laboratoriales: Colesterol total:258//Triglicéridos: 2.300//LDL: >400//HDL:35//Bilirrubina total: 0,90//Bilirrubina directa: 0,80//Bilirrubina indirecta: 0,10//electrolíticos: Uréa: 49//

Creatinina: 2,1//Sodio: 141//Potasio: 4,3//Amilase: 354//Lipase: 1394//Magnesio: 1,8//PCR: 34,2.

Gasometria arterial: ph: 7,31; pCO₂: 41; pO₂:80; HCO₃: 23,10; CO₂T:24,30;

Sato₂:96%; calcio: 1,20; lactato:8

Tomografía computarizada del abdomen: Derrame pleural laminar del lado izquierdo; Hepatomegalia y esplenomegalia.

OBS: Las alteraciones descritas envolviendo el páncreas y regiones adyacentes, son compatibles con proceso inflamatorio agudo (pancreatitis). Moderada cantidad de líquido libre en la cavidad abdominal.

Rx del tórax: Este examen fue realizado en el leito se podía visualizar el catéter de acceso venoso central a la derecha; la tráquea y mediastino centrados, como alteración mostraba: Opacidad reticular en el tercio inferior del Hemitórax derecho; área cardiaca habitual.Senos costo frénicos libres.

OBS: Paciente ya tenía la USG abdominal (fue solicitado en la UPA JOAO SAMEK 1 día antes de ser internada en el HMPGL)

Diagnóstico Sindrómico: Pancreatitis Aguda.

Hipótesis Diagnóstica: Pancreatitis Aguda por Hipertrigliceridemia.

Diagnóstico Diferencial: colecistitis, úlcera péptica, coledocolitiasis, colangite, colecistite aguda, perforación de víscera abdominal, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica.

Conducta hecha en el PS general.

Con el médico plantonista de la mañana aplicamos el protocolo de admisión de pacientes del HPGML que es: clasificar si el paciente es crítico o no, anamnesis, examen físico, solicitud de exámenes laboratoriales de admisión que son hemograma completo, urea, creatinina, electrolitos, en este caso lipase, amilasa PCR, bilirrubina total, directa e indirecta, gasometría arterial, RX del tórax, ECG, no pedimos USG del abdomen porque ya fue solicitado 1 día antes en la UPA Joao Samek.

Después de evaluar al paciente, comente el caso con el médico, debatimos sobre la conducta, clasificamos la enfermedad, vimos el examen de imagen que la paciente ya tenía, prescribimos sintomáticos EV, colocamos oxigenación suplementaria para mejorar los síntomas y disnea.

Ya que como estamos en época de pandemia, solicitamos examen de Covid, Aislamos a la paciente en una sala hasta tener los resultados y solicitamos vaga para internación.

Los exámenes realizados en la paciente tanto laboratorial como de imagen mostraron que la paciente presenta pancreatitis aguda a causa de una hipertrigliceridemia.

Discusión del caso:

Primeramente, en una sala de emergencia se debe clasificar si un paciente es crítico o no.

— ¿Este paciente es crítico?

Si, sabemos que paciente crítico es aquel que tiene alteración en uno de los tres grandes sistemas que son el sistema cardiaco, cardiovascular y neurológico. Por la cual esta paciente consideramos como crítico ya que tenía una dificultad respiratoria necesitando de O₂ suplementar. Entonces la clasificación de la paciente fue correcta.

— ¿Como debe ser abordada esta paciente?

Como ya sabemos, la **PA** se caracteriza por causar un dolor intenso persistente, localizada en la región epigástrica, a veces hipocondrio derecho irradiado para las costas, puede persistir por días, puede que mejore con inclinación hacia el frente. En el caso de aparecer lesiones en la piel llamadas señal de Cullen (equimosis periumbilical) y Turner (equimosis en flancos abdominales) que normalmente aparece cuando hay una hemorragia intraperitoneal en presencia de necrosis pancreática. Por lo que tenemos que solicitar exámenes en este caso una

USG abdominal y descartar. Esta última alteración tiene alta importancia clínica, por presentar alto índice de mortalidad.

