



"PROFESOR JUAN BOSCH"

**HOSPITAL TRAUMATOLOGICO Y QUIRURGICO DEL
CIBAO CENTRAL "PROF. JUAN BOSCH"**

**GERENCIA MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES**

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROTOCOLOS
DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL Y
ESPECIALIDADES**

**Agosto 2005
La Vega, R.D.**

INDICE

I. Créditos

II. Generales del Departamento

- a) Nombre
- b) Descripción del Departamento
- c) Oferta de Servicios

III. División Administrativa

- a) Cargos del Departamento
- b) Organigrama
- c) Requisitos para los Cargos (Perfil Técnico)
- d) Línea de Mando, Funciones y Responsabilidades de los Cargos

IV. Derechos y Beneficios del Personal del Servicio.

V. Disposiciones Generales.

VI. Protocolos de Actuación del Departamento

- 1- Obstrucción Intestinal
- 2- Trauma Torácico
- 3- Trauma de Cuello
- 4- Politraumatizado
- 5- Abdomen Agudo
- 6- Apendicitis Aguda
- 7- Diverticulitis de Meckel
- 8- Colecistitis Aguda o Crónica Agudizada
- 9- Colédoco litiasis
- 10- Ictericia Obstructiva
- 11- Colangitis Supurativa Aguda
- 12- Pancreatitis Aguda
- 13- Manejo del Paciente en SOC
- 14- Quemaduras

VII. Protocolos de Procedimientos del Departamento

1. Traqueotomía
2. Cricotirotomía (Cricotiroidotomía)
3. Tubo de Pecho
4. Toracotomía (Toracotomía Pósterolateral Estándar).
5. Laparotomía Exploratoria
6. Apendicetomía.
7. Diverticulectomía (De Meckel).
8. Colostomía.
9. Colectectomía.
10. Exploración del Colédoco
11. Billroth I
12. Billroth II
13. Vagotonía Troncal (Por Vía Abdominal).
14. Gastrostomías.
15. Cierre de Úlcera Gástrica o Duodenal Perforada Cierre de Graham.
16. Gastroyeyunostomía
17. Píloroplastia, Según Técnica de Heineke Mikulicz.
18. Yeyunostomía
19. Herniorrafía Inguinal
20. Herniorrafía Umbilical
21. Herniorrafía Incisional
22. Amputaciones
23. Biopsias. Punción aspiración con aguja fina

I. CREDITOS

Coordinación General:

Dr. José Peguero Calzada

Presidente Comité Pre-apertura

Dr. Ramón Alvarado

Director Regional de Salud

Gerente Médico y Servicios Complementarios:

Dr. Manuel Gil

Jefe Departamento:

Dr. Andrés Grullon

Consultor Principal:

Dr. Roberto Cerda Torres

Coordinación Técnica Consultoría:

Dra. Juliana Fajardo

Consultor para la Organización Área Clínica y Quirúrgica:

Dra. Violeta González Pantaleón

II. GENERALES DEL DEPARTAMENTO:

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES

b) Descripción del Departamento:

Es la unidad clínica y quirúrgica de la Dirección Médica y Servicios complementarios, del Hospital Traumatológico y Quirúrgico del Cibao Central “Prof. Juan Bosch”, encargada de brindar atención y manejo del paciente politraumatizado y con lesiones de órganos en cuello, tórax, abdomen y extremidades susceptibles de corrección quirúrgica.

c) Oferta de Servicios:

1. Emergencia: Atención especializada las 24 horas, politraumatizados y pacientes que ameriten intervención quirúrgica de emergencia.

Manejo multidisciplinario con las especialidades necesarias. Laparotomía Exploratoria, Heridas traumáticas: heridas de arma blanca, por arma de fuego, politraumatizado general, politraumatizado con quemadura, trauma mas herida de cuello, trauma herida de tórax (Hemoneumotorax, Hemopericardio, Tórax flácido, Múltiples facturas, Lesiones traqueo bronquiales). Trauma y heridas abdomen (Hemoperitoneo: lesión de hígado, bazo, riñones, vasculares, lesiones vísceras huecas). Heridas retroperitoneo. Heridas y traumas extremidades y lesiones vasculares. Traqueotomía. Abdomen Agudo, Obstrucción intestinal, Perforación intestinal, Apendicitis aguda, Diverticulitis, Sangrado intestinal bajo, Peritonitis. Cirugía pediátrica: Abdomen agudo, Obstrucción intestinal, Estenosis Pílorica, duodenal, Atresia, Megacolon, Invaginación, Mal rotación intestinal, Vólvulos, Apendicitis, Divertículo de Meckel, Politraumas generales y en cuello, tórax, abdomen y extremidades. Lesiones cardiopulmonares y en parrilla costal, Lesiones de abdomen, vísceras macizas, huecas.

2. Hospitalización: Valoración del paciente con múltiples traumas, identificación de posibles órganos lesionados, tratamientos dirigidos a corregir dichas lesiones, preparación preoperatorias, seguimiento postoperatorio.

3. Consulta Externa: Chequeo ambulatorio de politraumatizados, postoperados, atención de pacientes con patologías quirúrgicas, preparación preoperatorio, y seguimientos post operatorios.

4. Cirugías Electivas o Programadas: 12 horas de servicios para procedimientos electivos, aquellas patologías quirúrgicas que no ameritan de procedimientos de emergencia, manejo de complicaciones, cirugía en segunda y tercera etapa pacientes traumatizados, cirugías reconstructivas.

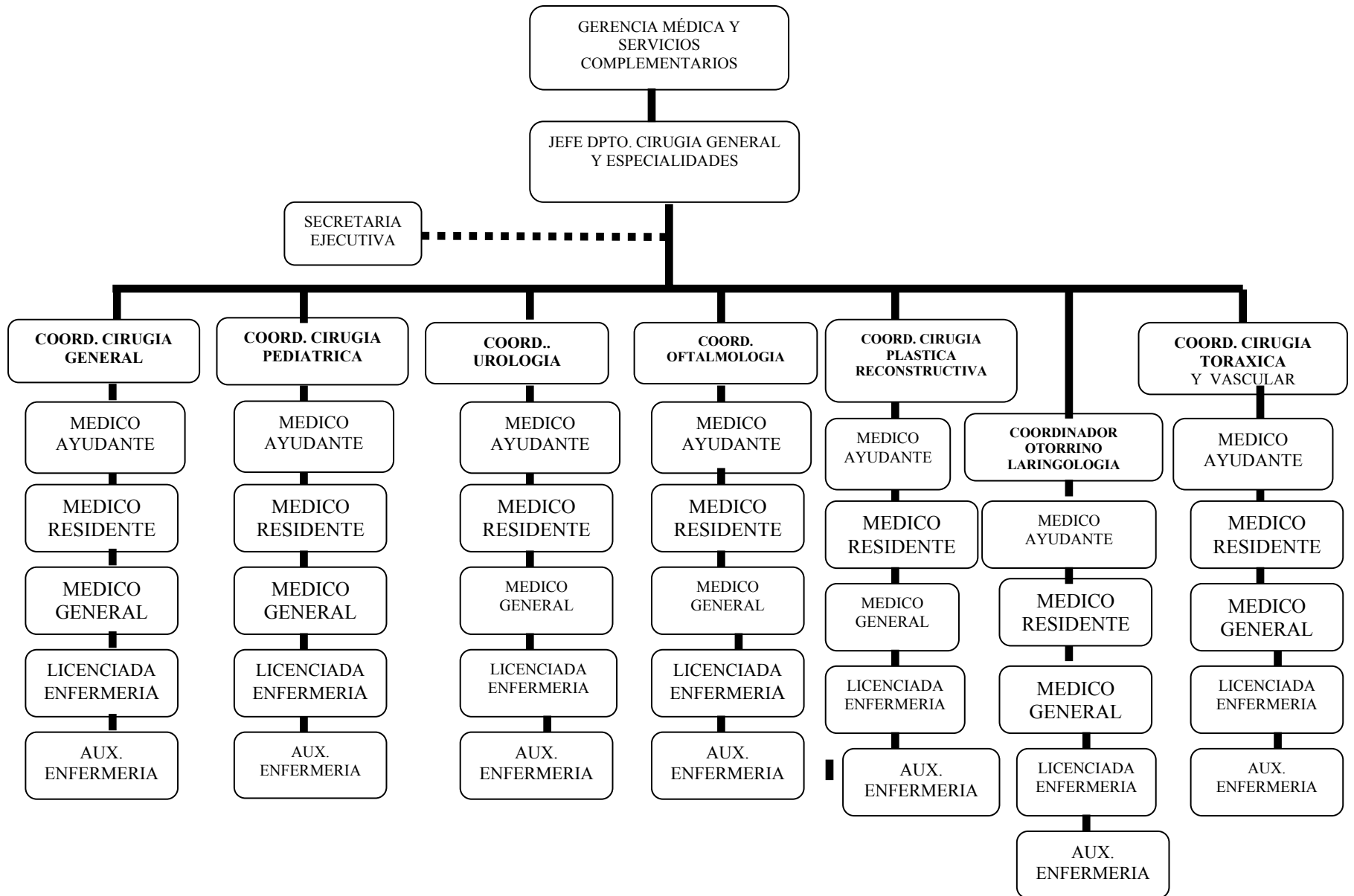
Laparotomía Exploratoria, Cirugías con Técnica Laparoscopia, Acalasia, Hernia hiatal, Tumores de esófago y gástrico, Colon, Hernias ventrales y epigástricas, Umbilicales, post operatorias, inguinales, Femorales, Petit, Bocio, Enfermedad tiroglosa, enfermedad braquial, Glándulas salivares (parótidas y sub maxilares), Paratiroides. Ulceras pépticas perforadas, Sangrado Gastrointestinal Alto, Varices esofágicas sangrantes, Ulcera duodenal sangrante, Colecistitis aguda, Colédoco litiasis, Accesos pancreáticos, Ictericia obstructiva, Tumoraciones y Quistes de piel, tegumento, ganglios (sistema linfático). Hemorroides, fisura anal, fisura perianal, prolapso, incontinencia. Eventraciones y Dehiscencias.

III. DIVISIÓN ADMINISTRATIVA:

a) CARGOS DEL DEPARTAMENTO

- **Jefe de Departamento**
- **Coordinadores de Especialidades Quirúrgicas (Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Urología, Cirugía Torácico y Vascular, Oftalmología, Otorrinolaringología, Plástica y Reconstructiva)**
- **Médicos Ayudantes Especialista**
- **Médicos Residentes**
- **Médicos Generales**
- **Lic. Enfermería**
- **Aux. de Enfermería**
- **Secretaria.**

b) ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO



c) REQUISITOS PARA LOS CARGOS DEL SERVICIO

JEFE DPTO. CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES:

- Poseer exequátur de ley.
- Médico Cirujano General egresado en una escuela reconocida y avalada por una universidad reconocida y certificada por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCYT)
- Miembro del Colegio Dominicano de Cirujanos
- Poseer por lo menos 5 años de práctica continua.
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos 3 años, más de 8 horas de duración.
- Asistido Al menos 1 vez cada año, en los últimos 3 años, a Congresos Nacionales o Internacionales.
- Poseer capacitación en gerencia de salud (no imprescindible, pero si es elegido en el cargo debe capacitarse en esta área)
- Haber publicado por lo menos 1 trabajo científico, ligado a su especialidad, en los últimos 2 años.
- Capacidad de organización y trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Vocación de liderazgo
- Demostrar competencia para el cargo.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución
- De preferencia haber realizado cursos de post grado en la especialidad.

COORDINADORES DE SERVICIOS DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS.

- Poseer exequátur de ley.
- Médico Cirujano General egresado en una escuela reconocida y avalada por una universidad reconocida y certificada por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCYT).
- Especialidad en el Área específica de coordinación (Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Urología, Cirugía Torácica y Vascular)
- Miembro del Colegio Dominicano de Cirujanos
- Poseer por lo menos 5 años de práctica continua.
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos 3 años, más de 8 horas de duración.
- Asistido al menos 1 vez cada año, en los últimos 3 años, a Congresos Nacionales o Internacionales.
- Poseer capacitación en gerencia de salud (no imprescindible, pero si es elegido en el cargo debe capacitarse en esta área)
- Haber publicado por lo menos 1 trabajo científico, ligado a su especialidad, en los últimos 2 años.
- Capacidad de organización y trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Vocación de liderazgo
- Demostrar competencia para el cargo.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución
- De preferencia haber realizado cursos de post grado en la especialidad.

MEDICO AYUDANTE ESPECIALISTA DEL DPTO. CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES:

- Poseer exequátur de ley.
- Médico Cirujano General egresado en una escuela reconocida y avalada por una universidad reconocida y certificada por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCYT)
- Miembro del Colegio Dominicano de Cirujanos
- Poseer por lo menos 3 años de práctica continua.
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos 3 años, más de 8 horas de duración.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.

MÉDICOS RESIDENTES DEL DPTO. DE CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES O ROTANTES:

- Poseer Exequátur de ley.
- Médico general graduado en una universidad reconocida y certificada por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCYT)
- Edad promedio 25 a 35 años
- Admitido en una Residencia Médica avalada por una universidad certificada SEESCYT.
- Ser parte de un programa de residencia de una institución que tenga convenio con el Hospital.
- Al menos tres cursos de actualización en medicina, de más de 8 horas de duración en el área.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Dominio del computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Disposición a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo

MEDICOS GENERALES DEL DPTO. DE CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES:

- Medico General graduado en una universidad reconocida por el SEESCYT.
- Poseer exequátur de ley.
- Edad promedio 25 A 40 años
- Poseer por lo menos 1 año de práctica continua. (Ideal en el área quirúrgica)
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos 3 años, más de 8 horas de duración.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.

LIC. ENFERMERIA DEL DPTO. DE CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES:

- Lic. Enfermería graduada (o) en una universidad reconocida por el SEESCYT.
- Poseer exequátur de ley.
- Edad promedio 20 a 40 años
- Poseer por lo menos 3 años de práctica continua. (Ideal en el área quirúrgica)
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos 3 años, más de 8 horas de duración.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.

AUX. ENFERMERIA DEL DPTO. DE CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES:

- Aux. Enfermería graduada (o) en una universidad o Instituto reconocido por el SEESCYT.
- Poseer por lo menos 3 años de práctica continua. (Ideal en el área quirúrgica)
- Edad promedio 20 a 40 años
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos 3 años, más de 8 horas de duración.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.

SECRETARIA DEL DPTO. DE CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES:

- Graduada (o) en una universidad o Instituto reconocido.
- Poseer por lo menos 2 años de práctica continua.
- Edad promedio 18 a 40 años.
- Excelente Redacción y Ortografía.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.
- Excelente redacción y ortografía.

d) LÍNEA DE MANDO, FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS CARGOS

JEFE DEL DPTO. DE CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES

Superior Inmediato: Gerente Medico y Servicios Complementarios.

Cargos Bajo su Mando: Coordinador de Servicios, Encargado Unidad, Médicos Especialista, Lic. Enfermería, Médicos Residentes, Médicos Generales, Aux. Enfermería, Secretaria.

a) Labores Generales:

- ✘ Es el responsable del buen funcionamiento del servicio.
- ✘ Garantizar que el personal cumpla a cabalidad con el horario de trabajo establecido y tareas asignadas, estableciendo la debida jerarquía. Brindando un trato humanizado y respetuoso a su personal.
- ✘ Organización del Departamento.
- ✘ Organizar la entrega de guardia de su servicio.
- ✘ Ante cualquier eventualidad en el servicio debe estar presto a acudir al llamado, para buscar la solución al problema presentado.
- ✘ Distribuir el personal de salud de acuerdo a los servicios y áreas que posea el centro.
- ✘ Cumplir y Garantizar el cumplimiento de los protocolos de atención y reglamentos del servicio.
- ✘ Cumplir y garantizar que los usuarios tratados reciban las informaciones necesarias sobre su padecimiento.
- ✘ Supervisar la calidad, actitud y responsabilidad del trabajo de las personas bajo su dependencia.
- ✘ Velar por la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio.
- ✘ Poseer en archivo expediente de cada personal del servicio, donde se incorporaran las distinciones, capacitaciones y entrenamientos, las sanciones y currículum vitae de estos.
- ✘ Garantizar que los usuarios en estado grave sean tratados por un equipo multidisciplinario.
- ✘ Garantizar el trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio.
- ✘ Llevar estadísticas de las horas docentes de cada medico del Dpto. (Entregas de guardias, presentación y discusión de casos, docencia per se)

b) Labores Especificas:

Actividades Diarias:

- ✘ Acudir diariamente al servicio por lo menos 6 horas continuas.
- ✘ Acudir a las entregas de guardias.
- ✘ Supervisar la calidad, actitud y responsabilidad del trabajo de las personas bajo su dependencia.
- ✘ Supervisar el cumplimiento y aplicación de los protocolos y disposiciones generales del servicio.

- ✘ Supervisar el buen llenado de los registros del servicio (Historia clínicas, formularios, sistemas informáticos, expedientes clínicos, otros).
- ✘ Supervisar que su personal cumpla con el horario establecido.
- ✘ Supervisa la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio.
- ✘ Garantizar que el personal posea los instrumentos e insumos necesarios para realizar su trabajo.
- ✘ Todas las tomas de decisiones que realizara en el servicio, serán en base al análisis de las informaciones producida en este.

Actividades Periódicas:

- ✘ Elaborar en consenso y participación de todo el personal de su equipo, los protocolos del servicio.
- ✘ Recomendar premios, incentivos, reconocimientos, ascensos y sanciones para su personal.
- ✘ Presentar a cada miembro de su personal cuales son sus funciones dentro del servicio.
- ✘ Pase de visita con su personal
- ✘ Preparar el presupuesto de sus servicios de acuerdo al tiempo establecido por el área administrativa y velar por la buena ejecución presupuestaria.
- ✘ Elaborar plan de capacitación y entrenamiento del personal del servicio.
- ✘ Lograr que en el servicio se realicen por lo menos 2 investigaciones anuales.
- ✘ Evaluar cada semestre el desempeño del personal del servicio, para programa de incentivo, promoción, reconocimiento.
- ✘ Preparar informe mensual de las actividades realizadas en su servicio y enviarlas al Director General, Dir. Medico, Unidad Técnica del Centro y Estadísticas.
- ✘ Realizar presentación semestral al Consejo Asesor y Dirección general del centro.
- ✘ Impartir docencia.
- ✘ Revisar y actualizar el programa docente, tomando como base la Medicina Basada en Evidencia.
- ✘ Vigilar el fiel cumplimiento del programa académico de residencia o internado (contenidos teóricos, horas practicas y total de procedimientos).
- ✘ Formular y evaluar anualmente el plan operativo y estratégico de la unidad y garantizar la ejecución del plan operativo de manera eficiente.
- ✘ Coordinar la revisión y actualización de los protocolos del servicio por lo menos dos veces al año.
- ✘ Elaborar listados de las guardias, rotación de áreas y vacaciones.
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del Dpto. y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Simposium, Jornada de Actualización, otros)

Actividades Eventuales:

- ✘ Mediar en situaciones de conflicto presentadas en el personal.
- ✘ Solucionar cualquier inconveniente o dificultad presentado en el departamento.
- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior.

COORDINADORES DE SERVICIOS DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS.

Superior Inmediato: Jefe Departamento Cirugía General y Especialidades.