Los principales causantes de la PA son:

Traumas: así como accidentes pueden causar PA. por golpe.

Litiasis biliar: causa obstrucción del ducto pancreático o edema transitorio de la papila duodenal por el trauma del pasado de cálculos biliares. El llamado “barro biliar” que consiste en una bilis espesa con micro cálculos, es una causa de pancreatitis idiopática.

Hipertrigliceridemia: generalmente triglicéridos ácima de 1000 mg/dl pueden causar PA, la lesión pancreática es inducida por la liberación de ácidos grasos libres, causando disfunción endotelial en células acinares.

Alcohol: su exceso puede causar PA así también como Pancreatitis crónica.

Hipercalcemia: es raro pero muchas veces el exceso de calcio puede causar deposición de calcio en los ductos pancreáticos llevando a una PA. Además de cirugías cardiacas de grandes portes, en donde se infunde en los pacientes grandes cantidades de gluconato de calcio que como efecto adverso puede llevar a una PA.

Drogas: su exceso afecta directamente al páncreas pudiendo llevar a una PA.

Infecciones: principalmente el (virus HIV), puede facilitar infecciones secundarias bacterianas, fúngicas y parasitarias al páncreas.

Tumores: tumores pancreáticos de la papila duodenal y vías biliares son causas de PA, principalmente por mecanismo compresivo.

Por tanto, la hipertrigliceridemia es un factor de riesgo muy importante que puede llevar una PA. Su incidencia en la actualidad aumentó bastante por el mal estilo de vida alimenticio que las personas tienen, normalmente eso lleva a la obesidad. **En este caso, la obesidad a causa del mal estilo de vida alimentaria, sería uno de los factores de riesgo que llevaría a una PA, ya que en la anamnesis negó tener enfermedades crónicas y en el examen laboratorial mostrando una hipertrigliceridemia además de enzimas pancreáticas elevadas.**

Con el médico plantonista debatimos y llegamos a una conclusión de que el caso de esta paciente sería PA por causa de la hipertrigliceridemia.

— **¿Cómo se hace el diagnóstico de PA?**

El diagnóstico de PA se hace a través de:

Manifestaciones clínicas: El paciente muchas veces refiere dolor abdominal localizada en la región epigástrica a veces irradiada para las costas, que persiste; los de origen biliar el dolor es bien localizada y de inicio súbito que aumenta su intensidad en 10 a 20 min, aunque en pacientes a consecuencia de causas metabólicas o alcohol, al inicio puede ser menos dolorida y mal localizada; el dolor puede persistir por varias horas o días y ser parcialmente aliviada con inclinación del paciente hacia el frente; náuseas y vómitos que puede persistir por varias horas; disnea que puede aparecer por causa de una inflamación diafragmática secundaria a una pancreatitis o síndrome de respuesta inflamatoria aguda.

Examen físico: dolor a la palpación superficial y profunda del abdomen, muchas veces difusa o referida en la región epigástrica irradiada para las costas; puede haber decoloración equimótica en la región periumbilical (señal de Cullen) o en los flancos (señal de Turner), estas señales en el abdomen, nos sugieren presencia de hemorragia retroperitoneal con la presencia de necrosis pancreática muchas veces puede el paciente presentar hepatomegalia en pancreatitis alcohólica, xantomas en pancreatitis hiperlipidemias, etc.

— Exámenes complementares:

Enzimas pancreáticas: como amilase y lipase, ambas enzimas deben estar 3 veces más alto del valor normal, la lipase normalmente aparece primero y su media vida dura por más tiempo, la amilase aparece más tarde y su media vida dura menos, por en no nos debemos guiar por la enzima amilase ya que si el paciente demora 24hs para acudir a un Pronto Atendimento puede este en niveles normales y nos muestre un falso negativo para PA.

Hallados laboratoriales: puede haber leucocitosis y hematocrito elevado por hemoconcentración decorrente de un extravasamiento de fluido intravascular para un tercer espacio.

Exámenes de imagen: pueden mostrar

RX de abdomen agudo: señal de alza centinela, señal de cutoff del colon, íleo paralítico generalizado.