Cargos Bajo su Mando: Médicos Especialista, Médicos Residentes, Médicos Generales, Lic. Enfermería, Aux. Enfermería, Secretaria.

a) Labores Generales:

- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio.
- ✘ Cumplir y garantizar la aplicación de los protocolos y reglamentos establecidos por el servicio. Si el protocolo no es cumplido, agregar nota en el expediente del usuario que justifique el no cumplimiento del protocolo.
- ✘ Es responsable de los usuarios de su área, hacer los diagnósticos definitivos, instaurar manejos, realizar procedimientos, consultas, dar de alta, pedir Inter consulta, referir usuarios, tratar las emergencias, autorizar la hospitalización, indicar los laboratorios clínicos y pruebas o procedimientos diagnósticos de apoyo, mantener el área organizada y limpia, informar de cualquier eventualidad al jefe de servicio.
- ✘ Cumplir y garantizar que los usuarios tratados reciban las informaciones necesarias sobre su padecimiento (Nombre de la enfermedad o procedimiento, posible causa que causaron el padecimiento, tratamiento o procedimiento a realizar o realizado, las complicaciones que pueden producirse del tratamiento o procedimiento que se realizara, próxima cita, medidas preventivas, entre otras)
- ✘ Controlar y supervisar la calidad de la atención brindada al usuario por el personal de salud del hospital.
- ✘ Orientar y supervisar la labor del medico especialista y del residente.
- ✘ Es el responsable del buen funcionamiento del servicio.
- ✘ Garantizar que el personal cumpla a cabalidad con el horario de trabajo establecido y tareas asignadas, estableciendo la debida jerarquía. Brindando un trato humanizado y respetuoso a su personal.
- ✘ Organización del Servicio.
- ✘ Organizar la entrega de guardia de su servicio.
- ✘ Ante cualquier eventualidad en el servicio debe estar presto a acudir al llamado, para buscar la solución al problema presentado.
- ✘ Distribuir el personal de salud de acuerdo a los servicios y áreas que posea el centro.
- ✘ Cumplir y Garantizar el cumplimiento de los protocolos de atención y reglamentos del servicio.
- ✘ Cumplir y garantizar que los usuarios tratados reciban las informaciones necesarias sobre su padecimiento.
- ✘ Supervisar la calidad, actitud y responsabilidad del trabajo de las personas bajo su dependencia.
- ✘ Velar por la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio.

- ✘ Poseer en archivo expediente de cada personal del servicio, donde se incorporaran las distinciones, capacitaciones y entrenamientos, las sanciones y currículum vitae de estos.
- ✘ Garantizar que los usuarios en estado grave sean tratados por un equipo multidisciplinario.
- ✘ Garantizar el trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio.
- ✘ Llevar estadísticas de las horas docentes de cada medico del Dpto. (Entregas de guardias, presentación y discusión de casos, docencia per se)

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Acudir diariamente al servicio por lo menos 6 horas continuas.
- ✘ Acudir a las entregas de guardias.
- ✘ Supervisar la calidad, actitud y responsabilidad del trabajo de las personas bajo su dependencia.
- ✘ Supervisar el cumplimiento y aplicación de los protocolos y disposiciones generales del servicio.
- ✘ Supervisar el buen llenado de los registros del servicio (Historia clínicas, formularios, sistemas informáticos, expedientes clínicos, otros).
- ✘ Supervisar que su personal cumpla con el horario establecido.
- ✘ Supervisa la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio.
- ✘ Garantizar que el personal posea los instrumentos e insumos necesarios para realizar su trabajo.
- ✘ Todas las tomas de decisiones que realizara en el servicio, serán en base al análisis de las informaciones producida en este.

Actividades Periódicas:

- ✘ Garantizar la realización de la Historia Clínica en todos los casos hospitalizados dentro de las primeras 24 horas; si no es posible, escribir nota que lo justifique.
- ✘ Poseer el diagnostico del usuario en las primeras 4 horas de ingresado en el centro; si no es posible, escribir nota que lo justifique.
- ✘ Pasar visita diariamente a todos los usuarios a su cuidado, tomando las medidas (diagnosticas y terapéuticas), indicando por escrito las que se derivan del proceso evolutivo de cada usuario.
- ✘ Garantizar la calidad del llenado de los registros (duros y formato electrónico) del servicio y la institución (Historia Clínica Descripción de cirugías, libros de registros de cirugías, consultas, mortalidad; Hoja de egreso, Biopsia, Laboratorio clínico, Ínter consultas, consentimiento de realización de procedimiento, certificado de defunción, Referencia, Contrarreferencia, entre otros).
- ✘ Dar de alta a los usuarios por orden escrita tomando en cuenta lo establecido en el protocolo de atención, asegurándose que la historia clínica este completa, que se ha realizado el resumen diagnostico llenando la hoja correspondiente para tal propósito, lo cual certificara con su nombre en extenso y firma.
- ✘ Elaborar en consenso y participación de todo el personal de su equipo, los protocolos del servicio.

- ✘ Recomendar premios, incentivos, reconocimientos, ascensos y sanciones para su personal.
- ✘ Participar en todas las actividades programadas del servicio y de la institución (científicas, técnicas, administrativas, ser docente, participar en comités de calidad, control de infecciones, bioética; educación continua, formulación-revisión de protocolos).
- ✘ Reportes de las actividades diarias y mensuales al jefe del Departamento (hoja de consulta y procedimientos).
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del Dpto. y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Simposium, Jornada de Actualización, otros).
- ✘ Evaluar y calificar el desempeño de los residentes en el área.
- ✘ Participar en la elaboración de las pruebas escritas y orales a los residentes
- ✘ Presentar a cada miembro de su personal cuales son sus funciones dentro del servicio.
- ✘ Pase de visita con su personal.
- ✘ Preparar el presupuesto de sus servicios de acuerdo al tiempo establecido por el área administrativa y velar por la buena ejecución presupuestaria.
- ✘ Elaborar plan de capacitación y entrenamiento del personal del servicio.
- ✘ Lograr que en el servicio se realicen por lo menos 2 investigaciones anuales.
- ✘ Evaluar cada semestre el desempeño del personal del servicio, para programa de incentivo, promoción, reconocimiento.
- ✘ Preparar informe mensual de las actividades realizadas en su servicio y enviarlas al Director General, Dir. Medico, Unidad Técnica del Centro y Estadísticas.
- ✘ Realizar presentación semestral al Consejo Asesor y Dirección general del centro.
- ✘ Impartir docencia.
- ✘ Revisar y actualizar el programa docente, tomando como base la Medicina Basada en Evidencia.
- ✘ Vigilar el fiel cumplimiento del programa académico de residencia o internado (contenidos teóricos, horas prácticas y total de procedimientos).
- ✘ Formular y evaluar anualmente el plan operativo y estratégico de la unidad y garantizar la ejecución del plan operativo de manera eficiente.
- ✘ Coordinar la revisión y actualización de los protocolos del servicio por lo menos dos veces al año.
- ✘ Elaborar listados de las guardias, rotación de áreas y vacaciones.
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del Dpto. y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Simposium, Jornada de Actualización, otros)

Actividades Eventuales:

- ✘ Mediar en situaciones de conflicto presentadas en el personal.
- ✘ Solucionar cualquier inconveniente o dificultad presentado en el departamento.
- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior.

MEDICO AYUDANTE ESPECIALISTA DPTO. CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES.

Superior Inmediato: Jefe Dpto. Cirugía General y Especialidades y/o Encargado del Servicio.

Cargo (s) Bajo su Mando: Medico Residente, Medico General, Lic. Enfermería y Aux. Enfermería

a) Labores Genéales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en su centro laboral.
- ✘ Cumplir con las funciones establecidas de su cargo.
- ✘ Cumplir con las guardias presénciales, en el periodo establecido por el servicio.
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio.
- ✘ Cumplir y garantizar la aplicación de los protocolos y reglamentos establecidos por el servicio. Si el protocolo no es cumplido, agregar nota en el expediente del usuario que justifique el no cumplimiento del protocolo.
- ✘ Es responsable de los usuarios de su área, hacer los diagnósticos definitivos, instaurar manejos, realizar procedimientos, consultas, dar de alta, pedir Inter consulta, referir usuarios, tratar las emergencias, autorizar la hospitalización, indicar los laboratorios clínicos y pruebas o procedimientos diagnósticos de apoyo, mantener el área organizada y limpia, informar de cualquier eventualidad al jefe de servicio.
- ✘ Cumplir y garantizar que los usuarios tratados reciban las informaciones necesarias sobre su padecimiento (Nombre de la enfermedad o procedimiento, posible causa que causaron el padecimiento, tratamiento o procedimiento a realizar o realizado, las complicaciones que pueden producirse del tratamiento o procedimiento que se realizara, próxima cita, medidas preventivas, entre otras)
- ✘ Controlar y supervisar la calidad de la atención brindada al usuario por el personal de salud del hospital.
- ✘ Orientar y supervisar la labor del medico especialista y del residente.

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Garantizar la organización del área de trabajo.
- ✘ Garantizar la realización de la Historia Clínica en todos los casos hospitalizados dentro de las primeras 24 horas; si no es posible, escribir nota que lo justifique.
- ✘ Poseer el diagnostico del usuario en las primeras 4 horas de ingresado en el centro; si no es posible, escribir nota que lo justifique.
- ✘ Pasar visita diariamente a todos los usuarios a su cuidado, tomando las medidas (diagnosticas y terapéuticas), indicando por escrito las que se derivan del proceso evolutivo de cada usuario.
- ✘ Garantizar la calidad del llenado de los registros (duros y formato electrónico) del servicio y la institución (Historia Clínica Descripción de cirugías, libros de registros de cirugías, consultas, mortalidad; Hoja de egreso, Biopsia, Laboratorio

- clínico, Ínter consultas, consentimiento de realización de procedimiento, certificado de defunción, Referencia, Contrarreferencia, entre otros).
- ✘ Dar de alta a los usuarios por orden escrita tomando en cuenta lo establecido en el protocolo de atención, asegurándose que la historia clínica este completa, que se ha realizado el resumen diagnóstico llenando la hoja correspondiente para tal propósito, lo cual certificara con su nombre en extenso y firma.
 - ✘ Entrega de los usuarios a su cargo al personal que le sustituye en la guardia y las tareas que se deben realizar durante la guardia. Nunca debe entregar trabajos atrasados que sea de su responsabilidad; si ocurriese, debe tener una buena justificación.
 - ✘ Realizar y garantizar la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio.
 - ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe del servicio y sus compañeros.
 - ✘ Garantizar y exigir el cumplimiento del trabajo del personal bajo su cargo, demandando disciplina y responsabilidad en la ejecución de las tareas asignadas. Brindando un trato humanizado y de respeto.
 - ✘ Participar en las entregas de guardias.

Actividades Periódicas:

- ✘ Participar en todas las actividades programadas del servicio y de la institución (científicas, técnicas, administrativas, ser docente, participar en comités de calidad, control de infecciones, bioética; educación continua, formulación-revisión de protocolos).
- ✘ Reportes de las actividades diarias y mensuales al jefe del servicio (hoja de consulta y procedimientos).
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del Dpto. y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Simposium, Jornada de Actualización, otros).
- ✘ Evaluar y calificar el desempeño de los residentes en el área.
- ✘ Participar en la elaboración de las pruebas escritas y orales a los residentes

Actividades Eventuales:

- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible, no afectando sus responsabilidades.
- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior.

MEDICO RESIDENTE DEL DPTO. CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES O EN ROTACION

Superior Inmediato: Medico Ayudante Especialista

Cargo (s) Bajo su Mando: Medico Residente de Menor Jerarquía, Medico General, Lic. Enfermería, Aux. Enfermería.

a) Labores Genéales:

- ✘ Cumplir puntualmente con el horario establecido por el programa.
- ✘ Cumplir con las funciones establecidas de su rango de residente.
- ✘ Cumplir con las guardias establecidas de acuerdo a su programa de Postgrado.
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios.
- ✘ Mantener estrechos vínculos de amistad, compañerismo y solidaridad profesional con todo el personal.
- ✘ Cumplir la aplicación de los procesos, protocolos y reglamentos establecidos; en caso de no cumplirlos, justificarlo por escrito en el expediente del usuario.
- ✘ Garantizar y controlar la calidad de atención a los usuarios brindada por el personal de salud del hospital
- ✘ Garantizar y exigir el cumplimiento del personal bajo su dependencia, demandando disciplina y responsabilidad, mediante un trato humanizado y de respeto.
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe y sus compañeros.

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Garantizar la organización del área de trabajo.
- ✘ Garantizar que a los usuarios se les realicen los diagnósticos definitivos, manejo inicial de su padecimiento, los procedimientos requeridos, gestionar las ínter consultas sugeridas tratar las emergencias, indicar los laboratorios clínicos y pruebas o procedimientos diagnósticos de apoyo, mantenimiento de que el área esté organizada y limpia, informar de eventualidades a su superior.
- ✘ Cumplir que los usuarios reciban las informaciones necesarias sobre su padecimiento,
- ✘ Cumplir con la realización de la historia clínica en todos los hospitalizados dentro de las primeras 6 horas de su admisión.
- ✘ Mantener organizado el expediente clínico único de los usuarios.
- ✘ Visita diaria a todos los usuarios y documentarlo en el expediente de acuerdo a los Protocolo llenado de Expediente Clínico.
- ✘ Colaborar en la realización con calidad y de forma oportuna el llenado de los registros (duros y formato electrónico) del servicio y la institución: libro de ingreso-egreso, formulario de ingreso-egreso, historia clínica, notas de evolución, solicitud de laboratorio, resumen final para seguimiento en la consulta u otro servicio, tarjeta de alta, libro de procedimiento, formulario de reporte de enfermedades de notificación obligatoria, acta de defunción, ínter consultas,

- traslado dentro y fuera del hospital, alta a petición, consentimiento informado, entre otros.
- ✘ Entrega clara y precisa de los usuarios a su cargo al personal que le sustituye en la guardia, así como, las tareas a realizarse durante esta última. Nunca debe sobrecargar al personal de guardia con sus propias responsabilidades; en caso contrario justificarlo.
 - ✘ Realizar y garantizar la correcta utilización y mantenimiento de los equipos y materiales del hospital.

Actividades Periódicas:

- ✘ Participar puntualmente en todas las actividades académicas programadas y del Dpto.: científicas, técnicas, administrativas y docentes.
- ✘ Preparar informe de actividades realizadas.

Actividades Eventuales:

- ✘ Cumplir otras funciones asignadas por el nivel jerárquico superior.
- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible, no afectando sus responsabilidades.

MEDICOS GENERALES DEL DPTO. CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES

Superior Inmediato: Medico Ayudante Especialista

Cargo (s) Bajo su Mando: Lic. Enfermería, Aux. Enfermería

a) Labores Genéales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en su centro laboral.
- ✘ Cumplir con las funciones establecidas de su cargo.
- ✘ Cumplir con las guardias presénciales, en el periodo establecido por el servicio.
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio.
- ✘ Cumplir y garantizar la aplicación de los protocolos y reglamentos establecidos por el servicio. Si el protocolo no es cumplido, agregar nota en el expediente del usuario que justifique el no cumplimiento del protocolo.
- ✘ Cumplir y garantizar que los usuarios tratados reciban las informaciones necesarias sobre su padecimiento (Nombre de la enfermedad o procedimiento, posible causa que causaron el padecimiento, tratamiento o procedimiento a realizar o realizado, las complicaciones que pueden producirse del tratamiento o procedimiento que se realizara, próxima cita, medidas preventivas, entre otras).
- ✘ Cumplir con las ordenes del expediente clínico de los usuarios, establecidas por el Medico ayudante.

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Mantener actualizado y organizado el expediente clínico.
- ✘ Realizar las gestiones necesarias para el buen manejo y trato del usuario (entrega de biopsia y muestras biológicas; búsqueda de resultados de laboratorio clínico, pruebas diagnosticas, inter consultas, traslado del usuario, entre otros)
- ✘ Realizar la Historia Clínica en todos los casos hospitalizados dentro de las primeras 24 horas; si no es posible, escribir nota que lo justifique.
- ✘ Pasar visita diariamente junto al medico ayudante a todos los usuarios a su cuidado, indicando por escrito las que se derivan del proceso evolutivo de cada usuario.
- ✘ Asistir a los médicos ayudantes en la realización de los procedimientos (Cirugías, reducciones y enyesados).
- ✘ Mantener la organización del área de trabajo.
- ✘ Realizar llenado con calidad de los registros (duros y formato electrónico) del servicio y la institución (Historia clínica, descripción de cirugías, cirugías, consultas, mortalidad, biopsia, laboratorio clínico, inter consulta, consentimiento de realización de procedimiento, certificado de defunción, Referencia, Contrarreferencia, entre otros).
- ✘ Garantizar y exigir el cumplimiento del trabajo del personal subordinado, demandando disciplina y responsabilidad en la ejecución de las tareas asignadas, brindando un trato humanizado y de respeto.

- ✘ Realizar y garantizar la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio.
- ✘ Entrega de los usuarios a su cargo al personal que le sustituye en la guardia y las tareas que se deben realizar durante la guardia. Nunca debe entregar trabajos atrasados que sea de su responsabilidad si ocurriese debe tener una buena justificación.
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe del servicio, Med. ayudantes y sus compañeros.
- ✘ Participar en las entregas de guardias.

Actividades Periódicas:

- ✘ Participar en todas las actividades programadas del servicio y de la institución (científica, técnica, administrativa, Participar en comités de calidad, control de infecciones, bioética; entrega de guardias, formulación-revisión de protocolos).
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del Dpto. y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Simposium, Jornada de Actualización, otros)

Actividades Eventuales:

- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible, no afectando sus responsabilidades.
- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior.

LIC. ENFERMERIA DEL DPTO. CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES

Superior Inmediato: Medico Especialista, Medico Residente y General

Cargo (s) Bajo su Mando: Aux. Enfermería y Aux. de Avanzada

a) Labores Genéales:

a) Labores Genéales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en su centro laboral.
- ✘ Cumplir con las funciones establecidas de su cargo.
- ✘ Cumplir con las guardias presénciales, en el periodo establecido por el servicio.
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio.
- ✘ Garantizar la privacidad al usuario cuando se realiza cualquier procedimiento.
- ✘ Cumplir y garantizar la aplicación de los protocolos y reglamentos establecidos por el servicio. Si el protocolo no es cumplido, agregar nota en el expediente del usuario que justifique el no cumplimiento del protocolo.
- ✘ Realizar las gestiones necesarias para el buen manejo y trato del usuario (traslado del usuario, entre otros)
- ✘ Realizar llenado con calidad de los registros (duros y formato electrónico) del servicio y la institución.
- ✘ Garantizar y exigir el cumplimiento del trabajo del personal bajo su cargo, demandando disciplina y responsabilidad en la ejecución de las tareas asignadas, brindando un trato humanizado y de respeto.
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe del servicio, médicos ayudantes y sus compañeras.

b) Labores Especificas:

Actividades Diarias:

- ✘ Será responsable de elaborar Kardex, registro de enfermería en el expediente clínico, orientación al usuario y/o familiares, cateterismo vesical; cuidado de sonda permanente, evitar fuga del usuario en hospitalización, realizar o vigilar que se realice, limpieza de la unidad del usuario, arreglo de cama desocupada, arreglo de cama ocupada, admisión del usuario, realizar higiene personal del usuario, preparación y manejo de paquete estéril, toma de signos vitales, pesar y medir al usuario, aplicación de calor y frío, elaboración y entrega a nutrición del listado las dietas alimentación ordenadas por el medico, alimentar al usuario con limitación, cuidado de las heridas, colocación de pato, enemas, medir diuresis, administración de medicamentos, recolección de muestras, movilización del usuario, preparar el usuario para realizar examen físico, realizar inventario de los inmuebles de sala cuando el usuario esta de alta, verificar la de alta del usuario, realizar cuidado post-mortem, entre otras actividades.
- ✘ Cumplir con las ordenes del expediente clínico de los usuarios, establecidas por el Medico ayudante.
- ✘ Mantener actualizado y organizado el expediente clínico.

- ✘ Pasar visita diariamente junto al medico ayudante y medico general a todos los usuarios a su cuidado, indicando por escrito las que se derivan del proceso evolutivo de cada usuario.
- ✘ Asistir a los médicos ayudantes y medico general en la realización de los procedimientos (procedimientos, cirugías, entre otros).
- ✘ Mantener la organización del área de trabajo.
- ✘ Entrega de los usuarios a su cargo al personal que le sustituye en la guardia y las tareas que se deben realizar durante la guardia. Nunca debe entregar trabajos atrasados que sea de su responsabilidad, si ocurriese debe tener una buena justificación.
- ✘ Realizar y garantizar la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio.
- ✘ Disponer el equipo completo y el área cuando se va a realizar un procedimiento, limpieza y cuidado del equipo después de usarlo.

Actividades Periódicas:

- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del Dpto. y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Simposium, Jornada de Actualización, otros)
- ✘ Participar en todas las actividades programadas del servicio y de la institución (científica, técnica, administrativa, Participar en comités de calidad, control de infecciones, bioética; formulación-revisión de protocolos).

Actividades Eventuales:

- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible, no afectando sus responsabilidades.
- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior.