Rx del tórax: derrame pleural bilateral, atelectasias laminares, infiltrados bilaterales
USG abdominal: páncreas aumentado, colelitiasis; coledocolitiasis, colección líquida peripancreática.

TC de abdomen: se utiliza el **criterio de Baltazar que clasifica la PA en 5 grados**. Esta clasificación ha sido útil para evaluar la gravedad de la enfermedad y lesión del órgano pancreático.

Figura 8. Criterios de Baltazar.

Criterios de Baltazar

Tabla N° 1
CRITERIOS MODIFICADOS DE BALTHAZAR*

Grado	Puntaje	Descripción morfológica	Necrosis	
			Extensión	Puntaje
A	0	Páncreas normal	0%	0
B	1	Aumento focal o difuso del páncreas	0%	0
C	2	Alteración de la glándula con inflamación peripancreática	< 30%	2
D	3	Colección líquida única	30 a 50%	4
E	4	Dos o más colecciones líquidas intrapancreáticas o extrapancreáticas	> 50%	6

Índice de gravedad: 0 a 10 puntos (suma del grado + extensión de la necrosis)
 Pancreatitis aguda leve: 0 a 3 puntos
 Pancreatitis aguda grave: 4 a 6 puntos
 Pancreatitis aguda necrótica: 7 a 10 puntos

Fonte: Schwaner Jaime, *et al.* 2003

¿Fue aplicado criterios de Baltazar en este caso?

NO. este criterio no fue aplicado con el médico plantonista.

¿Cuál criterio fue aplicado para clasificar la gravedad de la enfermedad?

El médico plantonista aplicó y me enseñó el criterio de Atlanta la cual evalúa la gravedad de la enfermedad y clasifica en leve, moderada o grave. Este criterio ve si el paciente presenta fallas orgánicas, complicaciones sistémicas o complicaciones locales.

Falla Orgánica:

- **Choque:** Se observa a través de la PA en donde la Sistólica es menor de <90 mmHg y diastólica menor de <60 mmHg.
- **Insuficiencia respiratoria:** se observa a través de la gasometría arterial especialmente por el PaO₂ <83 mmHg.
- **Insuficiencia renal:** cuando la creatinina se encuentra 1,04 mmHg en mujeres y en hombre mayor a 1, 25 mg/dl.

Complicaciones sistémicas: Se observa a través de exámenes laboratoriales.

- Coagulación intravascular diseminada: plaquetas <100.000/mm; fibrinógeno < 1g/L.
- Trastorno metabólico: calcio < 7,5 mg/dL.

Complicaciones locales: Se observa a través de exámenes de imagen.

- Necrosis;
- Absceso;
- Pseudoquiste.

¿El paciente fue clasificado como?

Junto con el médico utilizamos el criterio de Atlantas para ver si presentaba falla orgánica, este criterio posee tres medidas que clasifica en leve, moderada y grave. Estas son: Presión Arterial <90/60 mmHg, creatinina >2.0 y PaO₂ <83; los tres evalúan si el paciente está en shock, tiene insuficiencia renal o respiratoria. 1 punto significa PA leve, 2 puntos PA moderada y 3 puntos PA grave.

El **paciente presentaba una PA leve** ya que presentó de alterado solo la PaO₂ <83.

Figura 9. Criterios de Atlanta**Cuadro 5.** Criterios de Atlanta para pancreatitis aguda severa

Falla orgánica	Choque	TA sistólica < 90 mmHg
	Insuficiencia pulmonar	PaO ₂ ≤ 60 mmHg
	Insuficiencia renal	Creatinina > 2.0 mg/dL
Complicaciones sistémicas	Coagulación intravascular diseminada (CID)	Plaquetas < 100,000/mm ³ Fibrinógeno < 1 g/L Dímero-D > 80 mcg/dL
	Trastorno metabólico	Calcio ≤ 7.5 mg/dL
Complicaciones locales	Necrosis, absceso, pseudoquiste	

Fuente: LEDESMA-HEYER; AMARAL, 2009

4.1 Manejo de PA.

Después de hacer toda la investigación y confirmar el diagnóstico, se procede internar al paciente y tratar la PA.