AUX. ENFERMERIA DEL DPTO. CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES

Superior Inmediato: Lic. Enfermería

Cargo (s) Bajo su Mando: Aux. Limpieza

a) Labores Genéales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en su centro laboral.
- ✘ Cumplir con las funciones establecidas de su cargo.
- ✘ Cumplir con las guardias presénciales, en el periodo establecido por el servicio.
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio.
- ✘ Garantizar la privacidad al usuario cuando se realiza cualquier procedimiento.
- ✘ Cumplir y garantizar la aplicación de los protocolos y reglamentos establecidos por el servicio; si el protocolo no es cumplido, agregar nota en el expediente del usuario que justifique el no cumplimiento del protocolo.
- ✘ Realizar las gestiones necesarias para el buen manejo y trato del usuario (traslado del usuario, entre otros)
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe del servicio, médicos ayudantes y sus compañeras.
- ✘ Realizar llenado con calidad de los registros (duros y formato electrónico) del servicio y la institución.

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Realizar el registro de enfermería en el expediente clínico, limpieza de la unidad del usuario, arreglo de cama desocupada, arreglo de cama ocupada, admisión del usuario, realizar higiene personal del usuario, preparación y manejo de paquete estéril, toma de signos vitales, pesar y medir al usuario, aplicación de calor y frío, alimentar al usuario con limitación, colocación de pato, enemas, cateterismo vesical; cuidado de sonda permanente, medir diuresis, administración de medicamentos, recolección de muestras, movilización del usuario, preparar el usuario para realizar examen físico, evitar fuga del usuario en hospitalización, verificar la de alta del usuario, realizar cuidado post-mortem, garantizar que los expedientes clínicos estén presente cuando el medico los va a necesitar (consulta, paso de visita, cirugía, colocación de ordenes), entre otras actividades.
- ✘ Cumplir con las ordenes del expediente clínico de los usuarios, establecidas por el medico tratante.
- ✘ Mantener actualizado y organizado el expediente clínico.
- ✘ Pasar visita diariamente junto al medico ayudante y medico general a todos los usuarios a su cuidado, indicando por escrito las que se derivan del proceso evolutivo de cada usuario.
- ✘ Asistir a los médicos ayudantes, medico general, Lic. Enfermería en la realización de los procedimientos (Fijación o inmovilización, Reducciones y enyesado cirugías, entre otros).
- ✘ Mantener la organización del área de trabajo.

- ✘ Entrega de los usuarios a su cargo al personal que le sustituye en la guardia y las tareas que se deben realizar durante la guardia. Nunca debe entregar trabajos atrasados que sea de su responsabilidad, si ocurriese debe tener una buena justificación.
- ✘ Realizar y garantizar la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio. Disposición del equipo completo cuando se va a realizar un procedimiento, limpieza y cuidado del equipo después de usarlo.

Actividades Periódicas:

- ✘ Participar en todas las actividades programadas del servicio y de la institución (científica, técnica, administrativa, Participar en comités de calidad, control de infecciones, bioética; formulación-revisión de protocolos).
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del Dpto. y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Symposium, Jornada de Actualización, otros)

Actividades Eventuales:

- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible, no afectando sus responsabilidades.
- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior.

SECRETARIA DEL DPTO. CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES

Superior Inmediato: Jefe Dpto. Cirugía General y Especialidades

Cargo (s) Bajo su Mando: Ninguno

a) Labores Genéales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en su centro laboral.
- ✘ Cumplir con las funciones establecidas de su cargo.
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio.
- ✘ Llevar la agenda del jefe del servicio,
- ✘ Mantener actualizado y organizado el archivo del servicio.
- ✘ Brindar información sobre el personal y el servicio.
- ✘ Transmitir las informaciones que sean delegadas por el jefe del servicio al resto del personal.

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Mantener organizada y limpia la oficina del jefe del servicio y su área de trabajo.
- ✘ Realizar la redacción y digitar los documentos propios del servicio.
- ✘ Llevar registro de comunicaciones enviadas y recibidas.
- ✘ Tomar las llamadas, las notas e informar a la persona correspondiente.
- ✘ Llevar el libro de citas de consultas y procedimientos.
- ✘ Coordinar con el servicio social para avisar de manera telefónica sobre citas próximas o vencidas a los usuarios.
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe del servicio, Med. ayudantes y sus compañeras.

Actividades Periódicas:

- ✘ Publicar el listado de guardia, rotación, vacaciones y otras actividades.
- ✘ Participar en todas las actividades programadas del Dpto. y de la institución (administrativa).
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del la Creencia de Recursos Humanos y en actividades científicas externas (Talleres, Seminarios, Congresos, Simposium, Jornada de Actualización, otros)

Actividades Eventuales:

- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior.
- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible, no afectando sus responsabilidades.

IV. DERECHOS Y BENEFICIOS DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO.

- ✓ Remuneración por servicios prestados.
- ✓ Incentivos monetarios, promoción.
- ✓ Becas
- ✓ Derecho a ser escuchado (a)
- ✓ Participar en actividades de educación continua.
- ✓ Disfrutar de Vacaciones laborales, permisos, jubilación. (código de trabajo)
- ✓ Salario 13
- ✓ Evaluaciones para promoción.
- ✓ Distinción moral.
- ✓ Licencias por enfermedad y maternidad.
- ✓ Reclamo de sus derechos.
- ✓ A ser tratado de forma humanizada y respeto.
- ✓ Realizar su trabajo en un clima de estabilidad laboral.
- ✓ Libertad de filiación política, credo, religión.

V. DISPOSICIONES GENERALES DEL DEPARTAMENTO.

- ✓ Brindar siempre un trato amable y cortés a los usuarios, familiares y personal del Hospital.
- ✓ Respetar y cumplir con los derechos del paciente.
- ✓ Respetar el orden jerárquico establecido en la Gerencia, Departamento y Dirección general.
- ✓ Aplicar los protocolos y procesos definidos en el Hospital.
- ✓ Cumplir estrictamente con el horario establecido en el servicio.
- ✓ Llevar puesta la bata blanca siempre que este dentro del Hospital.
- ✓ Colocarse el uniforme correspondiente determinado por el departamento de acuerdo al área donde realice su trabajo.
- ✓ Llevar calzado cerrado en el Hospital.
- ✓ No fumar dentro del Perímetro del Hospital.
- ✓ No ingerir bebidas alcohólica, ni consumo de otro tipo de sustancias prohibidas en el perímetro hospitalario.
- ✓ Ingerir alimentos solo en las áreas dispuestas para estos fines (Comedor, Cafetera)
- ✓ No realizar ningún tipo de negocio personal dentro del perímetro del hospital. (Venta de ropas, calzados, accesorios, artículos electrónicos, alimentos, entre otros)
- ✓ Uso de vestimenta adecuada en el hospital.
- ✓ Todos los inconvenientes y dificultades presentados durante el desempeño de su trabajo deben ser canalizados a través de su superior inmediato del departamento.
- ✓ No deben ausentarse de su área de servicio durante su jornada de trabajo, sin la debida autorización.
- ✓ Siempre que se ausente por razones de enfermedad debe presentar el certificado medico correspondiente.

VI. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DEL DEPARTAMENTO.

- 1. Obstrucción Intestinal**
- 2. Trauma Torácico**
- 3. Trauma de Cuello**
- 4. Politraumatizado**
- 5. Abdomen Agudo**
- 6. Apendicitis Aguda**
- 7. Diverticulitis de Meckel**
- 8. Colecistitis Aguda o Crónica Agudizada**
- 9. Colédoco litiasis**
- 10. Ictericia Obstructiva**
- 11. Colangitis Supurativa Aguda**
- 12. Pancreatitis Aguda**
- 13. Manejo del Paciente en Shock**
- 14. Quemaduras**

1. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL (K 91.X):

1.1 Concepto:

La obstrucción intestinal es un síndrome caracterizado por la detección completa y persistente del tránsito intestinal.

1.2 Clasificación:

- Desde el punto de vista patogénico la obstrucción intestinal se clasifica en: Mecánica y Funcional
- Desde el punto de vista de la localización se clasifica en: Alta, Media y Baja.
- Desde el punto de vista del tiempo de aparición las hay: Congénitas y Adquiridas

1.3 Signos y síntomas:

Dolor abdominal, vómitos, estreñimiento, distensión abdominal, fiebre

1.4 Diagnóstico

- **Historia clínica:** dolor tipo cólico, náuseas, vómitos, cambios hábitos intestinales. Antecedentes de cirugías abdominales fuera.
- **Examen físico:** grado de distensión (simétrica o asimétrica), cicatrices previas, tumoraciones herniarias, perístasis visibles. No siempre masa localizada palpable, generalmente no muy dolorosa, en caso contrario, sospecha peritonitis (estrangulación o perforación). Normalmente aparece timpanismo, en caso de haber matidez, es indicativo de libre. Puede haber incremento de la perístalsis (fase lucha) hasta silencio absoluto. Tacto rectal: se realiza a todo paciente con sospecha de obstrucción intestinal tras la radiología abdomen. Sonografía Abdominal.
- **Exámenes complementarios:** Radiografía simple de abdomen preferiblemente de pie o decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal, Tórax PA y lat. **Laboratorios:** Hemograma completo, electrolitos, urea y creatinina, glicemia, orina, tipificación y cruce.

1.5 Manejo en sala urgencias:

- Signo vitales c/ 30 minutos
- Canalización de una vía periférica venenosa con catéter #18 solución D5% CLNA 9% con goteo variable de acuerdo a grado de deshidratación y afectación cardiovascular o peso del paciente.
- Reposición electrolítica en función de los datos del ionograma, bioquímica sanguínea (azoados).
- Colocación de sondas nasogástricas con aspiración #18 fr
- Colocación sonda vesical (foley) para valorar grado de deshidratación y reposición líquidos.
- Pacientes hemodinámicamente estable será llevado a cirugía en las primeras 6 horas para realizar laparotomía exploratoria.

1.6 Criterio de ingresos de hospitalización o realización de procedimiento:

- Todos los pacientes con sospecha de obstrucción intestinal, previo conocimiento y valoración de parte del cirujano de guardia o por médico Residente II y III.

1.7 Manejo a realizar en sala de hospitalización:

- Decompresión naso gástrica e intestinal con SNG.
- Mantener reposo absoluto en cama, posición semi sentando.
- Nada vía oral
- Reposición hidroelectrolítica.
 - Balance hídrico: vigilar drenaje y reponer cc/cc en solución salina 0.9 mas una ampolla Cl K ó Lactato Ringer cada 6 horas, vigilar diuresis horaria.
 - Solución Lactato Ringer 40-45 gotas/minutos, IV
- Signo vitales c/ 30 min. o cada una 1 hora según estado de paciente.
- Completar laboratorio y llevar reporte, hemograma, tipificación y cruce, glicemia , urea, creatinina, TGO, TGP, Amilasa, Fosfatasa alcalina, Electrolitos (Na, K, Cl., Ca, Mg), HIV, HBSAG, Anti HCV
- Completar estudios radiológicos y buscar reportes: Radiografía simple de Tórax PA, Abdomen simple de pie y lateral izquierdo, sonografía y tomografía abdominal en caso de necesidad.
- Llenado de consentimiento informado junto a familiares (si los hubiera).
- Colocación de catéter venoso central (subclavio o yugular interna), medición PVC
- Antibioterapia profiláctica: Ceftriaxona 2 gramos inicio, luego 1 gramo cada 12 horas IV,
Metronidazol 500 - 600mg cada 12 horas IV.
- Ranitidina 50 mg IV. cada 8 horas.
- No administrar analgésicos hasta no haber confirmado el diagnostico.
- Reposición de sangre fresca compatible cuando valores de hemoglobina son inferiores a 10 gr/dl y reservar de 1000-1500 cc de sangre compatible si hemoglobina es mayor de 10 gr./dl
- Heparina bajo peso molecular si factores de riesgo TVP así lo sugiere.
- Colocación medias anti-tromboticas o compresión elástica de miembros inferiores.
- Valoración preoperatorio clínica pediátrica o cardiovascular de acuerdo a la edad del paciente y/o factores riesgos.
- Preparación pre-operativa por enfermería: retirar prótesis dentales, esmaltes de uñas, colocar vestimenta apropiada y aseo general. Rasurar abdomen y genitales (si es necesario). Retirar prendas.
- Traslado al área de recepción quirúrgica del paciente en su camilla cuando sea requerido por el equipo quirúrgico.
- Resolución del factor casual de la obstrucción

1.8 Acciones generales a realizar en sala de hospitalización durante el post quirúrgico:

- Mantener reposo en posición semisentada.
- Nada vía oral
- Signos vitales c/ 30 minutos por 2 horas, luego de c/4 h.
- Vigilar función respiratoria, vigilar diuresis (foley), levin, vendajes, osteomas, etc.
- Vigilar balance hídrico. (entradas y salidas)
- Estudios postoperatorios (laboratorios –radiográficos).
- Soluciones parenterales Ringer lactato.
- Antibioterapia
- Ranitidina 50mg IV c/ 8h.
- Metoclopramida 1 Amp IV c/8 h
- Analgésicos en infusión, IM o rectal
- Reposición sangre según requerimientos.
- Complejo B 5cc c/ solución
- Vit C 500 Mg. EC c/12horas.
- Heparina bajo peso molecular sc c/12 o 24 h según los factores de riesgo.
- Oxígeno 5-6lts/min. si es necesario
- Valoración y seguimiento multidisciplinario en caso de que el paciente lo requiera.
- Aviso cuerpo de guardia, residentes y cirujano servicio actuante o no en caso de necesidad.

1.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Paciente hemodinamicamente estable, con tránsito intestinal confirmado, sin vómitos, sin distensión abdominal.
- Pacientes con heridas quirúrgicas limpias, con estomas óptimos y con entrenamientos familiar para seguimientos ambulatorios.
- Pacientes con ingesta comprobada (tolerancia oral)
- Paciente sin fiebre, sin anemia moderada a severa sin otros signos sugestivos de complicaciones.
- Acuerdo multidisciplinario para el egreso, con consejos pertinentes por especialidades.

1.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la enfermedad lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados generales del post quirúrgico.
- Seguimiento ambulatorio, ostomias, curaciones, dieta.
- Cita para el próximo chequeo, retiro suturas, estudios controles, etc.

1.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:

- Record de usuario
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Hoja de Registro del procedimiento
- SIG-REG

2. TRAUMA TORÁXICO (Y54.5):

2.1 Concepto:

Lesión o agresión, que tiene como área de impacto al tórax, caja torácica o los órganos internos.

2.2 Clasificación:

- Cerrado
- Corto punzante- penetrante y no penetrante.

2.3 Signos y síntomas: los síntomas y signos varían de acuerdo al o los órganos afectados. Puede haber lesión en la pared torácica, costilla, parénquima pulmonar, traquea, bronquios, esófago, pericardio, corazón, grandes vasos, columna vertebral, medula espinal.

- Dolor torácico, disnea, ingurgitación venas del cuello; sangrado a través de heridas, si existieran, hipotensión, taquicardia, enfisema subcutáneo, herida succionantes; dominación de ruidos cardiacos, respiratorios; disminución de la motilidad pared tórax o movimientos paradójicos. Datos de inestabilidad hemodinámica y shock.

2.4 Diagnostico:

- Historia clínica y Examen físico
- Imágenes diagnósticas: Radiografías de tórax, TAC
- Punción torácica
- Toracoscopia
- Electrocardiograma
- Ecocardiograma

2.5 Manejo en sala urgencias:

- Canalizar vía periférica con catéter a #18, Solución Ringer Lactato o Salino 0.9%
- Asegurar una vía aérea permeable (ruidos y murmullos)
- Ocluir o cerrar las heridas de tórax con gasa vaselinada y compresión, realizar cierre si es posible, luego de lavar las mismas.
- Monitorizar signos vitales (TA, FC, FR, intensidad, ritmos cardiacos, choque ápex)
- Radiografía de tórax y abdomen, tomografía en caso necesario.
- Electrocardiograma y/o ecocardiograma si hay sospecha de de trauma cardiaco.
- Analizar o realizar: hemograma, tipificación sanguínea y Rh, urea, creatinina, glicemia, examen de orina, gases arteriales, electrolitos, TP, TPT, TC, TS, HIV, HBSAG, Anti HCV.
- Colocar sonda vesical
- Antibioterapia inicial: Ceftriaxona 1gr IV c/12h.
- Inmunización contra tétanos.
- Avisar a especialista en cirugía general de turno para evaluar paciente.

2.6 Criterio de ingresos de hospitalización o realización de procedimiento:

- Herida penetrante de tórax.
- Fractura de una o más costillas. Fractura de 1er y 2da costilla.
- Trauma de tórax con dificultad respiratoria o compromiso hemodinámica, ingurgitación venas del cuello.
- Enfisema subcutáneo tórax y cuello.
- Herida succionantes “que respira por la herida”
- Neumotórax, hemotórax, tórax inestable, defectos masivos de la pared torácica.
- Sospecha o caso confirmado de lesión de órganos intratoraxicos (esófago, traquea, grandes vasos, corazón), producidas por arma blanca o arma de fuego.

2.7 Manejo a realizar en sala de hospitalización:

El el manejo varía de acuerdo al tiempo de la lesión y al tipo de tratamiento: conservador – expectante, o manejo quirúrgico.

- El tratamiento conservador se realiza en traumas cerrados donde no exista Hemopneumotorax, Enfisema subcutáneo, Dilatación mediastinal, en presencia o no de fracturas costales, sin tórax flácido, ausencia de lesión abdominal y Pneumotórax menor de 25%.
- Tratamiento Quirúrgico: Neumotórax traumático de más de 30% y hemotórax, se colocara un tubo torácico en el 7mo espacio inter costal línea media axilar, conectado a sello agua. En caso de contusión cardiaca valorarse por electrocardiograma, ecocardiograma y valoración enzimas CPK-MB. Taponamiento cardiaco, podrá iniciarse con descompresión por punción pericárdica en presencia de triada de BECK: disminucion intensidad de ruidos, disminucion TA e ingurgitación venas cuello.
- Indicaciones de toracotomia: Taponamiento cardiaco, Tórax flácido con gran repercusión hemodinámica.

2.8 Acciones generales a realizar en sala de hospitalización durante el post quirúrgico:

- Reposo absoluto en cama posición semi sentada.
- Signos vitales cada 30 minutos.
- Vigilar función respiratoria y calidad ruidos respiratorios.
- Vigilar diuresis por colocación de sonda foley.
- Vigilar tamaño y crecimiento de enfisema subcutáneo.
- Vigilar intensidad de ruidos cardiacos.
- Colocar catéter venoso central en caso de necesidad.
- Electrocardiogramas controles.
- Radiografías controles de tórax para evaluar evolución de las lesiones cada dia.
- Laboratorios controles: hemograma, gases arteriales, urea, creatinina, electrolitos, glicemia.
- Esteroides / diuréticos si hay evidencia de contusión pulmonar.
- Oxigeno por catéter nasal o mascarilla a 6lts/min.

- Revaloración por cirujano servicio y equipo ayudantes.
- Transfusión o reposición volumen sanguíneo perdido.
- Tubo de pecho y sello de agua
- En caso de contusión cardiaca (fractura esternon, trauma editoras izq., arritmias y/o insuficiencia cardiaca), debe valorarse por electrocardiograma, ecocardiograma y valoración enzimas CPK-MB, usarse analgésicos (Diclofenac 75mg c/8h), Antiarrítmicos Lidocaina 1mg/kg (bolus) máximo 2 veces cada 10 minutos. Uso de inotropicos (Dopamina y Dobutamina), Antinflamatorios Indometacina en supositorios.
- Taponamiento cardiaco, Tórax flácido con gran repercusión hemodinámica y de la dinámica prefunción-ventilación se podrá realizar fijación interna (intubación endotraqueal y colocación en el respirador) y fijación externa parrilla costal afectada por vía de osteosíntesis.
- Si no hay gran repercusión hemodinámica y alteración de la ferjunion –ventilador, se colocara apositos y almohadilla sobre el hemotórax afectado fijos con z-o o recostarlo sobre el lado afectado

2.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Paciente hemodinámicamente estable sin disnea.
- Ausencia de anemia moderada o severa.
- Sin datos de infección en mediastino, cavidades torácicos, heridas traumáticas y quirúrgicas.
- Buena tolerancia a los alimentos y medicamentos orales.
- Función cardiaca compensada.

2.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la enfermedad lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados especiales del post quirúrgico: fisioterapia de tórax, nebulizaciones, otros.
- Cuidado de la herida.
- Cita para el próximo chequeo, retiro suturas, estudios controles, etc.
- Seguimiento ambulatorio, dieta, complicaciones, actividad física.

2. 11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:

- Record de usuario
- Libro Servicio de Emergencia
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Hoja de Registro del procedimiento
- SIG-REG

3. TRAUMA DE CUELLO (Y33.7):

3.1 Concepto:

Lesión o agresión, que tiene como área de impacto la región del cuello.

3.2 Clasificación:

- Contuso
- Punzante: Penetrante y No penetrante.
- Con lesión columna cervical
- Sin lesión columna cervical
- Con lesión medular
- Sin lesión medular.

3.3 Signos y síntomas:

Dolor, equimosis, hematoma, enfisema subcutáneo, disfonía, limitación del movimiento del cuello, sangrado externo, sangrado interno, disnea, cuadriplegias, paraplejías.

3.4 Diagnostico:

- Historia clínica y Examen físico: Identificación de lesiones.
- Imágenes diagnósticas: Radiografías de tórax PA, Columna cervical AP y Lat., TAC cuello.
- Resonancia Magnética Nuclear de cuello
- Endoscopia digestiva alta,
- Laringotraqueoscopia
- Exploración herida quirúrgicas

3.5 Manejo en sala urgencias:

- Control inmediato y provisional de la hemorragias (compresión)
- Asegurar adecuada ventilación: aspiración traqueo bronquial, eliminación cuerpos extraños, intubación laringo traqueal, traqueotomía.
- Reposición del volumen sanguíneo. Canalizar vía periférica con catéter a #18, Solución Ringer Lactato o Salino 0.9% o administrar sangre total según magnitud del caso.
- Valoración del estado general y priorizar tipo de atención.
- Monitorizar signos vitales: TA, FC, FR cada media hora.
- Radiografías y toma de muestras para laboratorio: hemograma, tipificación sanguínea y Rh, urea, creatinina, glicemia, examen de orina.
- Colocar sonda vesical
- Inmunización contra tétanos.
- Si la herida es penetrante se hará exploración quirúrgica dentro de las primeras cuatro horas bajo anestesia general endotraqueal o traqueotomía.
- Lesión o no de la columna cervical, proceder a inmovilización con collar cervical.

3.6 Criterio de ingresos de hospitalización o realización de procedimiento:

- Lesiones punzantes-cortantes que afectan o transgredan el músculo platisma (blanca o arma fuego).
- Lesiones contusas con dificultad respiratoria, hematoquial, enfisemas subcutáneos.
- Lesiones columna vertical tipos fracturas lineales, aplastamiento, listesis.
- Lesiones evidentes de la medula espinal.
- Lesiones con sagrado abundante y activo.
- Hematomas en exparisión.
- Con perdida conocimiento

3.7 Manejo a realizar en sala de hospitalización:

- Inmovilización del cuello con collarín cervical o apositos.
- Signos vitales cada 30 minutos, vigilar sangrado, función ventilatoria.
- Completar estudios laboratorios y de imágenes
- Canalización con soluciones catéter #18
- Antibioterapia: Ceftriaxona 1 gr. cada 12 horas IV
- Aspiración de secreciones endotraqueales.
- Analgésicos si se estima conveniente y no obstaculiza el seguimiento.
- Valoración y seguimiento por el mismo cirujano o equipo que hizo la evaluación inicial.

3.8 Acciones generales a realizar en sala de hospitalización durante el post quirúrgico:

- Posición semi sentada con inmovilización adecuada.
- Signos vitales cada 15-30 minutos.
- Mantener monitoreado.
- Vigilar drenaje quirúrgico.
- Vigilar traqueotomía y cuidado de la misma
- Cambio de apositos
- Hemograma control, glicemia, urea, creatinina, gases arteriales electrolitos.
- Radiografías controles cervicales o tórax.
- Soluciones Ringer Lactato 30 gts/rmin
- Haemacel o sangre fresca según estado general paciente
- Antibioterapia.(ver normas-
- Ranitidina 50 mg. IV cada 8 horas
- Diclofenac 1 Amp cada 8 horas im.
- Oxigenoterapia 5-6 lits /min.

3.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Paciente hemodinámicamente estable sin disnea.
- Sin evidencia de sangrado activo.
- Ausencia de anemia moderada o severa.
- Sin datos de infección de heridas quirúrgicas.
- Buena tolerancia a los alimentos y medicamentos orales.
- Función cardiaca compensada.
- Adiestramiento a familiar para seguimiento del paciente parapléjico o cuadruplégico.

3.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la enfermedad lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados especiales del post quirúrgico: fisioterapia, soporte general, dieta, otros.
- Cuidados de la herida.
- Cita para el próximo chequeo
- Seguimiento ambulatorio, complicaciones, actividad física.

3. 11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:

- Record de usuario
- Libro Servicio de Emergencia
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Hoja de Registro del procedimiento
- SIG-REG

4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL POLITRAUMATIZADO (Y54.5):

4.1 Concepto:

Se define como politraumatismo a la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo agente agresor (accidente). Puede tener como resultado varias lesiones, aunque solo una de ellas representa riesgo vital para el paciente.

4.2 Clasificación:

- ➔ Coexistencia de traumatismo craneoencefálico, lesiones viscerales (tórax -abdomen) y/o periféricas.
- ➔ Coexistencia de lesiones viscerales y lesiones periféricas.

4.3 Signos y síntomas:

Varían de acuerdo al área, mecanismo de acción del trauma, tiempo de evolución del mismo. Calidad y prontitud del equipo de traslado a urgencias.

4.4 Diagnóstico:

- ➔ Historia clínica y Examen físico: Identificación de lesiones.
- ➔ Imágenes diagnósticas: Radiografías simples cráneo, tórax, abdomen, miembros. TAC, ultrasonografía.

4.5 Manejo en sala urgencias:

a. Valoración Inicial:

- ➔ Vía aérea permeable y estabilización de la columna cervical: Aspiración secreciones, cuerpo extraño y prótesis, colocación tubo endotraqueal o cánula de mayo.
- ➔ Valoración del ABC
- ➔ Recibir al paciente y desvestir
- ➔ Signos vitales: TA, FC, FR, Temp.
- ➔ Nivel conciencia: Escala de Glasgow
- ➔ Valoración de lesiones torácicos, abdominales, TCE y repercusión neurológica, aparato locomotor, maxilo-facial, Oftalmológicas y otorrinolaringológicas. Lesiones vasculares internas y externas.

Nota: Todas estas valoraciones se realizan en conjunto de manera simultánea por el médico de guardia, quien implementará medidas correctoras y avisará a cirugía general y este a las distintas especialidades involucradas en el tratamiento multidisciplinario. Es obligatoria la participación y tramitación de asistencia policial o legal.

b. Medidas Generales:

- ➔ Oxigenoterapia 5 lts/ min. por cánula nasal o mascarilla. Si es necesario intubación endotraqueal.
- ➔ Mantener una adecuada función cardiocirculatoria: canalizar una (1) o dos (2) vías venosas periféricas con Solución Salina 0.9 % o Ringer lactato a goteo requerido por situación. Si es necesario canalizar vía venosa central (subclavia o yugular interna).
- ➔ La hemorragia externa deberá controlarse por presión directa o colocación de pinza hemostática mientras se dedica a la atención de otros ciudadanos.

c. Medidas Especiales:

- Las heridas penetrantes del tórax se cerraran con hilo Nylon, Seda o Prolene 2-0, 3-0, o compresas vaselinadas. Se procederá a colocar anestesia local Xilocaina 2% diluida al 50% con suero fisiológico o agua destilada para evitar la sobre dosificación. Lavado y limpieza del área con jabón quirúrgico y solución fisiológica abundante, extrayendo cuerpos extraños. Hemostasia vasos sangrantes con pinza(s) hemostática(s) o electrocuagulador, si existiera en sala de urgencia. Sutura de la herida por planos con hilo requerido según zona afectada y profundidad.
- Fracturas en costillas con insuficiencia respiratoria y/o circulatoria; Pneumotorax, Hemotórax, Hemopericardio/taponamiento cardiaco; realizar punción de tórax, colocación de tubo pecho o punción pericárdica.
- En los casos de fracturas se procederá a alineación de fragmentos, colocación de férula, oclusión con gasas y vendaje, si hay fractura abierta y confirmación de pulsos.

d. Pruebas complementarias.

- Hemograma completo, tipificación y Rh.
- Bioquímica sanguínea: Urea, Creatinina, Electrolitos, Glicemia, Amilasa, CPK, AST, ALT.
- Examen general de orina.
- Imágenes: Radiografías, TAC, Sonografía, EKG. Ecocardiograma.

4.6 Criterio de ingresos de hospitalización o realización de procedimiento:

- Todo paciente con Trauma Craneoencefálico con pérdida de conocimiento, convulsiones, fractura craneal cerrada o abierta.
- Trauma columna cervical con disestesias, parestesias, con o sin fractura de vértebra.
- Todo paciente con fractura maxilofacial sola o acompañada de lesiones en otros órganos.
- Trauma de tórax en presencia de fracturas costales, insuficiencia respiratoria, enfisema subcutáneo, hemo-neumotórax o con heridas punzantes (arma blanca-arma de fuego-accidentes de trabajo u otros.)
- Trauma toraco abdominal con hipotensión y evidencia de trauma abdominal del tipo cerrado, punzante (arma blanca o arma de fuego) o por aplastamiento.
- Paciente con lesión (herida-avulsión-profunda con lesión vascular, ligamentoso, vascular o con fractura del sistema locomotor.

4.7 Manejo a realizar en sala de hospitalización:

El manejo del paciente politraumatizado es y será siempre multidisciplinario desde su ingreso al establecimiento de salud hasta su egreso.

- Mantener al paciente en posición requerida en unidad de cuidado intermedio para preparación quirúrgica.
- Signos vitales según lo amerite el caso, c/ 30minutos, 20minutos, etc.
- Mantener monitorizado vigilando función ventilatoria, circulatoria, neurológica, sangrado, pulso, cambios dinámica torácica y abdominal, etc.
- Vigilar diuresis cada hora, colocar sonda foley.
- Vigilar Presión Venosa Central si lo requiere el caso.
- Laboratorio y estudios controles pertinentes.

- Mantener inmovilizadas fracturas, drenaje torácico si lo hubiere y vigilar drenaje y oscilación, taponamiento de herida.
- Soluciones parenterales según el caso.
- Profilaxis antitetánicas –gammaglobulina.
- Antibióticos profiláticos o dosis iniciales.???
- Valoración multidisciplinaria previa a procedimientos.
- Sangre y/o derivados reservados y cruzados.
- Llenado de hoja consentimiento quirúrgico.
- Avisar al quirófano y al Departamento de anestesia.
- Traslado multidisciplinario al quirófano con todos los estudios realizados.
- Oxígeno terapia si es necesario 5-6 lts/mim.

4.8 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Paciente hemodinámicamente estable.
- Resolución total de las lesiones limitantes o resolución parcial de algunas situaciones estéticas o funcionales (injerto, rehabilitación, curas, etc.)
- Pacientes con ingresos de alimentos propia o dominada por familiares, sin fiebre, sin anemia moderada o severa y sin otros signos de complicación.
- Pacientes cuyas heridas están limpias, sin hallar la infección.
- Acuerdo multidisciplinario para tal conducta, con consejos pertinentes por especialidad.

4.9 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la enfermedad lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados especiales del post quirúrgico: fisioterapia, soporte general, dieta, otros.
- Cuidados de la herida.
- Cita para el próximo chequeo
- Seguimiento ambulatorio, complicaciones, actividad física.

4. 10 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:

- Record de usuario
- Libro Servicio de Emergencia
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Hoja de Registro del procedimiento
- SIG-REG

5. ABDOMEN AGUDO. (DOLOR ABDOMINAL - R10.0):

5.1 Concepto:

Presencia de dolor abdominal hasta entonces no diagnosticado, con duración inferior a una semana, que se acompaña de alteración del tránsito intestinal y que produce un gran deterioro del estado general.

5.2 Clasificación:

- No quirúrgicos (Médico)
- Quirúrgicos:
 - Síndrome peritónico: Inflamatorio: Apendicitis aguda. Colecistitis aguda. Diverticulitis. Anexitis aguda. Colitis necrotizante. Enfermedad de Crohn. Perforativo: Úlceras gástricas o duodenales. Cáncer gástrico. Úlcera yeyuno. Perforación de estómago o intestinos por cuerpo extraño. Apendicitis aguda. Neoplasia colon.
 - Síndrome hemorrágico: Embarazo ectópico roto o fisurado. Ruptura folículo ovárico. Quiste endometrial. Hemorragias postoperatorias. Ruptura traumática de vísceras y grandes vasos. Desgarro mesentérico. Ruptura espontánea del bazo e hígado.
 - Síndrome oclusivo: (ver obstrucción intestinal)
 - Síndrome mixto o indefinido (mezcla de signos y síntomas de peritonitis, hemorragias y oclusión). Torsión pedículos de anexos, tumores y quistes ginecológicos. Torsión pedículo esplénico. Pancreatitis.

5.3 Signos y síntomas:

Dependen de la patología de origen. Dolor abdominal, náuseas, vómitos, náuseas, distensión abdominal, resistencia muscular abdominal, ausencia de peristaltismo o aumento, fiebre, escalofríos, posición antialgica, coloración violácea región peri umbilical o flancos.

5.4 Diagnóstico:

- Historia clínica y Examen físico
- Exámenes de laboratorios: Hemograma completo, Examen general de orina, Tipificación sanguínea y Rh. Electrolitos, Glicemia, Bun, Creatinina, STGO, STGP, Bilirrubinas, Fosfatasa Alcalina, Amilasa, Lipasa.
- Imágenes diagnósticas: Radiografías tórax y abdomen (de pie, horizontal y lateral), Sonografía abdominal y pélvica. TAC Abdominal. Urografía excretora. Estudios contrastados digestivos. Resonancia Magnética Nuclear. Arteriografías.
- Exámenes endoscópicos o invasivos: digestivos altos y bajos, laparoscópicos, paracentesis, culdocentesis.

5.5 Manejo en sala urgencias:

- Suspender toda ingestión de líquido o sólidos
- Canalización de vena periférica solución mixta 0.9% 30 gotas /minutos o según situación clínica del paciente y la enfermedad de base.
- Monitorizar signos vitales.
- Descompresión gastrointestinal, si es necesario con sonda naso gástrica drenando por gravedad o con aspiración continua.
- La administración de **analgésicos o antiespasmódicos** está formalmente contraindicado hasta no estar confirmado el diagnóstico y su conducta inmediata.
- Antibioterapia sólo se iniciará una vez establecida la indicación quirúrgica del abdomen agudo.
- Completar estudios necesarios.
- Las conductas específicas corresponderán a cada una de las etiologías del dolor abdominal agudo.

5.6 Criterio de ingresos de hospitalización o realización de procedimiento:

- Presencia de signos y síntomas de las patologías antes descritas que requiera atención médico quirúrgica.
- No respuesta al tratamiento médico habitual para abdomen agudo no quirúrgico.
- Ausencia de diagnóstico a pesar de la valoración inicial y que necesite pruebas complementarias hospitalarias.
- Paciente con dolor abdominal de más de 6 horas, acompañado de disfunción, ruidos de lucha o silencio abdominal, defensa muscular local o difusa, masa palpable dolorosa pulsátil o no, cicatrices por cirugía previa.

5.7 Manejo a realizar en sala de hospitalización:

- Ingresar a sala de hospitalización o a la UCI según condición del paciente.
- Nada vía oral
- Signos vitales cada 1 hora
- Medir y cuantificar duresis cada hora
- Sonda naso gástrica en caso de necesidad.
- Completar medios diagnósticos.
- Soluciones parenterales Ringer Lactato o Salino al 0.9%, catéter #18 o vía central según condición del paciente.
- Antibioterapia: Ceftriaxona 2 gr. IV inicio, Gentamicina 160 Mg. c/ 12 h o Metronidazol 500 mg cada 8 hora IV según el caso.
- Reservar sangre fresca compatible y trasfundir en caso de hemorragia aguda con hemoglobina menor 9 gs.
- Evaluación multidisciplinaria en caso de necesitar. Cirugía general, Urología, Ginecología, Gastroenterología, Cardiología etc.
- Preparar abdomen para posible intervención quirúrgica por la enfermera.

5.8 Acciones generales a realizar en sala de hospitalización durante el post quirúrgico:

- Nada por boca
- Signos vitales cada 30 minutos por 2 horas, luego cada hora las primeras 4 horas.
- Vigilar función respiratoria.
- Vigilar drenaje por sonda naso gástrico y reponer drenaje cada 4 hrs. con solución salina al 0.9% o ringer lactato.
- Vigilar diuresis horaria.
- Laboratorios y estudios radiológicos controles.
- Antibioterapia de acuerdo a hallazgos quirúrgicos y grado de sepsis.
- Ranitidina 50 mg IV cada 8 horas.
- Diclofenac 75 mg. Cada 8 horas IM
- Vigilar drenajes quirúrgicos, si lo hubiere
- Cambiar apositos
- Seguimiento multidisciplinario.
- Tranfusión con sangre fresca compatible si la hemoglobina es menor a 9 gr. o 28% hematocrito.

5.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Paciente hemodinámicamente estable.
- Patología de base totalmente en resolución
- No evidencia de fiebre o infección herida.
- Ausencia de anemia moderada a severa.
- No drenajes activos, no fistulas de alto débito.
- Transito intestinal confirmado y tolerancia.

5.10 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la enfermedad lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Cuidados especiales del post quirúrgico: fisioterapia, soporte general, dieta, otros.
- Cuidados de la herida.
- Cita para el próximo chequeo
- Seguimiento ambulatorio, complicaciones, actividad física.

5.11 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:

- Record de usuario
- Libro Servicio de Emergencia
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Hoja de Registro del procedimiento
- SIG-REG

6. APENDICITIS AGUDA (B87.9)

6.1 Concepto: inflamación aguda del apéndice cecal.

6.2 Clasificación:

- ➔ Focal
- ➔ Supurativa
- ➔ Gangrenada
- ➔ Perforada
 - Peritonitis local
 - Absceso localizado (plastrón)
 - Peritonitis difusa
 -

6.3 Signos y Síntomas:

- ➔ Dolor FID, iniciado o no en epigastrio o periumbilical.
- ➔ Fiebre
- ➔ Náuseas
- ➔ Vómitos
- ➔ Anorexia
- ➔ Sensibilidad dolorosa a la palpación en FID
- ➔ Abdomen en tabla

6.4 Diagnóstico:

- ➔ Historial Clínico
- ➔ Examen Físico (Identificación de signos característicos)
- ➔ Hemograma y recuento leucocitario (leucocitosis)
- ➔ Examen General de Orina.(neg).
- ➔ Sonografía Abdomen
- ➔ Radiografía simple de Abdomen de pie

6.5 Acciones a realizar en el área de Urgencias/Emergencias:

- ➔ Historial Clínico y pruebas complementarias previamente indicadas
- ➔ Canalizar vía periférica con catéter # 18 con Lactato Ringer
- ➔ No administrar analgésicos ni antibióticos hasta tanto el diagnóstico sea confirmado.
- ➔ Información al paciente y sus familiares de la patología y posibles eventos diagnósticos o quirúrgicos próximos.
- ➔ Avisar al Cirujano de Servicio para valoración del Paciente.

6.6 Criterios para Hospitalización o Realización de Procedimiento:

- ➔ Persistencia del dolor en FID (signos Mc Burney, Psoas, Blumberg, markle, dolor por la tos positivos y otros)
- ➔ Leucocitosis con neutrofilia
- ➔ Hallazgos radiográficos (positivos)
- ➔ Hallazgos Sonográficos (positivos)

6.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Signos Vitales c/30 min.
- Posición Horizontal.
- Nada vía oral
- Solución Mixta 0.9% o Ringer en D5% 30 gts /min. o por superficie corporal
- Antibioterapia según etapa
 - **Focal:** no uso de antibióticos
 - **Supurativa:** Ampicilina 100 mg/Kg, cada 6 horas I.V o Cefalosporina de 2da generación 100 mg/Kg, cada 8 horas.
 - **Gangrenada:** Cefalosporina de 3ra generación 75 a 100mg/Kg por día, cada 12 I.V y Gentamicina 5mg/ Kg. Por día, Cada 12 horas, IV.
 - **Perforada:** Cefalosporina tercera generación 75 a 100mg/Kg por día, cada 12 I.V, mas Metronidazol 25 mg/Kg por día, I.V, cada 8 Horas.
- Analgésicos: Neomelubrina infusión 1 Amp en cada solución IV.
 - Diclofenac 75 mg I.M o supositorio c/8 hrs.
- Ranitidina 50 mg IV c/8 hrs.
- Colocar Foley o Nelaton si hay retención urinaria persistente que no cede espontáneamente.
- Vigilar drenaje de pen rose en estadios complicados o herida abierta en caso especial.