Para escoger el mejor tratamiento en el paciente depende de varias cosas como: condición clínica en la que se encuentra, comorbidades en otros. En este caso la paciente se encontraba estable, sin muchas comorbidades, por la cual decidimos iniciar el tratamiento: primeramente, solicitamos el examen, luego hidratamos al paciente con suero fisiológico 0,9%, prescribimos medicamento para el dolor, vimos la nutrición ideal para este paciente, y prescribimos insulina en bomba de infusión continua para poder bajar la hipertrigliceridemia.

5. CASO CLÍNICO 3.

ESCENARIO: HMPGL.

ADMISIÓN PS GENERAL- TARDE.

SOBRE ORIENTACIÓN DE LA DRA. JESSICA

QP: " Caída del nivel de conciencia"

HDA: Paciente, masculino de 35 años, llegó por el SAMU al PS del HMPGL, con rebajamiento del nivel de conciencia por causa de una intoxicación exógena, según informaciones relatadas por la madre la intoxicación fue con diazepam (por en no sabe decir cuántos comprimidos tomo)

además de hacer una alta ingesta de bebida alcohólica, relata que fue presidiario por 6 años en San Paulo, que a un año comenzó a tomar continuamente diazepam para insomnio (SIC), paró de consumir hace 3 días, y que hoy de la nada agarro y tomó en dosis alta dicho medicamento (SIC). Médica del SAMU debido importante a la agitación psicomotora que el paciente presentaba la USA fue hasta el local, al llegar al local el paciente se encontraba rebajado, desorientado en tiempo y espacio y que a lo largo del camino estaba empeorando. En la admisión, el paciente estaba con un glasgow de 11.

HPP: Madre relata que él utiliza continuamente Diazepam para la insomnia, niega otras enfermedades crónicas, niega alergia medicamentosa, niega tabaquismo/etilismo, según relatos del SAMU toma Levomepromazina + clonazepam.

SUBJETIVO: Paciente confuso, desorientado, soñoliento, consiguiendo interagir después de hacer medidas de desintoxicación, presenta mejora de la caída del nivel de conciencia, relata que consumió varios comprimidos de diazepam además de varios litros de bebida alcohólica.

OBJETIVO:

Al examen físico: BEG, desorientado, anicterico, acianotico, hidratado, eupneico em AA.

NEURO: glasgow 15, pupilas isocóricas normoreagentes, força motora preservada.

ACV: BNFRR 2T sem sopro, pulsos radiales bilateralmente simétricos col auscultu cardíaca.

AP: MV presentes, sem RA, sin esfuerzo respiratorio.

ABDOMEN: plano, RHA presentes, sin dolor a la palpación superficial y profunda, sin señales de peritonismo.

MEMBROS: sin edemas en MMSS y MMII, bien perfundidas bilateralmente.

EVALUACIÓN: Evaluó paciente en el leito, estable hemodinámicamente sin uso de DVA, eupneico AA, con mejora del rebajamiento del nivel de conciencia después de hacerse las medidas de desintoxicación: solicitando sonda nasogástrica, introduciendo de medicamento Flumazenil 1 ampolla, 3 carbon activado, 500 ml de suero glucosado, sin señales y síntomas de alarma en el momento.

Diagnóstico sindrómico:

— Intoxicación exógena.

Hipótesis diagnóstica:

- Depresión;
- Insomnio.

PLANO TERAPEUTICO.

- Prescribo sintomáticos.
- Prescribo hidratación con Soro Glicofisiológico + alíquotas
- Solicito exámenes de admisión + RX del tórax y ECG.
- Solicito examen da COVID y notifico burocrático (paciente asintomático).
- Mantengo paciente en monitorización continua en las próximas horas.
- Vigilar el padrón neurológico, respiratorio y cardiaco.
- Reevaluar después de salir los resultados de exámenes.

¿El paciente era crítico?