6.8 Criterios de Egreso:

- 24 horas posteriores al procedimiento en etapas focales y supurativas
- 48 horas posteriores al procedimiento en etapa gangrenada
- Evolutivo en paciente cuya etapa fue perforada o con otras complicaciones.
- Ausencia de fiebre, vómitos, hidratación aceptable, control del dolor postoperatorio.
- Estabilización hemodinámica, drenaje mínimo o ausente.
- No sepsis de la herida o cierre de la misma.

6.9 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:

- Tipo de Procedimiento realizado
- Posibles complicaciones post operatorias.
- Reposo y actividades limitadas.
- Tipo de dieta
- Manejo de la herida
- Tratamiento ambulatorio y próxima cita.

6.10 Donde Registrar y Notificar la Patología y si es de Notificación Obligatoria:

- Hoja de descripción procedimiento quirúrgico
- Libro de Procedimientos quirúrgicos (Sala Cirugía)
- Record del paciente en la hoja de egreso.
- SIG-REG

7. DIVERTICULITIS DE MECKEL (H17.0)

7.1 Concepto:

Es la inflamación de una estructura congénita del tubo digestivo como persistencia del conducto onfalomesentérico, que se presenta en forma de divertículo, fijo a la pared o libre.

7.2 Clasificación:

- No aplica

7.3 Signos y Síntomas:

- ➔ Se presenta con cuadro de dolor en FID y otras características muy similares a la Apendicitis Aguda, por lo que en ocasiones no es posible diferenciarlo.
- ➔ Puede manifestarse con cuadro de sangrado intestinal bajo.
- ➔ Obstrucción intestinal si esta fijo a la pared pudiendo producir rotación sobre un eje de un asa intestinal, servir de segmento rígido e intususceptar.
- ➔ Perforación con peritonitis.
- ➔ Incluido en saco herniario inguinal y es llamada hernia de Littre .

7.4 Diagnóstico:

- ➔ Historial Clínico: el dolor es mas a mesogastrio e hipogastrio
- ➔ Examen Físico
- ➔ Radiografía de Abdomen
- ➔ Sonografía Abdominal
- ➔ TAC con Tecnecio
- ➔ Laparoscopia
- ➔ Laparotomía cuando identificamos el diagnostico en un procedimiento por otro diagnostico de base.

7.5 Acciones a realizar en el área de Urgencias/Emergencias:

- ➔ Historial Clínico y pruebas complementarias previamente indicadas
- ➔ Canalizar vía periférica con catéter # 18 con Lactato Ringer
- ➔ No administrar analgésicos ni antibióticos hasta tanto el diagnostico sea confirmado.
- ➔ Información al paciente y sus familiares de la patología y posibles eventos diagnósticos o quirúrgicos próximos.
- ➔ Avisar al Cirujano de Servicio para valoración del Paciente.

7.6 Criterios para Hospitalización o Realización de Procedimiento:

- ➔ Persistencia del dolor
- ➔ Evidencia de sangrado gastrointestinal
- ➔ Signos y síntomas de obstrucción intestinal.
- ➔ Signos y síntomas sugestivos de perforación intestinal.
- ➔ Hallazgos radiográficos (positivos)
- ➔ Hallazgos Sonograficos (positivos)

7.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Signos Vitales c/30 min.
- Posición Horizontal.
- Nada vía oral
- Solución Mixta 0.9% o Ringer en D5% 30 gts /min. o por superficie corporal
- Antibioterapia según hallazgos
- Analgésicos: Neomelubrina infusión 1 Amp en cada solución IV.
 - Diclofenac 75 mg. IM o supositorio c/8 hrs.
- Ranitidina 50 MG IV c/8 hrs.
- Colocar Foley o Nelaton si hay retención urinaria persistente que no cede espontáneamente.
- Vigilar drenaje de pen rose en estadios complicados o herida abierta en caso especial.
- En casos de resección del divertículo, el tratamiento y seguimiento es el mismo que en una resección o sutura intestinal.

7.8 Criterios de Egreso:

- Ausencia de fiebre, vómitos, hidratación aceptable, control del dolor postoperatorio.
- Estabilización hemodinámica, drenaje mínimo o ausente.
- No sepsis de la herida o cierre de la misma.

7.9 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:

- Tipo de Procedimiento realizado
- Posibles complicaciones post operatorias.
- Reposo y actividades limitadas.
- Tipo de dieta
- Manejo de la herida
- Tratamiento ambulatorio y próxima cita.

7.10 Donde Registrar y Notificar la Patología y si es de Notificación Obligatoria:

- Hoja de descripción procedimiento quirúrgico
- Libro de Procedimientos quirúrgicos (Sala Cirugía)
- Record del paciente en la hoja de egreso.
- SIG-REG

8. COLECISTITIS AGUDA O CRÓNICA AGUDIZADA (D64.0, D64.1)

8.1 Concepto:

Inflamación de la vesícula biliar.

8.2 Clasificación:

- Litiasica
- No litiasica
 - Infecciosa:
 - Sepsis
 - Fiebre tifoidea
 - Gangrena por anaerobios
 - Química
 - Mecánica
 - Tumoral
 - Vascular
 - Parasitaria
 -

8.3 Signos y Síntomas:

- Antecedentes de dispepsia biliar, náuseas, vómitos, plenitud postprandial, intolerancia a alimentos grasos, dolor en hipocondrio derecho.
- Maniobra o signo de Murphy positivo
- Tumorción o masa dolorosa en hipocondrio derecho a la palpación, irradiación posible a epigastrio, espalda u hombro derecho.
- Presencia o no de Ictericia.

8.4 Diagnóstico:

- Historial Clínico y Examen Físico
- Exámenes de Laboratorio
 - Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, tipificación sanguínea.
 - Bilirrubinas, transaminasas (ALT-AST), fosfatasa alcalina, amilasa.
 - Hbs Ag, Anti HCV, HIV
- Exámenes Radio-Imagenología
 - Sonografía Abdomen
 - Radiografía Abdomen Simple y Rx Tórax
 - Tomografía Abdominal
 - Colangiografía EV preoperat o CPRE.

8.5 Acciones a realizar en área de urgencias/emergencias:

- Luego de confirmar el diagnóstico con los datos clínicos ya descritos, se comunicara de inmediato al Cirujano de Servicio.
- Signos Vitales cada 2 h
- Suspender la vía oral
- Reposo y aspiración gástrica con Levin en casos severos.
- Vigilar diuresis espontánea, si no hay deshidratación importante, si la hay, colocar foley
- Reportar analítica y estudios radioimagenológicos
- EKG y Evaluación Cardiovascular en caso de necesidad o historial de cardiopatías.
- Solución Mixta 0.9% a 30 gts por min.
- Ranitidina 50 mg EV c/8 hr
- Metoclopramida 1 amp EV c/8 hr
- Ceftriaxona 1 gr c/ 12 hr o Cefamandol 1 gr c/8 hr
- Gentamicina 160 mg c/24 h
- Antiespasmódicos (Buscapina o Cryopina o Sertal comp) c/8 hrs.

8.6 Criterio de ingresos de hospitalización o realización de procedimiento:

- La intervención quirúrgica de la Colecistitis aguda será considerada como una urgencia relativa, se ingresaran todos los pacientes con este cuadro agudo.

8.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Signos Vitales c/30 min.
- Posición Horizontal.
- Nada vía oral
- Solución Mixta 0.9% o Ringer en D5% 30 gts /min. o por superficie corporal
- Antibioterapia: Ceftriaxona 1 gr c/ 12 hr o Cefamandol 1 gr c/8 hr, Gentamicina 160 mg c/24 h según hallazgos
- Analgésicos: Antiespasmódicos (Buscapina o Cryopina o Sertal comp) c/8 hrs.
- Ranitidina 50 MG IV c/8 hrs.
- Colocar Foley o Nelaton si hay retención urinaria persistente que no cede espontáneamente.
- Vigilar drenaje de o herida abierta en caso especial.
- La intervención quirúrgica estará condicionada al personal quirúrgico disponible, la vía de acceso dependerá de la capacidad o entrenamiento laparoscópico que tenga el cirujano actuante.
 - Colectomía Clásica: Incisión amplia Kocher o Paramediana derecha
 - Colectomía Laparoscópica.
 - Colectostomía: en pacientes muy añosos y en muy mal estado general (graves)
 - Colangiografía Trans Operatoria (abierta o laparoscópica)
 - Exploración de Colédoco Tubo T (Abierto o Laparoscópico)
 - Coledocoduodenostomía –Coledocoyeyunostomía (Asa O Y Roux)
 - Esfinterotomía Trans Duodenal.

- Papilotomía Endoscópica Y Posterior Colectomía Laparoscópica..
- Drenaje Pen Rose o Tubular de acuerdo a calidad de la hemostasia o derrame biliar.

8.8 Acciones generales a realizar en sala de hospitalización durante el post quirúrgico:

- ➔ Reposo absoluto en cama posición semi sentada.
- ➔ Signos vitales cada 30 minutos.
- ➔ Nada vía oral, vigilar drenaje por SNG.
- ➔ Vigilar diuresis por colocación de sonda foley.
- ➔ Vigilar hidratación

8.9 Criterios para egresar al usuario:

- ➔ En caso no complicado, el egreso se llevara a cabo a las 48 hrs. en ausencia de fiebre, ictericia, vómitos, ausencia de sangrado o drenaje biliar.
- ➔ Buena tolerancia por la vía oral , no anemia moderada o severa.
- ➔ En caso de coledocotomía o anastomosis bilioenterica, el alta esta condicionada, a la patencia y seguridad de la anastomosis o el tubo en T luego del 7mo día y con las características anteriores del estado general.

8.10 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:

- ➔ Entrenamiento en cuanto al manejo ambulatorio, cuidado de la herida, manejo del tubo en T u otro tipo de drenaje, dieta establecida.
- ➔ Cita próxima, y conocimiento del procedimiento realizado, enfermedad de base y posibles complicaciones.

8.11 Donde Registrar y Notificar la Patología y si es de Notificación Obligatoria:

- ➔ Hoja de descripción procedimiento quirúrgico
- ➔ Libro de Procedimientos quirúrgicos (Sala Cirugía)
- ➔ Libro de ingresos
- ➔ Record del paciente
- ➔ SIG-REG

9. COLÉDOCOLITIASIS (D64.4)

9.1 Concepto:

Presencia de litos o cálculos en la vía principal o colédoco.

9.2 Clasificación:

- Únicos
- Múltiples
- Intrahepática
- Conductos Hepáticos
- Coledociano
- Ampular

- Primarios
- Secundarios

9.3 Signos y Síntomas:

- Mismos síntomas de la colecistitis, pero con dolor más agresivo e intratable, mayor repercusión dorsal y dolor en epigastrio.
- Ictericia intermitente, acolia y coluria que también puede ser intermitente.
- La intensidad del cuadro clínico depende de la intensidad de la obstrucción.
- La ictericia es habitualmente progresiva y puede haber infección ascendente o colangitis.
- La vesícula biliar no es habitualmente palpable.

9.4 Diagnóstico:

- Historial Clínico y Examen Físico
- Exámenes de Laboratorio
 - Hemograma, TPT, TP, TC, TS, Tipificación sanguínea y Rh.
 - Bilirrubina, Fosfatasa alcalina, Transaminasas (ALT-AST), Amilasa, Lipasa, glicemia, urea, creatinina, electrolitos.
 - Examen general de Orina
 - Hbs Ag, Anti HCV, HIV
- Exámenes Radio-Imagenología
 - Sonografía Abdomen
 - Radiografía Abdomen Simple y Rx Tórax
 - Tomografía Abdominal
 - Colangio-pancreatografía retrograda endoscópica (CPRE)
 - Colangiografía transparieto-hepática (percutánea)

9.5 Acciones a realizar en área de urgencias/emergencias:

- Luego de identificar diagnóstico
- Canalizar vía periférica con catéter #18 Ringer Lactato 30 gts /min
- Monitoreo de signos vitales
- Suspender la vía oral si hay dolor agudo, de lo contrario dieta líquida
- Agilizar reporte de estudios a realizar
- Antibióticos amplio espectro como colecistitis
- Ranitidina 50mg ev c/8 hr
- Vit k 1 Amp IM /12 hr si hay ictericia
- Compl. B 5 cc en c/sol.
- Avisar a Cirujano de Servicio para valoración y conducta

9.6 Criterio de ingresos de hospitalización o realización de procedimiento:

- Paciente con dolor incontrolable o incapacitante.
- Ictericia Obstructiva comprobada o no.
- Paciente con intolerancia gástrica.

9.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Nada vía oral
- Solución Mixta 0.9% o Ringer en D5% 30 gts /min. o por superficie corporal
- Esfinterotomía endoscópica por CPRE y extracción del cálculo.
- Exploración del colédoco por vía clásica o laparoscópica y colocación de tubo en T.
- Esfinterotomía trans duodenal (Estinteroplastia).
- Anastomosis bilioenterica.
- Drenaje de Rose o Tubular de acuerdo a calidad de la hemostasia o derrame biliar.

9.8 Acciones generales a realizar en sala de hospitalización durante el post quirúrgico:

- Reposo absoluto en cama posición semi sentada.
- Signos vitales cada 30 minutos.
- Nada vía oral, vigilar drenaje por SNG.
- Vigilar diuresis por colocación de sonda foley.
- Vigilar hidratación
- Vigilar drenaje de Rose o Tubular de acuerdo a calidad de la hemostasia o derrame biliar.

9.9 Criterios para egresar al usuario:

- En caso no complicado, el egreso se llevara a cabo a las 48 hrs. en ausencia de fiebre, ictericia, vómitos, ausencia de sangrado o drenaje biliar.
- Buena tolerancia por la vía oral, no anemia moderada o severa.
- En caso de coledocotomía o anastomosis bilioenterica, el alta esta condicionada, a la patencia y seguridad de la anastomosis o el tubo en T luego del 7mo día y con las características anteriores del estado general.

9.10 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:

- ➔ Entrenamiento en cuanto al manejo ambulatorio, cuidado de la herida, manejo del tubo en T u otro tipo de drenaje, dieta establecida.
- ➔ Cita próxima, y conocimiento del procedimiento realizado, enfermedad de base y posibles complicaciones.

9.11 Donde Registrar y Notificar la Patología y si es de Notificación Obligatoria:

- ➔ Hoja de descripción procedimiento quirúrgico
- ➔ Libro de Procedimientos quirúrgicos (Sala Cirugía)
- ➔ Libro de ingresos
- ➔ Record del paciente
- ➔ SIG-REG

10. ICTERICIA OBSTRUCTIVA (O64.8)

10.1 Concepto:

Aparición de ictericia causada por imposibilidad al libre flujo biliar hacia el tracto digestivo (extrahepática).

10.2 Clasificación:

- Litiasis coledociana
- Lesiones postoperatorias de la vía principal (sección, ligadura o estenosis)
- Papilitis Estenosantes
- Linfadenopatías (Tb, Leucemia, Mononucleosis, Metástasis, Linfosarcomas)
- Colangitis
- Adherencias Postoperatorias
- Divertículos y Úlcera duodenal que afecta la papila
- Pancreatitis
- Cuerpos Extraños
- Tumores

10.3 Signos y Síntomas:

- Antecedentes de ictericia de aparición reciente, con historial de procedimiento abdominal reciente o no en el área colecistoduodenal, o ictericia progresiva con o sin dolor acompañado de pérdida de peso y masa palpable no dolorosa e hipocondrio derecho.

10.4 Diagnóstico

- Historial Clínico y Examen Físico
- Exámenes de Laboratorio
 - Hemograma, TPT, TP, TC, TS, Tipificación sanguínea y Rh.
 - Bilirrubina, Fosfatasa alcalina, Transaminasas (ALT-AST), Amilasa, Lipasa, glicemia, urea, creatinina, electrolitos.
 - Examen general de Orina
 - Hbs Ag, Anti HCV, HIV
- Exámenes Radio-Imagenología
 - Sonografía Abdomen
 - Radiografía Abdomen Simple y Rx Tórax
 - Tomografía Abdominal
 - Colangio-pancreatografía retrograda endoscópica (CPRE)
 - Colangiografía transparieto-hepática (percutánea)

10.5 Acciones a realizar en área de urgencias/emergencias:

- Luego de identificar diagnóstico
- Canalizar vía periférica con catéter #18 Ringer Lactato 30 gts /min
- Monitoreo de signos vitales
- Suspender la vía oral
- Agilizar reporte de estudios a realizar
- Antibióticos amplio espectro como colecistitis
- Avisar a Cirujano de Servicio para valoración y conducta

10.6 Criterio de ingresos de hospitalización o realización de procedimiento:

- Paciente con dolor incontrolable o incapacitante.
- Ictericia Obstructiva comprobada o no.

10.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Nada vía oral
- Solución Mixta 0.9% o Ringer en D5% 30 gts /min. o por superficie corporal
- Esfinterotomía endoscópica por CPRE y extracción del cálculo.
- Exploración del colédoco por vía clásica o laparoscópica y colocación de tubo en T.
- Mejorar el estado nutricional: dieta hipercalórica, hiperalimentación enteral y/o parenteral, multivitamínicos, incluyendo Vit. K1.
- Reposición de líquidos y electrolitos.
- Transfusiones de sangre y plasma según niveles hemáticos.
- Tratamiento quirúrgico según factor causal.
- Curativo o paliativo en caso de tumores
- La derivación es siempre el objetivo a seguir según el punto de obstrucción y su origen.

10.8 Acciones generales a realizar en sala de hospitalización durante el post quirúrgico:

- Reposo absoluto en cama posición semi sentada.
- Signos vitales cada 30 minutos.
- Soporte Nutricional
- Vigilar diuresis por colocación de sonda foley.
- Vigilar hidratación
- Vigilar drenaje de Rose o Tubular de acuerdo a calidad de la hemostasia o derrame biliar.

10.9 Criterios para egresar al usuario:

- En caso no complicado, el egreso se llevara a cabo a las 48 hrs. en ausencia de fiebre, ictericia, vómitos, ausencia de sangrado o drenaje biliar.
- Buena tolerancia por la vía oral, no anemia moderada o severa.
- Estará condicionado a la causa base de la obstrucción.

10.10 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:

- ➔ Entrenamiento en cuanto al manejo ambulatorio, cuidado de la herida, manejo del tubo en T u otro tipo de drenaje, dieta establecida.
- ➔ Cita próxima, y conocimiento del procedimiento realizado, enfermedad de base y posibles complicaciones.

10.11 Donde Registrar y Notificar la Patología y si es de Notificación Obligatoria:

- ➔ Hoja de descripción procedimiento quirúrgico
- ➔ Libro de Procedimientos quirúrgicos (Sala Cirugía)
- ➔ Libro de ingresos
- ➔ Record del paciente
- ➔ SIG-REG

11. COLANGITIS SUPURATIVA AGUDA (D63.8)

11.1 Concepto:

Infección o sepsis en sistema hepatobiliar (Conductos extra o intra hepáticos), traducida por la presencia de líquido purulento.

11.2 Clasificación:

➔ No aplica

11.3 Signos y Síntomas:

➔ Triada de Charcot: Ictericia, Fiebre con escalofríos, dolor en Hipocondrio derecho

➔ Pentada de Reynolds: si se suma shock y alteración del sensorio(CNC)

11.4 Diagnóstico

➔ Historial Clínico y Examen Físico

➔ Exámenes de Laboratorio

- Hemograma, TPT, TP, TC, TS, Tipificación sanguínea y Rh.
- Bilirrubina, Fosfatasa alcalina, Transaminasas (ALT-AST), Amilasa, Lipasa, glicemia, urea, creatinina, electrolitos.
- Examen general de Orina
- Hbs Ag , Anti HCV, HIV

➔ Exámenes Radio-Imagenología

- Sonografía Abdomen
- Radiografía Abdomen Simple y Rx Tórax
- Tomografía Abdominal
- Colangio-pancreatografía retrograda endoscópica (CPRE)
- Colangiografía transparieto-hepática (percutánea)

11.5 Acciones a realizar en área de urgencias/emergencias:

➔ Canalizar vía periférica con Ringer Lactato

➔ Estabilización y monitorización de Signos Vitales

➔ Agilizar realización y reporte de estudios vías biliares

➔ Estabilización hemodinámica y cardiovascular

➔ Antibióticos amplio espectro: Ceftriaxona 2 gr c/12 hs, Ciprofloxacina u Ofloxacina 200 mg infusión /12 hr, Amikacina 500 mg c/12 hr

➔ Avisar de inmediato a Cirujano Servicio

11.6 Criterio de ingresos de hospitalización o realización de procedimiento:

➔ Paciente con la presencia de los elementos que conforman la triada o pentada de Charcot o Reynolds.

➔ Por la sospecha de la patología.

11.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- ➔ Medidas Generales propias de paciente en estado crítico en una unidad de cuidados intermedios o intensivos
- ➔ Vía central y Medidas para tratar el shock o evitarlas.
- ➔ En algunos pacientes el uso de esteroides en bolus esta indicado
- ➔ El Drenaje de las vías biliares es el tratamiento de elección, y el mismo se realiza según la preparación del equipo quirúrgico de guardia.
- ➔ Coledocotomía y colocación de tubo en T y lavado de vías por vía abierta o laparoscópica.

11.8 Criterios para egresar al usuario:

- ➔ Estable hemodinamicamente en las últimas 48 horas.
- ➔ Ausencia de fiebre, ictericia, vómitos, ausencia de sangrado o drenaje biliar.
- ➔ Buena tolerancia por la vía oral, no anemia moderada o severa.
- ➔ Estará condicionado a la causa base de la obstrucción.

11.9 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:

- ➔ Entrenamiento en cuanto al manejo ambulatorio, cuidado de la herida, manejo del tubo en T u otro tipo de drenaje, dieta establecida.
- ➔ Cita próxima, y conocimiento del procedimiento realizado, enfermedad de base y posibles complicaciones.

11.11 Donde Registrar y Notificar la Patología y si es de Notificación Obligatoria:

- ➔ Hoja de descripción procedimiento quirúrgico
- ➔ Libro de Procedimientos quirúrgicos (Sala Cirugía)
- ➔ Libro de ingresos
- ➔ Record del paciente
- ➔ SIG-REG

12. PANCREATITIS AGUDA (V87.4)

12.1 Concepto:

Es una inflamación del páncreas provocada por la acción de las enzimas pancreáticas activadas sobre si mismo. Producidas con mas frecuencia por litiasis biliar y causas alcohólica-alimentaria (60-85% de los casos),

12.2 Clasificación:

Desde el punto de vista anatomopatológico y correlación pronostica se clasifica en:

- Edematosa o intersticial (frecuente en 70%)
- Necrotico-hemorrágica

12.3 Signos y Síntomas:

- Dolor es el síntoma principal, meso epigástrico con irradiación al dorso o en cinturón. Otras veces es descrito como difuso. Es constante e intenso.
- Habitualmente asociado a abundante comida o ingesta de alcohol.
- Gran hipersensibilidad abdominal.
- Asociado a nauseas y vómitos, que no alivian el dolor.
- Fiebre < 38.5 °C y resultado del daño histico, si es >39°C, sospechar sepsis.
- Íleo Paralítico.
- Shock (grave deshidratación, taquicardia, hipotensión) por el secuestro de líquidos en 3er espacio, intestinal y retroperitoneal.
- Equimosis cutáneas peri umbilical (Cullen) y costo lumbar (Grey-Turner).
- Hallazgos secundarios a complicaciones precoces: Pulmonares: Derrame Pleural, Atelectasia, Shock). Renales: IRA. Cardiovasculares: Shock, Efusión pericárdica, alteraciones ST. Digestivas: Hemorragias gastrointestinales.

12.4 Diagnostico

- Historial Clínico y Examen Físico
- Exámenes de Laboratorio
 - Hemograma, TPT, TP, TC, TS, Tipificación sanguínea y Rh.
 - Bilirrubina, Fosfatasa alcalina, Transaminasas (ALT-AST), Amilasa serica y urinaria, Lipasa, glicemia, urea, creatinina, electrolitos.
 - Examen general de Orina
 - PCR, LDH, Proteínas totales, Gases arteriales
- Exámenes Radio-Imagenología
 - Sonografía Abdomen
 - Radiografía Abdomen Simple y Rx Tórax
 - Tomografía Abdominal (Técnica de mayor sensibilidad y especificidad).

12.5 Acciones a realizar en área de urgencias/emergencias:

- Luego de identificar al paciente con el posible diagnostico de Pancreatitis Aguda, iniciar una reposición hemodinámica-hidroelectrolítica.
- Reposición de Volumen canalización de vía periférica cat. #18 o central (subclavio o yugular interna) con Ringer Lactato 40 gts/min.

- ➔ Estabilización y monitorización de Signos Vitales cada 30 min.
- ➔ Reposo Absoluto en cama.
- ➔ Corrección de alteraciones metabólicas de existir.
- ➔ Descompresión naso gástrica con levin y aspiración continua (50-75mmhg)
- ➔ Colocación de sonda Foley para medición urinaria y control de hidratación.
- ➔ Realización de pruebas laboratorio y de imágenes.
- ➔ Ranitidina 50 mg c/8 hs
- ➔ Metoclopramida 10 mg c/8 hs
- ➔ Analgésicos iniciar con Metamizol 2 gr c/8 hr, si no hay mejoría, Tramadol 100 mg diluido EV muy lento o finalmente Meperidina (Demerol) 100 mg ev c/ 6-8 hrs. si dolor es muy fuerte y si el diagnostico ya esta confirmado por cuerpo de guardia.
- ➔ Antibióticos Profilácticos IV: Ceftacidima o Ceftriaxona 2 gr. c/8 y 12 hrs. Amikacina 500 mg c/ 12 hr. Metronidazol 500mg c/8 hrs.
- ➔ Valoración por Cirujano y Gastroenterólogo de guardia de inmediato.
- ➔ Valoración Cardiovascular con EKG o Ecocardiografía por cardiología o medicina interna.
- ➔ Admisión en Sala Clínica o Unidad de Cuidados Intensivos de acuerdo a la condición del usuario.

12.6 Criterio de ingresos de hospitalización o realización de procedimiento:

- ➔ Todo Paciente con sospecha de Pancreatitis aguda debe ser ingresado de inmediato y consultado al Departamento de Gastroenterología y Cirugía general.

12.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización o Unidad de Cuidados Intensivos:

- ➔ Nada por vía oral
- ➔ Posición Semisentada
- ➔ Signos Vitales c/ 30 min. y monitorizar de ser necesario
- ➔ Vigilar función respiratoria
- ➔ Vigilar diuresis por Foley horaria y anotar, avisar si es menor de 30cc/hora
- ➔ Vigilar drenaje por levin en aspiración continua.
- ➔ Vigilar cambios Abdominales.
- ➔ Reportar todos los análisis y estudios de imágenes indicados.
- ➔ Medidas para contrarrestar el shock: Soluciones, Albúmina, plasma, sangre total, según evaluación del equipo tratante por la profundidad y severidad del cuadro.
- ➔ Medidas para evitar la sepsis (Antibióticos ya descritos)
- ➔ Medidas para control del dolor (Ya descritas)
- ➔ Medidas para bloquear h2 o bomba protones.
- ➔ Medidas para disminuir la secreción pancreática y la autolisis (Trasylol, somatostatina)
- ➔ Reposición de Electrolitos (CA NA CL MG P)
- ➔ Alimentación enteral o parenteral.

12.8 Existen claras de indicaciones quirúrgicas:

- ➔ Laparoscopia o Laparotomía Exploratoria si persisten dudas razonables respecto al diagnóstico.
- ➔ Tratamiento del factor causal que puso en marcha la pancreatitis:
 - Colectomía
 - Colectomía con extracción de cálculos en colédoco por CPRE, Laparoscópico o clásico, y tubo en T, con múltiples drenajes en área peri pancreáticas.
- ➔ Exéresis o drenaje de tejido neurótico y de las complicaciones locales.

12.9 Criterios para egresar al usuario:

Paciente en franca resolución del cuadro inicial, sin dolor, sin ictericia, sin datos de sepsis general ni de la herida, sin drenajes o fistulas biliares o pancreáticas de importancia, sin datos de compromiso cardiorrespiratorio, con conservación de la función gastrointestinal, renal y metabólica.

12.10 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:

- ➔ Conocimiento parcial o total del paciente y familiares de la patología, origen y procedimientos realizados, así como de las complicaciones posibles derivadas de la enfermedad o de los procedimientos realizados.
- ➔ Entrenamiento en cuanto al manejo ambulatorio, cuidado de la herida, manejo del tubo en T u otro tipo de drenaje, dieta establecida.
- ➔ Cita próxima, y conocimiento del procedimiento realizado, enfermedad de base y posibles complicaciones.

12.11 Donde Registrar y Notificar la Patología y si es de Notificación Obligatoria:

- ➔ Hoja de descripción procedimiento quirúrgico
- ➔ Libro de Procedimientos quirúrgicos (Sala Cirugía)
- ➔ Libro de ingresos
- ➔ Record del paciente
- ➔ SIG-REG

13. SHOCK

13.1 Concepto:

Es un trastorno complejo del flujo sanguíneo que se caracteriza por una reducción de la perfusión tisular y del aporte de oxígeno por debajo de los niveles mínimos necesarios para poder satisfacer la demanda de los tejidos, a pesar de la intervención de los mecanismos compensatorios.

13.2 Clasificación:

- Hipovolemico: Quemaduras, hemorragias, deshidratación etc.
- Cardiogenico: Infarto agudo al miocardio, Arritmias, Taponamiento Cardíaco, Tromboembolismo Pulmonar.
- Séptico
- Neurogenico

13.3 Signos y Síntomas:

Durante el curso evolutivo del shock en cualquiera de sus causas, se suceden una serie de hechos que indican un compromiso hemodinámico del paciente.

- La Tensión arterial <90mmHg o descenso de >30mmHg de sus niveles basales.
- Presión Venosa Central disminuida (< 2-3 mmHg), excepto en el cardiogenico en que esta aumentado (10-12 mmHg).
- Alteraciones de la temperatura y coloración cutánea: Cianosis, sudoración fría, pérdida de recuperación o llenado capilar. Pueden estar ausentes en etapas iniciales.
- Trastornos Neurológicos: van desde la somnolencia hasta el coma profundo.
- Acidosis Metabólica, en fases precoces del shock puede haber alcalosis respiratoria.
- Pulso débil, rápido.

13.4 Diagnostico

- Historial Clínico y Examen Físico.
- Electrocardiograma
- Exámenes de Laboratorio
Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, tipificación sanguínea y Rh, electrolitos, coagulograma (TP TPT TC TS), cultivo y antibiograma.
ALT, AST, CPK mb, Amilasa
- Exámenes Imagenología: Tórax PA, Abdomen Simple y de otra área que evidencie patología. Sonografías Tomografías.

13.5 Acciones a realizar en área de urgencias/emergencias:

Los objetivos terapéuticos más importantes son:

- a) Mantener la TA encima de 90mmHg
 - b) Mantener una diuresis que oscile entre 35y40 cc/hora
 - c) Corregir la acidosis metabólica
- Colocar al paciente en posición Trendelenburg
 - Canalización de una vía venosa periférica con catéter # 16 o una vía central subclavia o yugular interna según el caso, e iniciar perfusión con Solución Salina o Ringer Lactato, iniciando con 300 cc en 20 gotas / min., vigilando no producir

sobrecarga, pudiendo repetir de ser necesario., luego continuar a goteo de 40 gts/min

- Monitorizar los signos vitales: ritmo y frecuencia cardiaca y pulso, Tensión Arterial
- Sonda vesical fija y medir diuresis horaria.
- Tomar muestras para laboratorios y realizar imágenes diagnosticas.
- Avisar de inmediato a Cirujano de Guardia, Cardiólogo de guardia o Intensivista para implementar tratamiento específico de inmediato.

13.6 Criterio de ingresos de hospitalización o realización de procedimiento:

- Todo paciente que presente los signos y síntomas antes descritos, y no haya mejoría o reversión de los mismos tras instaurar el tratamiento inicial en área de Emergencia.

13.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización o Unidad de Cuidados Intensivos:

- Traslado a la Unidad de Cuidados Intermedios o Cuidados Intensivos.
- Consignar el estado actual del paciente y su pronóstico inicial
- Posición de Trendelenburg
- Monitorización de signos vitales y parámetros como PVC cada 30 mins.
- Vigilar función neurológica, respiratoria, circulatoria, renal y hepática.
- Descompresión naso gástrica.
- Medir diuresis horaria por sonda y mantenerla a más de 35 cc /hr
- Reconfirmar toma de muestras de laboratorios, resultados e indicación de las pruebas controles. De igual manera radiología, Ekg y Ecocardiograma.
- Solución Salina o Ringer 40 gts/min. por catéter periférico o central.
- Plasma o expansores (Dextrano 4000, no más de 1000cc/24h
- Sangre fresca compatible libre de virus y previo pruebas cruzadas si HCTO <25% HGB < 8 gr, o evidencia de pérdida de más del 25% volemia o 1500 cc.
- Fármacos Inotrópicos: si persiste el shock con las medidas anteriores y se ha establecido un volumen circulante adecuado.
 - Dopamina 200mg (5 – 20 Ug/Kg/min). Diluir en D5% 250cc a 10-40 Gts/min.
 - Dobutamina 250 mg (5-20 Ug/kg/min.). Diluir en D5% 250cc a 7-28 gts/min.
- Corticoides: Metilprednisolona 500 mg inicio bolus, luego 40 mg c/8 hrs. EV. Solo en el Shock Anafiláctico.
- Antibioterapia: en el Shock Séptico: Ceftriaxoma 2 gr. inicio luego 1 gr. c/12 hr Amikacina 1 gr. inicio, luego 500 mg c/ 12 hs, Metronidazol 500 mg c/8h o Clindamicina 600mg c/6hr.
- Cambiar según antibiograma e I/C con Infectología
- Analgésicos: Neomelubrina 1 Amp EV o en la Solucion c/ 6 hr. Diclofenac 75 mg IM c/6-8 hr
- Ranitidina 50 mg EV c/8 hr
- Metoclopramida 10 mg EV C/6-8 hr.
- Oxigenoterapia 5-6 lts/min por catéter nasal o mascarilla.

- ➔ Tratamiento específico de la causa del Shock: Control de la hemorragia, control de la sepsis, drenaje abscesos, corrección de peritonitis en sus distintas causas. Tratamiento de las quemaduras, pancreatitis, Trombosis mesentéricas.
- ➔ Seguimiento Multidisciplinario por Medicina Interna, Intensivista, Nefrología, Cirugía, Insectología, Endocrinología.

13.8 Acciones generales a realizar en sala de Hospitalización:

- ➔ Posición Horizontal elevación de miembros inferiores
- ➔ Proteger al usuario contra el frío.
- ➔ Inmovilizar fracturas y colapso de focos hemorrágicos.
- ➔ Garantizar buena ventilación pulmonar y oxigenación adecuada.
- ➔ Reponer Volumen Sanguíneo
- ➔ Disminuir resistencia periférica mejorando la perfusión tisular.
- ➔ Evitar aglutinación y coagulación en la micro circulación
- ➔ Establecer control del equilibrio ácido base.
- ➔ Normalizar el gasto cardíaco
- ➔ Controlar y suprimir la Sepsis
- ➔ Contrarrestar la vasculitis
- ➔ Contrarrestar la acción de histamina, serotonina, quininas, endorfinas.
- ➔ Garantizar alimentación enteral o parenteral.

13.9 Criterios para egresar al usuario:

Ausencia de los signos y síntomas que se presentaron y justificarlos el ingreso, así como desaparición de los hallazgos de laboratorio y radiológicos.

Reposición de la volemia y normalización de los parámetros alterados (signos vitales)

Normalización función multiorgánica: cardiopulmonar, vascular, renal, gastrointestinal, hepatopancreática, neurológico, metabólico etc.)

13.10 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:

- ➔ Conocimiento parcial o total del paciente y familiares de la patología, origen y procedimientos realizados, así como de las complicaciones posibles derivadas de la enfermedad o de los procedimientos realizados.
- ➔ Entrenamiento en cuanto al manejo ambulatorio, dieta establecida y posibles secuelas.
- ➔ Cita próxima, y conocimiento del procedimiento realizado, enfermedad de base y posibles complicaciones.

13.11 Donde Registrar y Notificar la Patología y si es de Notificación Obligatoria:

- ➔ Hoja de descripción procedimiento quirúrgico
- ➔ Libro de Procedimientos quirúrgicos (Sala Cirugía)
- ➔ Libro de ingresos
- ➔ Record del paciente
- ➔ SIG-REG

14. QUEMADURAS (T31.X)

14.1 Concepto:

Denominamos quemaduras a las lesiones corporales provocadas por agentes físicos externos, que pueden ser térmicos, químicos, eléctricos o radioactivos.

14.2 Clasificación:

A. De acuerdo a la profundidad:

- 1er grado: Epidérmicas, únicamente esta afectada la epidermis (eritema).
- 2do grado: Dermicas superficiales, incluye toda la epidermis y la porción superior de la dermis (ampollas o flictenas). Dermicas profundas, afectan la epidermis, dermis y epitelio de revestimiento de glándulas y folículos.
- 3er grado: Hipodérmicas, incluye toda la dermis hasta la grasa subcutánea, músculos y puede existir compromiso óseo.

B. De acuerdo a su extensión y profundidad:

- Leves: Epidérmicas hasta 30%
Dermicas superficiales hasta 10%
Dermicas profundas hasta 5%
Hipodérmicas hasta 3%
- Moderadas: Epidérmicas de más de 30%
Dermicas superficiales hasta 20%
Dermicas profundas hasta 15%
Hipodérmicas hasta 10%
- Graves: Dermicas superficiales hasta 50%
Dermicas profundas hasta 30%
Hipodérmicas hasta 20%
- Críticas: Dermicas superficiales mayores del 50%
Dermicas profundas mayores de 30%
Hipodérmicas mayores de 20%

14.3 Signos y Síntomas:

- Lesiones corporales causadas por flama, escaldadura, vapor, químicos, electricidad, elementos radiactivos, caracterizados por eritema, ampollas, dolor.
- Enrojecimiento del tejido o palidez cérea en las profundas y más severas con ausencia de dolor.
- Evidencia posible de lesiones de las vías digestivas, respiratorias, etc.

14.4 Diagnóstico:

- Historial Clínico y Examen Físico. Electrocardiograma.
- Exámenes de Laboratorio: Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, electrolitos, gases arteriales, proteínas totales, coagulograma, tipificación sanguínea y Rh.
- Radiografía de Tórax

14.5 Acciones a realizar en el área de Emergencia/Urgencias.

- Pasar al usuario a la sala de curas
- Desvestir totalmente y retirar cuerpos extraños si existen
- Eliminar el agente causal de la lesión si aun existe. Gran baño.
- Determinar otras lesiones concomitantes y jerarquizarlas.
- Mantener y garantizar función ventilatoria conservada
- Canalizar dos vías venosas periféricas con catéter No.16 o18, administrar Solución Salina 0.9% o Ringer Lactato IV a goteo rápido.
- Investigar sobre agente etiológico, fecha y hora del accidente, peso, enfermedades acompañantes y tratamientos.
- Estimar el porcentaje de superficie corporal según esquemas establecidos (LUNDY BROWDER, WALLACE (9)
- Colocar sonda de Foley
- Eliminar tejido necrótico de ampollas, con abundante solución salina, jabón de Betadine y luego aplicar solución de betadine.
- Toma de muestras de los análisis previamente citados, realizar Radiografías, otros.
- Profilaxis contra el tétanos 0.5 ml Toxoide Tetanico IM.
- Avisar de inmediato al Cirujano de Guardia.
- Analgesia TRAMADOL 100mg diluido en 100 cc de Solucion IV, para infusión en 20 min.

14.6 Criterios de Hospitalización:

- Toda quemadura de segundo grado con una extensión de superficie corporal quemada (% SCQ) entre el 10 y 25% en el adulto y entre 5 y15% en ancianos y niños.
- Toda quemadura de tercer grado mayor del 10% SCQ.
- Toda quemadura que presente asociación con enfermedades sistémicas (diabetes, insuficiencia renal, EPOC, cardiopatía, etc.).
- Toda quemadura acompañada de otras lesiones (Poli trauma, inhalación de gases tóxicos, onda expansiva, etc.)
- Toda quemadura eléctrica o química.
- Toda quemadura localizada en cráneo, cara, cuello, axilas manos pies genitales, pliegues flexo extensión, independiente del % SCQ.