Si, el paciente era crítico ya que comprometía uno de los 3 sistemas más importantes del cuerpo la cual es el neurológico.

¿Se abordó correctamente el caso del paciente?

A mi parecer se abordó correctamente ya que primeramente aplicaron el protocolo de ABCD (vías aéreas, respiración, circulación, neurológico) posteriormente revirtiendo la causa con absorbentes y desintoxicantes farmacológicos para benzodiazepínicos.

¿El flumazenil se puede utilizar para revertir el efecto de los benzodiazepínicos? por qué?

Si se puede utilizar, porque tiene una alta afinidad por el receptor complejo GABA/benzodiazepina, el sitio de unión específico de las benzodiazepinas. Este sitio es donde se produce la inhibición. El flumazenil actúa como antagonista de esa unión, o sea es un anti-GABA; este medicamento se administra solo por EV, es de corta duración, se metaboliza en el hígado, se excreción es 90-95 % renal e 5 a 10% por las heces; no tiene eficacia comprobada en el tratamiento de la hipoventilación inducida por benzodiazepínicos, por eso el soporte ventilatorio adecuado es esencial, en especial cuando hay una sobredosis aguda por benzodiazepínicos. Debemos saber que el brusco despertar después de la administración de

flumazenil puede estar asociado con disforia, agitación, y posiblemente un aumento de los efectos adversos. Si se administra a pacientes que han recibido una benzodiazepina crónicamente, la interrupción abrupta de la benzodiazepina por el flumazenil puede inducir el síndrome de abstinencia de benzodiazepinas incluyendo convulsiones. El flumazenil no revierte la acción de los barbitúricos, los agonistas opiáceos, antidepresivos tricíclicos.

¿Fue correcta la conducta tomada en el PS general?

Si fue correcta. El carbón activado es un absorbente universal, económico de gran importancia, muy útil en la mayoría de las intoxicaciones se administra al paciente vía oral entre 60 - 100 g, está indicada para intoxicaciones que se encuentran con menos de 2 hs de evolución, constituye un complemento, incluso una alternativa como maniobra para provocar vómitos, lavado y aspiración gástrica para cesar o disminuir la absorción del tóxico. Está contraindicado en ingesta de productos cáusticos, intoxicaciones leves, obstrucción, sospecha de perforación gastrointestinal. Uno de los efectos secundarios de esta sustancia es la regurgitación o vómito, por eso debemos colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con piernas semi flexionadas, luego es bueno colocar una sonda nasogástrica de grueso calibre, lubricada, comprobar su correcta localización, inyectando aire y verificando el sonido en el epigastrio. Aspirar todo el contenido gástrico antes de iniciar el lavado. Realizar el lavado con agua tibia ligeramente salinizada (suero glucosado + fisiológico); Movilizar la sonda si la cantidad de líquido que retorna es menor del que fue inyectado. Hacer masaje en la región epigástrica en cuanto se practica la maniobra de lavado gástrico. La cantidad de suero que debe ser usado en adultos es de 3-6 litros de Suero Fisiológico 0,9% fraccionado en dosis de 250 ml.

Conclusión: En todo mi estágio vi muchos casos de tentativa de suicidio, me quedé sorprendida por la alta cantidad de pacientes que ingresan al PS general por ese motivo y más porque la mayoría son adolescentes. Creo que a este problema se le debe dar más importancia ya que este tipo de acción genera un riesgo de vida para las personas que lo realizan. Foz de Iguazú ya debería de contar con un centro psiquiátrico exclusivo que sea referencia para las pacientes víctimas de intoxicación porque en el HMPGL, UPAs ellos ocupan muchos leitos llevando a la falta de lugar para otros pacientes que presentan otras situaciones clínicas.

CONCLUSIÓN.

Durante todo este periodo de prácticas, los profesores del curso y los preceptores del servicio fueron fundamental para el desenvolvimiento académico, técnico y profesional en las prácticas, en donde podamos conseguir alcanzar todos los objetivos propuestos de manera satisfactoria en todos los escenarios de actividad practica y complementar con el estudio y raciocinio clínico con el entrenamiento riguroso de anamnesis y examen físico que son pilares para el manejo adecuado de los pacientes en situaciones de urgencia y emergencia.