14.7 Manejo a realizar en sala de hospitalización:

- Traslado a Unidad de Quemados, cuidados intensivos o quirófanos, si no se ha hecho desbridamiento en Emergencia, de acuerdo al estado del usuario.
- Nada por vía oral
- Monitorización de signos vitales c/ 30 min. para evitar sobrecarga o deshidratación.
- Colocar sonda foley y medir diuresis cada hora. Mantener 50cc/h en adultos y 25cc/h en niños mayores de 2 años y 1cc/kg/h en menores de 2 años, o >100 cc/h en eléctricas.
- En casos de quemaduras moderadas y graves colocar catéter central y medir PVC c/hora.
- Colocar levin y evitar dilatación gástrica aguda.
- Colocar en área limpia con sabana estériles y mosquitero.

- Reportar analítica y exámenes indicados, así como indicación de los controles (SOS)
- Reposición de Volumen de líquidos con Salina o Ringer luego del calculo por formulas de Evans, Brooke o Parkland : **4ml x %SCQ x Kg de peso para 24 hs.**
 - ✓ El cálculo debe hacerse desde el momento de la quemadura.
 - ✓ Pasar 50% del total de líquidos calculado en las primeras 8 hrs. del accidente.
 - ✓ Pasar otros 50% cada 8 hrs.
 - ✓ En usuarios con mas de 50% SCQ se calculara para los líquidos como 50%.
 - ✓ Para el segundo día se calcula el 50% de los líquidos calculados para el 1er día.
- Antibioterapia: Ceftriaxona 2 gr. Inicio, luego 1 gr. c/12 hr IV. Amikacina 500 mg c/ 12 hs IV. Luego se según resultados cultivos periódicos
- Ranitidina 50 mg EV c/8 hs.
- Tramadol 100 mg diluido en 100cc sol cada 6 hrs. en infusión, cada 4-6 hrs.
- Oxigenoterapia: 5 lts / catéter nasal
- Tratamiento local de la herida utilizando Betadine, Sulfadiazina argéntica, Nitrofurazona, Bacitracina. Luego de retirar el tejido desvitalizado, se realizara diariamente cura con abundante solución salina o solución estéril, bajo sedación con acompañamiento del Anestesiólogo.
- Ínter consulta de inmediato con Servicios de Fisiatría y Cirugía Plástica.
- Multivitaminicos (compl. B, Vit C, Hiperalimentacion parenteral, Vit A, Vit E)
- Reservar sangre total o plasma en casode necesidad.

14.8 Acciones Generales a realizar en la sala de Hospitalización:

- Mantener al paciente en área aislada, pero confortable y vigilado por su condición
- Monitorización de signos vitales cada 1 o 2 horas.
- Movilización periódica para evitar escaras, adhesiones y retracciones.
- Terapia respiratoria para evitar neumonías posturales.
- Reposición volumen y reposición hidroelectrolitica adecuada
- Alimentación y reposición proteica adecuada al igual que multivitaminicos
- Evitar la Sepsis se la herida con cuidados locales y antibioterapia especifica.
- Evitar complicaciones gástricas con aspiración y protectores.
- Optimizar oxigenación tisular
- Control del dolor traumático y postoperatorio.
- Apoyo emocional Psicología o Psiquiatría.
- Indicación de pruebas de laboratorio e imágenes necearias para su seguimiento.
- Curaciones diarias mientras este hospitalizado.
- Valoración por Cirugía plástica reconstructiva

14.9 Criterios para egresar el(la) usuari@:

- Control de la sepsis de la herida y otros órganos
- Herida traumática o quirúrgicas (injertos) sin evidencia de sepsis
- No fiebre, ni anemia moderada-severa.
- Curaciones posibles en el hogar o posible cada 48-72 hrs. en el hospital.
- Condición aceptable que permite tratamiento oral o intramuscular en la casa.
- Heridas epitelizadas o en franca vía de ello.

14.10 Información que deben brindar al usuari@ durante el manejo y cuando sale de alta:

- Situación que origino su patología
- Procedimientos realizados, consecuencias y complicaciones.
- Tratamientos subsecuentes y procedimientos faltantes.
- Cuidados postoperatorios y seguimiento clínico-quirúrgico.
- Manejo de la herida
- Citas próximas

14.11 Donde registrar y notificar la Patología

Hoja o libro de registro de Emergencia

Libro de registro de Cirugía

Hoja de descripción quirúrgica

Record del Paciente

SIG-REC

VII. PROTOCOLOS DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO

- 1. Traqueotomía**
- 2. Cricotirotomía (Cricotiroidotomía)**
- 3. Tubo de Pecho**
- 4. Toracotomía (Toracotomía Pósterolateral Estándar).**
- 5. Laparotomía Exploratoria**
- 6. Apendicetomía.**
- 7. Diverticulectomía (De Meckel).**
- 8. Colostomía**
- 9. Colecistectomía**
- 10. Exploración del Colédoco**
- 11. Billroth I**
- 12. Billroth II**
- 13. Vagotomía Troncal (Por Vía Abdominal).**
- 14. Gastrostomía**
- 15. Cierre de Úlcera Gástrica o Duodenal Perforada. Cierre de Graham.**
- 16. Gastroyeyunostomía**
- 17. Píloroplastia, Según Técnica de Heineke Mikulicz.**
- 18. Yeyunostomía**
- 19. Herniorrafia Inguinal**
- 20. Herniorrafia Umbilical**
- 21. Herniorrafia Incisional**
- 22. Amputaciones**
- 23. Biopsias. Punción aspiración con aguja fina**

1. TRAQUEOTOMÍA. (31.1)

1.1 Concepto del procedimiento: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza una abertura en la tráquea donde se introduce una cánula que comunica al exterior.

1.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario consentimiento informado.
- Mesa quirúrgica. Puede realizarse en la misma cama del usuario.
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica o buena iluminación
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine).
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: bandeja de traqueotomía
- Sonda de traqueotomía
- Material gastable (catéter, gasas, hilos de sutura, jeringuillas, guantes, bisturí, xilocaína al 2%).

1.3 Como se realiza el procedimiento:

Luego de leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario o responsable, se coloca de preferencia y en la medida de lo posible, un soporte detrás de la espalda para extender el cuello, previa asepsia y antisepsia de región anterior del cuello, infiltración con xilocaína al 2% bajo sedación endovenosa. Se realiza incisión en la piel, transversal de la región cervical por encima de la horquilla esternal, se profundiza por planos rechazando a los lados tejido celular subcutáneo y músculos hasta exponer la cara anterior de la tráquea; se incide la tráquea y se inserta la cánula de traqueotomía. Se verifica hemostasia y se fija la cánula con la cinta o con puntos de nylon o seda. Nunca sellar herméticamente la herida quirúrgica. Se cubre con apósitos limpios. Se verifica oxigenación.

1.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

Lesión del cartilago cricoides o del primer anillo traqueal.
Hemostasia inadecuada
Ventilación inadecuada
Lesión del esófago. Lesión de la glándula tiroides
Lesión de las venas tiroideas inferiores o de las venas yugulares anteriores.

1.5 Cuidados Post operatorios:

- Aspirar la sonda de traqueotomía
- Cambio de apósitos
- Antibióticos de acuerdo a la patología de base.

1.6 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado.
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

1.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

2. CRICOTIROTOMIA (CRICOTIROIDOTOMÍA).

2.1 Concepto del procedimiento: Incisión quirúrgica de la membrana cricotiroidea.

2.2 Materiales y equipos necesarios para su realización:

- Formulario consentimiento informado.
- Mesa quirúrgica. Puede realizarse en la misma cama del usuario.
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica o buena iluminación.
- Ropa y campos estériles.
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine).
- Soluciones parenterales.
- Instrumental quirúrgico: bandeja de cirugía menor.
- Sonda de cricotirotomía.
- Material gastable (catéter, gasas, hilos de sutura, jeringuillas, guantes, bisturí, xilocaína al 2%).

2.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario o responsable. Se coloca de preferencia y en la medida de lo posible, un soporte detrás de la espalda para extender el cuello; previa asepsia y antisepsia de región anterior del cuello, infiltración con xilocaína al 2% o bajo sedación endovenosa. Se realiza incisión en la piel, transversa en la línea media de la región cervical anterior entre el cartílago tiroides y el cricoides, a nivel de la membrana cricotiroidea, se profundiza por planos rechazando a los lados tejido celular subcutáneo y músculos hasta exponer la cara anterior de la laringe; se incide la membrana cricotiroidea y se inserta la cánula. Se verifica hemostasia y se fija la cánula con la cinta o con puntos de nylon o seda. Nunca sellar herméticamente la herida quirúrgica. Se cubre con apósitos limpios. Se verifica oxigenación.

2.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar incidir por encima del cartílago tiroides (en la membrana tiroidea).
- Hemostasia inadecuada.
- Ventilación inadecuada.

2.5 Cuidados Post operatorios:

- Aspirar la sonda de ventilación
- Cambio de apósitos.
- Antibióticos de acuerdo a la patología de base.

2.6 Información que se ofrece al usuario:

- Informar sobre el procedimiento realizado.
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento.
- Informar sobre las condiciones del procedimiento.
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos.
- Informaciones nutricionales.
- Cuidados postoperatorios.
- Próxima cita.

2.7 Como se hace el reporte:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

3. TUBO DE PECHO. (34.91)

3.1 Concepto del procedimiento: Introducción quirúrgica de una sonda en el espacio pleural.

3.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

Formulario de consentimiento informado del procedimiento

- Mesa quirúrgica. Puede realizarse en la misma cama del usuario.
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica o buena iluminación.
- Ropa y campos estériles.
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine).
- Soluciones parenterales.
- Instrumental quirúrgico: bandeja de cirugía menor.
- Tubos de pecho No. 32, frasco de sello de agua
- Material gastable (catéter, gasas, hilos de sutura, jeringuillas, guantes, bisturí, xilocaína al 2%).

3.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

Previa colocación del usuario en posición semisentada generalmente, se realiza asepsia y antisepsia de pared torácica anterior y lateral con jabón y solución de Betadine y colocación de campos estériles, se infiltra con lidocaína al 2% a nivel del 5to espacio intercostal con línea axilar media, se incide sobre la costilla con bisturí, se diseca de manera oblicua hasta llegar al borde superior de la costilla, se introduce tubo de pecho con trocar (si tiene) o sujetado con una pinza si no tiene trocar hasta llegar al espacio pleural, se dirige hacia arriba y hacia atrás, se une tubo de pecho a sello de agua. Se fija el tubo con seda 1, una sutura es para fijar el tubo a través de varias jarretas; y la otra sutura de sea 1 se sutura en forma de U pero no se anuda, ya que este punto es para cerrar la herida luego de retirar el tubo. Se verificará el contenido que sale por el tubo y si está oscilando.

3.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Hemostasia inadecuada
- Penetración a la cavidad abdominal
- Fijación inadecuada del tubo de pecho
- Fallas en el sistema de sello de agua
- Orificio del tubo de pecho fuera de la cavidad torácica

3.5 Cuidados Post operatorios:

- Dieta líquida dependiendo de la anestesia.
- Posición semisentado
- Signos vitales cada 8 horas, vigilancia de la hidratación y diuresis.
- Soluciones EV
- Medicamentos: Cefalexina 1 gramo EV cada 6 horas, Ranitidina 50 mgrs cada 8 horas EV, Analgésicos: Diclofenac 75 mgr IM cada 8 horas.
- Ejercicios respiratorios al día siguiente.
- Radiografía de tórax control

3.6 Información que se ofrece al usuario:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

3.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

4. TORACOTOMIA (TORACOTOMÍA PÓSTEROLATERAL ESTÁNDAR EXPLORATORIA) (34.02)

4.1 Concepto del procedimiento: Incisión quirúrgica de la pared torácica.

4.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento.
- Mesa quirúrgica Maquina de anestesia. Tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo y Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Beadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: bandeja de cirugía de toracotomía. Separador de Finnochietto, aproximador de costillas, separadores maleables, pinzas de duval.
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, guantes, bisturí, tubos de pecho No. 32, frasco de sello de agua, z-o)

4.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable. Previa intubación endotraqueal y colocación de sonda vesical se coloca usuario en posición decúbito lateral con un soporte que debajo del tórax que lo eleve, se flexiona la extremidad inferior que queda debajo y la pierna superior queda extendida y entre las dos se coloca una almohadilla, se fija usuario en esta posición con sujetador de cadera o Z-O. Se acomodan las extremidades superiores. Se realiza asepsia y antisepsia con jabón y solución de Betadine y colocación de campos estériles. Se realiza la incisión en "S" a unos 3 cms del ángulo de la escápula que por delante se extiende al surco submamario y por detrás entre el borde interno de la escápula y la columna vertebral. Se profundiza por planos anatómicos seccionando los planos musculares y se llega a la parrilla costal, se palpan los espacios intercostales y se determina a través de cual se penetrará a la cavidad torácica. Se incide el periostio en la parte media de la costilla y se disecciona hacia el borde superior con el electrocauterio para seccionar los músculos intercostales y finalmente la fascia endotorácica y la pleura parietal, se protegen los bordes de las costillas con gasas o compresas húmedas y se coloca separador costal (de Finochietto), se realiza apertura adecuada de la pared costal. Se realiza el cierre verificando la hemostasia tanto de la cavidad como de la pared torácica, se colocan los tubos de pecho uno posterior basal y uno anterior apical que se introducen a través de incisiones que se realizan a nivel y por delante de la espina iliaca antero superior, se verifica el llenado adecuado del pulmón, se colocan 4 o 5 puntos separados de vicryl 1 que se extienden entre las costillas que limitan la apertura a la cavidad torácica, se retira el soporte localizado debajo del tórax. Se aproximan las costillas con el aproximador costal o con alguna pinza adecuada y se anudan los puntos de vicryl. Se suturan los diferentes planos musculares con vicryl 0, se sutura el tejido celular subcutáneo con vicryl 2-0 y la piel con grapas o con nylon 2-0 o nylon 3-0 o prolene.

4.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Prestar especial cuidado a la colocación del usuario
- Garantizar una homeostasia adecuada
- Evitar lesión de órganos vitales o importantes del tórax
- Evitar la colocación inadecuada de los tubos de pecho

Garantizar una ventilación adecuada del usuario

4.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral.
- Posición semisentado
- Signos vitales cada 6 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis.
- Soluciones EV
- Medicamentos: Cefalexina 1 gramo EV cada 6 horas, Ranitidina 50 mgrs cada 8 horas EV, Analgésicos: Diclofenac 75 mgr IM cada 8 horas.

4.6. Información que se ofrece al usuario:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

4.7 Como se hace el reporte:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento.

Record del usuario

SIG-REG

5. LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA. (54.11)

5.1 Concepto del procedimiento: Es la apertura y exploración de la cavidad abdominal

5.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- ➔ Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- ➔ Mesa quirúrgica. Mesa de Mayo. Lámpara quirúrgica
- ➔ Ropa y campos estériles
- ➔ Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- ➔ Instrumental quirúrgico: bandeja de laparotomía exploratoria
- ➔ Electrocauterio
- ➔ Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí)
- ➔ Soluciones parenterales

5.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable. Se realiza asepsia y antisepsia de la pared abdominal anterior y parte inferior de la pared torácica anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, se realiza incisión supra y/o infraumbilical, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se coloca separador automático, se realiza control vascular y luego control infeccioso (salida de material intestinal, colónico, rectal, urinario, biliar, gástrico) dependiendo de la situación. Luego se explora toda la cavidad abdominal, se revisa el estómago, el duodeno, todo el intestino iniciando en el ángulo duodeno-yeyunal, hasta la válvula ileocecal, luego todo el colon hasta el recto intraperitoneal. Se revisa el hígado, el bazo. Se incide el epiplón gastrocólico y se visualiza el páncreas. Nunca debe olvidarse revisar la superficie abdominal del diafragma para no obviar una hernia diafragmática. También debemos revisar el retroperitoneo: riñones, uréteres, vejiga, vena cava inferior, arteria aorta y ramas.

5.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- ➔ Evitar el fallo vascular y garantizar hemostasia.
- ➔ Prevención y control de infecciones
- ➔ Revisar completamente la cavidad abdominal y la trascavidad

5.5 Cuidados Post operatorios:

- ➔ Nada vía oral y aspirar sonda nasogastrica.
- ➔ Posición semisentado
- ➔ Signos vitales cada 4 horas
- ➔ Vigilancia de la hidratación y diuresis.
- ➔ Soluciones EV
- ➔ Medicamentos: Cefalexina 1 gramo EV cada 6 horas, Ranitidina 50 mgrs cada 8 horas EV, Analgésicos: Diclofenac 75 mgr IM cada 12 horas.

5.6 Información que se ofrece al usuario:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

5.7 Como se hace el reporte:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento.

Record del usuario

SIG-REG

6. APENDICETOMÍA (47.01)

6.1 Concepto del procedimiento:

Es la extirpación quirúrgica del apéndice vermicular, que se puede realizar por abordaje abierto clásico o por vía laparoscópica.

6.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- ➔ Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- ➔ Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- ➔ Mesa de Mayo
- ➔ Lámpara quirúrgica
- ➔ Ropa y campos estériles
- ➔ Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- ➔ Soluciones parenterales
- ➔ Instrumental quirúrgico: bandeja de apendicetomía
- ➔ Electrocauterio
- ➔ Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).

6.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

ABIERTO: Se coloca usuario en decúbito supino, se realiza asepsia y antisepsia de la pared abdominal anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, se realiza incisión de la piel (incisión de McBurney o de Rocky-David o paramediana derecha), se profundiza por planos anatómicos separando los músculos de la pared antero-lateral del abdomen según la dirección de sus fibras hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dicha cavidad en la medida que las condiciones del usuario lo permitan, se localiza el apéndice vermicular, se liga con crómico 2-0 el mesoapéndice, se liga la base con crómico 0, se extirpa el apéndice, se invagina el muñón apendicular con seda 4-0 en forma de jarreta o de punto en z, se introduce gasa montada en pinza de anillo al fondo de saco de Douglas, se aspira cualquier contenido purulento, se sutura peritoneo con crómico 0, se aproximan músculos con crómico 0, se sutura aponeurosis con vicryl 1, se aproximan planos subcutáneos con crómico 3-0 si no hay infección, se sutura la piel con nylon 3-0.

Laparoscopia: igual manera con tres entradas (trocares) y se liga mesoapéndice con hilo(Endo nudos, clips o diatermia bipolar. La Base apendicular se liga con hilo vicryl 0, con clips o con endograpadoras.

6.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar laceraciones del ciego inflamado durante la disección.
- Garantizar una adecuada ligadura de los vasos del mesoapéndice inflamado
- Adecuado manejo del muñón apendicular
- Realizar una hemostasia adecuada

6.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Gentamicina 160 mg EV cada 24 horas. Si hay perforación metronidazol 500 mgr EV cada 8 horas. Ranitidina 50 mg cada 8 horas EV, Analgésicos: diclofenac 75 mgr IM cada 12 horas.

6.6 Informaciones deben brindar al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Etapa en la que se encontró el apéndice y la cavidad abdominal
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

6.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento.

Record del usuario

SIG-REG

7. DIVERTICULECTOMIA DE MECKEL (CIE 9)

7.1 Concepto del procedimiento:

Es la extirpación quirúrgica de un divertículo.

7.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: bandeja de laparotomía exploratoria
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).

7.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable. Se coloca usuario en decúbito supino, se realiza asepsia y antisepsia de la pared abdominal anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, se realiza incisión media infraumbilical con bordeo de cicatriz umbilical, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dicha cavidad en la medida que las condiciones del usuario y el tipo de anestesia lo permita.

Se localiza la porción terminal del ileon y se identifica el divertículo de Meckel, se realiza resección en cuña del ileon, se anastomosa en doble plano con crómico 3-0 y seda 30, se aspira cualquier contenido purulento, se sutura peritoneo con crómico 0, se sutura aponeurosis con vicryl 1, se aproximan planos subcutáneos con crómico si no hay infección; se sutura la piel con nylon 3-0.

Laparoscopico bajo igual técnica, pero realizando endonudos o con grapadora y endonudos.