El gran porcentaje de lo aprendido y vivencias es debido a pro-actividades, demostrando interés en aprender en todos los escenarios, respeto por los profesionales de la red, comportamiento con responsabilidad y corregir los errores o la falta de conocimiento académico llevando a un mayor provecho de las prácticas.

El internado alcanzo las expectativas que el académico tenía por Urgencia y Emergencia en los diversos sectores de prácticas que fueron los mejores escenarios para la práctica.

Existen algunas fallas en la organización y estructura del servicio, por tanto hay necesidad del cumplimiento riguroso de las reglas, protocolos y de las teorías médicas.

De modo general como interna me siento satisfecha por todas las actividades que conseguí realizar durante ese periodo. Admitiendo que necesito crecer como profesional, estudiar mucho más para poder ser competente en el atendimento del paciente y conseguir la confianza plena en mi desempeño médico.

MIS EXPERIENCIAS FRENTE AL COVID-19.

Esta enfermedad trajo un impacto muy importante en mi vida tanto en lo personal como lo profesional.

En lo personal: Pasé por muchos momentos difíciles, estuve aislada de mi familia, por varios meses, no poder estar presente en acontecimientos importantes como nacimiento de sobrinos, cumpleaños, fallecimiento de un familiar, etc. Pero gracias a Dios se pudo superar estos momentos.

En lo profesional: Estoy muy orgullosa de estar al frente de una Pandemia el cual desató un caos a nivel mundial, esta enfermedad hasta hoy en día no posee un tratamiento específico y por ende no tiene cura.

Gane muchas experiencias como: ver más de cerca el fallecimiento de personas a causa de esta enfermedad, poder formar parte de la realización de procedimientos para poder salvarlas, agradecida eternamente con los médicos plantonistas que confiaron en mí, mediante ellos hice varios procedimientos, aprendí bien sobre las técnicas, amplíe mis conocimientos sobre el manejo de pacientes inestables los cuales necesitaban de una estabilización inmediata, increíblemente aun no me contagie con este virus siendo que día a día tengo contacto directo con pacientes COVID-19 positivo.

Cabe recalcar que los primeros meses no fueron fáciles, me costó adaptarme a un nuevo escenario de práctica, hubo muchos momentos de angustia, estrés, desespero, pero todo se pudo superar con paciencia y tiempo.

REFERENCIAS.

LEDESMA-HEYER, Juan Pablo; AMARAL, Jaime Arias. Pancreatitis aguda. **Med Int Mex**, México, v. 25, n. 4, p. 285-294, 4 set. 2009. Mensual. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2009/mim094f.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2020.

Medicina de Emergência: Revisão rápida / editores Herlon Martins... et. Al. – Barueri, SP: Monole – 2017.

NETO R. A. B. Trombose venosa profunda. *in*: MARTINS H. S, *et al.* (org.). **Medicina de emergência: Revisão rápida**. Barueri, SP: Manole, 2017. p. 1032 – 1041. Disponível em: <file:///C:/Users/mater/Downloads/Medicina%20de%20Emerge%CC%82ncia%20Revisa%CC%83o%20Ra%CC%81pida%20.PDF>. Acesso em: 20 nov. 2020.

Projeto Diretrizes SBACV. Trombose Venosa Profunda: Diagnóstico e Tratamento. **Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascul**. Disponível em: <https://sbacv.org.br/> Acesso em: 02 de abril de 2021.

Schwaner Jaime, et al. Pancreatitis aguda: Índice de Severidad en TC, Evaluación de complicaciones y hospitalización. **Revista Chilena de Radiología**. Chile – Concepción. Vol. 9 N° 4, pág.187-193, 2003.

SILVA, M. de F. N.; OLIVEIRA, G. N.; PERGOLA-MARCONATO, A. M.; MARCONATO, R. S.; BARGAS, E. B.; ARAUJO, I. E. M. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 218-225, 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.3172.2405. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/85055>. Acesso em: 6 de mayo 2021.