7.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar goteo de contenido intestinal en la cavidad abdominal aceraciones del ciego inflamado durante la disección.
- Garantizar una adecuada ligadura de los vasos del mesoapéndice inflamado.
- Adecuado manejo del divertículo de Meckel (de la base)

7.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Ranitidina 50 mg cada 8 horas EV, Analgésicos: diclofenac 75 mgr IM cada 12 horas.

7.6 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra.
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

7.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

8. COLOSTOMÍA (46.1)

8.1 Concepto del procedimiento:

Creación quirúrgica de una abertura temporal o permanente en el colon que lo comunica con el exterior a través de la pared abdominal (ano artificial).

8.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: bandeja de laparotomía exploratoria
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).

8.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

Se coloca usuario en decúbito supino, de preferencia se selecciona el lugar en la piel donde se localizará la ostomía, se realiza asepsia y antisepsia de la pared abdominal anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, se realiza incisión media supra y/o infraumbilical, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dicha cavidad en la medida que el tipo de anestesia lo permita.

A. En asa: Se localiza el asa colónica donde se va a realizar la colostomía, se verifica la movilidad de ese segmento, se libera el epiplón redundante, se incide la piel en el lugar previamente señalado, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se exterioriza el asa colónica a través de la incisión, se fija con dos puntos la pared colónica a la aponeurosis con vicryl 2-0, tomando solamente seromuscular y no penetrando a la luz del colon, se incide el colon a nivel de la tenia expuesta y se evierten los bordes del orificio fijándolo a la piel con puntos discontinuos de seda 3-0. Se verifica la hemostasia.

B. Tipo Devine: Se localiza el asa colónica donde se va a realizar la colostomía y/o se secciona el colon afectado, se dirigen los segmentos del colon a la pared abdominal anterior, se realizan los orificios en la piel para extraer “las bocas” colónicas, se exteriorizan unos 6-8 cms, se fija con dos puntos de vicryl 2-0 la seromuscular del colon

a la aponeurosis, se evierten los bordes del extremo colónico con puntos discontinuos de seda 3-0 que se fijan a la piel.

C. Tipo Hartmann: Se secciona el colon afectado, se lleva a la pared abdominal anterior el segmento proximal que se extrae a través de una incisión en la pared abdominal, se fija la seromuscular de colon con dos puntos devicryl 2-0 a la aponeurosis, se evierten los bordes del extremo colónico con puntos discontinuos de sea 3-0 que lo fijan a la piel. El extremo distal se sutura en doble plano con crómico 3-0 y seda 3-0, se fija al peritoneo parietal, se verifica la hemostasia.

8.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar contaminación de la cavidad abdominal.
- Evitar tensión en el segmento que se exterioriza
- Evitar que el orificio dérmico sea muy estrecho y produzca isquemia del segmento colónico exteriorizado.
- Garantizar un adecuado cierre del segmento distal en la colostomía de Hartmann

8.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Gentamicina 160 mgr EV cada 24 horas. Si hay perforación metronidazol 500 mgr EV cada 8 horas. Ranitidina 50 mg cada 8 horas EV, Analgésicos: diclofenac 75 mgr IM cada 12 horas.

8.6 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

8.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

9. COLECISTECTOMIA (51.22)

9.1 Concepto del procedimiento:

Es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar.

9.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: bandeja de vesícula (de colecistectomía)
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).

9.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

A. Vía Clásica o Abierta: Se realiza asepsia y antisepsia de la pared abdominal anterior y parte inferior de la pared torácica anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, el usuario en posición de ligero Fowler, se realiza incisión subcostal derecha (Kocher), o paramediana derecha, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dicha cavidad. Se palpa la vesícula biliar, se pinza la bolsa de Hartmann, se deseca el conducto cístico y la arteria cística, luego de identificados se ligan estos elementos con Vicryl 2-0 y se seccionan entre las ligaduras. Ahora se procede a liberar la vesícula biliar de la fosa cística incidiendo el peritoneo vesicular y liberándola. Se verifica hemostasia. Se palpa el conducto colédoco. Se cierra pared abdominal por planos anatómicos: peritoneo con crómico 0, aponeurosis con vicryl o prolene del 1, tejido celular subcutáneo con crómico 3-0, piel con nylon o prolene 3-0. En caso de estar gravemente inflamada la vesícula biliar o no ser posible identificar los elementos del pedículo de manera adecuada se procederá a disecar desde el fondo hasta el cuello de la vesícula, y no se ligará ningún elemento hasta estar completamente identificado de manera segura.

B. Vía Laparoscópica: Se realiza incisión periumbilical de 1 cms hasta identificar la fascia, se inicia neumoperitoneo a través de punción de aguja de Veress o a través de trocar de Hassan, de 10 mm, para la introducción de telescopio-cámara de 10 mm, se introducen bajo visión directa otro trocar de 10mm en epigastrio y 2 trocates de 5 mm en HD, para introducir 2 graspers de 5 mm en fonso vesicular y en bolsa de hartman. Se inicia disección del triangulo de Callot, identificando las estructuras, Conducto cístico, arteria cística los cuales se realiza clipaje titanio y sección bajo tijera laparoscopia. Se inicia disección de vesícula biliar por diatermia del lecho a través de hook, . Se verifica hemostasia y se lava –aspira contenido, se expone y se extrae la vesícula con lito a través de orificio epigástrico. Se cierra la fascia de los orificios de 10mm con Vicryl 0 y la piel con Nylos o prolene 3-0.

9.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- ➔ Evitar laceraciones de la arteria hepática o la vena porta.
- ➔ Evitar lesión de los conductos biliares
- ➔ Garantizar una adecuada ligadura de los vasos.
- ➔ Evitar lesión del duodeno o del colon durante la disección.
- ➔ Realizar una hemostasia adecuada de la fosa cística en el Hígado.

9.5 Cuidados Post operatorios:

- ➔ Nada vía oral
- ➔ Signos vitales cada 8 horas
- ➔ Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- ➔ Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Ranitidina 50 mg cada 8 horas EV, Analgésicos: Ketorolato 1 ampolla EV cada 6-8 horas.

9.6 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- ➔ Informar sobre el procedimiento realizado
- ➔ Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- ➔ Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- ➔ Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- ➔ Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- ➔ Informaciones nutricionales
- ➔ Cuidados postoperatorios
- ➔ Próxima cita

9.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

10. EXPLORACIÓN DEL COLÉDOCO (51.41, 51.42)

10.1 Concepto del procedimiento:

Técnica en la cual se incide el colédoco y se revisa su interior.

10.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: bandeja de vesícula y set de exorcación de colédoco
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).

10.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

A. Vía Abierta: Se prepara la pared abdominal anterior y la parte inferior de la pared torácica anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, el usuario en posición de ligero Fowler, se realiza incisión (subcostal derecha, media supraumbilical con bordeo de la cicatriz umbilical, paramediana derecha o paramediana derecha oblicua), se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dicha cavidad. Se localiza el pedículo hepático a nivel del borde libre del epiplón menor, se localiza el conducto colédoco, colocan dos puntos de seda 4-0 en su pared anterior y se incide con bisturí 11, se amplía incisión con tijeras, se explora su luz con pinzas de Randall, cucharillas, aspiración, sondas de Levine; se coloca sonda en T en su interior y se sutura con puntos discontinuos de seda 4-0, se revisa cavidad y se cierra por planos anatómicos; peritoneo con crómico 0, aponeurosis con vicryl o prolene del 1, tejido celular subcutáneo con crómico 3-0, piel con nylon o prolene 3-0.

B. Vía Laparoscópica: bajo la misma técnica que abierta, pero con técnica de mínimo acceso.

10.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar lesión de los conductos biliares
- Garantizar la permeabilidad del colédoco para evitar daño de la ampolla de Vater o del páncreas.
- Prevenir ruptura del conducto colédoco
- Evitar la perforación del duodeno.
- Adecuado manejo de las vías biliares para evitar infecciones.
- Remover todos los cálculos biliares
- Realizar una hemostasia adecuada

10.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas. Ranitidina 50 mg cada 8 horas EV, Analgésicos: Ketorolato 1 ampolla EV cada 6-8 horas.

10.6 Informaciones deben brindar al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

10.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

11. BILLROTH I (44.02)

11.1 Concepto del procedimiento:

Resección de un segmento del estómago con reconstrucción del tránsito digestivo a través de una gastroduodenostomía (término Terminal).

11.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: de cirugía gástrica
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).

11.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

Se coloca soporte detrás de la espalda, se lava la pared abdominal anterior y la parte inferior de la pared torácica anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, el usuario en posición de ligero Fowler, se realiza incisión media supraumbilical con borde de la cicatriz umbilical, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dicha cavidad. Se valora la causa de la indicación quirúrgica, si tiene indicación de vagotomía se realiza según norma de dicho procedimiento, se realiza maniobra de Kocher, se libera el epiplón mayor del color transversal, se determina extensión de la gastrectomía, se liberan tanto la curvatura mayor como la menor seccionando los vasos previa ligadura con seda del 2-0, se disecciona y libera la parte inicial de la primera porción del duodeno, se colocan las pinzas de potts o los clamps intestinales y se realiza la sección del duodeno y del estómago. Se verifica la irrigación de los bordes, se verifica que no haya tensión, se sutura a partir de la curvatura menor el muñón gástrico en doble sutura continua con crómico 3-0 y seda 3-0 hasta dejar unos 6 a 8 cms. Con lo cual se realizará la anastomosis gastroduodenal. Esta anastomosis se realizará en doble línea de sutura continua con crómico 3-0 a nivel de la mucosa, sutura de Conell y puntos de Lembert con seda 3-0 a nivel de la seromuscular, verificando la permeabilidad de la luz. Se verifican los ángulos de la sutura y se refuerzan estos con dos puntos discontinuos de sea 3-0. se deja una sonda nasogástrica. Se revisa la cavidad y la hemostasia y se procede a cerrar la pared abdominal por planos anatómicos, peritoneo con crómico 0, aponeurosis con vicryl o prolene 1, la piel con nylon o prolene.

11.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar lesión del colédoco o la ampolla de Vater, trauma pancreático y de bazo
- Garantizar una adecuada boca anastomótica
- Resección completa del antro gástrico
- Realizar una hemostasia adecuada

11.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Gentamicina 80 mg. cada 12 horas, Ranitidina 50 mgrs cada 8 horas EV, analgésicos: Ketorolato 1 ampolla EV cada 6-8 horas o Tramadol 1 amp en cada Solución, vitamina C 500 mg EV cada 24 h, Complejo B 5 cc c/ sol.

11.6 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

11.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

12. BILLROTH II (44.03)

12.1 Concepto del procedimiento:

Resección de un segmento del estómago con reconstrucción del tránsito digestivo a través de una gastroyeyunostomía (término lateral).

12.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: de cirugía gástrica
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).

12.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

Se coloca soporte detrás de la espalda, se prepara la pared abdominal anterior y la parte inferior de la pared torácica anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, el usuario en posición de ligero Fowler, se realiza incisión media supraumbilical con borde de la cicatriz umbilical, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dicha cavidad. Se valora la causa de la indicación quirúrgica, si tiene indicación de vagotomía se realiza según norma de dicho procedimiento, se realiza maniobra de Kocher, se libera el epiplón mayor del colon transversal, se determina extensión de la gastrectomía, se liberan tanto la curvatura mayor como la menor seleccionando los vasos previa ligadura con seda del 2-0, se disecciona y libera la pared inicial de la primera porción del duodeno, se colocan las pinzas de Potts o los clamps intestinales y se realiza la sección del duodeno y del estómago. Se procede a valorar y suturar el muñón duodenal en dos capas, la primera con crómico 3-0 sutura continua por debajo del clamps, se retira el clamp y se regresa con la misma sutura hacia el otro extremo, luego sutura discontinua de Lembert con seda 3-0. se verifica la vascularidad de los bordes de sección del estómago, se sutura a partir de la curvatura menor el muñón gástrico en doble sutura continua con crómico 3-0 y seda 3-0 hasta dejar unos 6 a 8 cms, con lo cual se realizará la anastomosis gastroyeyunal. Se procede a seleccionar un asa yeyunal adecuada donde realizar la anastomosis, se incide dicha asa y se realiza la anastomosis en doble línea de sutura continua con crómico 3-0 a nivel de la mucosa sutura de Conell y puntos de Lembert con seda 3 0 a nivel de la seromuscular,

verificando la permeabilidad de la luz. Se verifican los ángulos de la sutura y se refuerzan estos con dos puntos discontinuos de seda 3- 0. Se deja una sonda nasogástrica. Se revisa la cavidad y la hemostasia y se procede a cerrar la pared abdominal por planos anatómicos, peritoneo con crómico 0, aponeurosis con vicryl 1 o prolene 1, la piel con nylon o prolene. Se procede identificar asa de yeyuno y se realiza entero-entero anastomosis Brown de igual manera para evitar el síndrome de asa aferente.

12.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar cierre inadecuado del muñón duodenal.
- Evitar lesión del colédoco o la ampolla de Vater, trauma pancreático y de bazo
- Garantizar una adecuada boca anastomótica
- Resección completa del antro gástrico
- Realizar una hemostasia adecuada
- Evitar se produzca una gastroileostomía inadvertida
- Evitar una longitud excesiva del asa aferente

12.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Gentamicina 80 mg. cada 12 horas, Ranitidina 50 mgrs cada 8 horas EV, analgésicos: Ketorolato 1 ampolla EV cada 6-8 horas o Tramadol 1 amp en cada Solución, vitamina C 500 mg EV cada 24 h, Complejo B 5 cc c/ sol.

12.6 Informaciones deben brindar al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

12.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

13. VAGOTONÍA TRONCAL (POR VÍA ABDOMINAL). (44.01)

13.1 Concepto del procedimiento:

Sección de los nervios vagos antes de dividirse en ramas abdominales (celíaca y hepática) y ramas para el estómago.

13.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- ➔ Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- ➔ Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- ➔ Mesa de Mayo
- ➔ Lámpara quirúrgica
- ➔ Ropa y campos estériles
- ➔ Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- ➔ Soluciones parenterales
- ➔ Instrumental quirúrgico: de cirugía gástrica y Laparotomía
- ➔ Electrocauterio
- ➔ Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).

13.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable. Se coloca soporte detrás de la espalda, se lava la pared abdominal anterior y la parte inferior de la pared torácica anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, el usuario en posición de ligero Fowler, se realiza incisión media supraumbilical con bordeo de la cicatriz umbilical, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dicha cavidad. Se procede a movilizar el lóbulo izquierdo del hígado seccionando el ligamento triangular izquierdo, y se separa el hígado. Se secciona el peritoneo que cubre la cara anterior del esófago abdominal y se libera esta cara, se introduce el dedo índice por detrás del esófago tomando como referencia la sonda nasogástrica y se bordea hasta poder pasar un dren de penrose, se localizan y disecan los troncos de los nervios vagos, luego se pinzan los ángulos rectos, se seccionan y ligan con seda 3-0, en una longitud de unos 4-6 cms. se revisa que no quede ninguna rama nerviosa. Se retira el dren, se verifica la hemostasia. Se realiza procedimiento de drenaje. Se cierra cavidad por planos anatómicos: peritoneo con crómico 0, aponeurosis con vicryl o prolene 1, tejido celular subcutáneo con crómico 3-0 y la piel con nylon o prolene 3-0.

13.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- ➔ Evitar traumas del esófago y bazo.
- ➔ Garantizar la vagotomía completa.
- ➔ Evitar daño del hiato esofágico produciendo hernia hiatal postquirúrgica.
- ➔ Realizar una hemostasia adecuada

13.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Ranitidina 50 mg cada 8 horas EV, Analgésicos: Ketorolato 1 ampolla EV c/6-8 horas.

13.6 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

13.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.

Hoja descripción del procedimiento.

Record del usuario

SIG-REG

14. GASTROSTOMIA (43.1)

14.1 Concepto del procedimiento:

Creación quirúrgica de una abertura temporal o permanente en el estómago que lo comunica con el exterior a través de la pared abdominal, para descompresión o para alimentación.

14.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: de cirugía gástrica
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).
- Sonda de gastrostomía o similar.

14.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

De Stamm: Se coloca usuario en decúbito supino, se realiza aposesia y antisepsia de la pared abdominal anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, el usuario en posición de ligero Fowler, se realiza incisión media supraumbilical, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dicha cavidad en la medida que las condiciones del usuario y el tipo de anestesia lo permita. Se localiza la pared gástrica anterior y se verifica que llegue sin tensión a la pared abdominal, se realiza doble sutura concéntrica en jarreta con seda 3-0, se incide el estómago en el centro de dichas jarretas, se verifica entrada a su luz, se selecciona lugar de la pared abdominal anterior donde se realizará incisión para salida de la sonda, se incide en dicho lugar, se introduce sonda de gastrostomía o de Foley, se anudan las suturas de jarretas, se fija la pared gástrica alrededor de la sonda al peritoneo parietal con cuatro puntos cardinales de seda 3-0. se procede a cerrar la pared abdominal por planos anatómicos, peritoneo con crómico 0, aponeurosis con vicryl-1 o prolene 1, la piel con nylon o prolene 3-0.

14.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar goteo del contenido gástrico en la cavidad abdominal.
- Colocación adecuada de la sonda de gastrostomía
- Realizar una hemostasia adecuada

14.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Ranitidina 50 mg cada 8 horas EV, Analgésicos: Ketorolato 1 ampolla EV c/6-8 horas.

14.6 Informaciones deben brindar al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

14.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

15. CIERRE DE ULCERA GÁSTRICA O DUODENAL PERFORADA. CIERRE DE GRAHAM

15.1 Concepto del procedimiento:

Consiste en el cierre de la perforación del estómago o del duodeno introduciendo en su interior un segmento pediculado del epiplón mayor.

15.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: de cirugía gástrica y Laparotomía
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).
- Sonda de gastrostomía o similar.

15.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

Se realiza asepsia y antisepsia de la pared abdominal anterior y la parte inferior de la pared torácica anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, el usuario en posición de ligero Fowler, se realiza incisión media supraumbilical con borde de la cicatriz umbilical, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dicha cavidad. Se toma cultivo de líquido peritoneal, se aspira dicho líquido, se localiza lugar de la perforación, si es en el estómago se realiza biopsia de los bordes, se desbridan ligeramente dichos bordes, se dan puntos de seda 3-0 de un extremo al otro de la perforación, se coloca epiplón en la perforación y se anudan los puntos de seda sobre el epiplón. Se lava la cavidad abdominal con abundante cantidad de solución salina, se aspira dicho líquido y se cierra cavidad abdominal por planos anatómicos, peritoneo con crómico 0, aponeurosis con vicryl 1 o prolene 1, la piel con nylon o prolene 3-0.

Si la perforación tiene menos de 8 horas, no hay contaminación evidente y las condiciones del usuario lo permiten se debe realizar vagotomía truncal más piloroplastia como tratamiento definitivo, además del cierre de la perforación según la técnica descrita. Si es tumor gástrico evidente el que está perforado y las condiciones del usuario lo permiten se realiza resección de dicho tumor y reconstrucción tipo B II.

15.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Cerrar adecuadamente la perforación.
- Garantizar adecuada corrección hidroelectrolítica
- Realizar una hemostasia adecuada

15.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Gentamicina 160 mgrs EV c/24 horas, Ranitidina 50 mgrs cada 8 horas EV, Analgésicos: ketorolato 1 Amp. EV cada 6-8 horas- o Tramadol 1 Amp. en cada sol.

15.6 Informaciones deben brindar al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

16.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

16. GASTROYEYUNOSTOMIA. (43.7)

16.1 Concepto del procedimiento:

Consiste en la unión quirúrgica entre el estómago y el yeyuno

16.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: de cirugía gástrica
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).
- Sonda de gastrostomía o similar.

16.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

Se realiza asepsia y antisepsia de la pared abdominal anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, el usuario en posición de ligero Fowler, se realiza incisión media supraumbilical con bordeo de la cicatriz umbilical, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dihcavidad. Se localiza la parte baja de la curvatura mayor del estómago a unos 3 a 5 cms del píloro y se localiza un asa yeyunal que se corresponde adecuadamente, se puede realizar la anastomosis antecólica o retrocólica de acuerdo a la indicación, cuando se incide el mesocolon transversal se hace a la izquierda de los vasos cólicos medios, se realiza sutura continua con seda 3-0 para unir la pared posterior de la gastroyeyunostomía, se inciden el estómago y el yeyuno, se realiza sutura continua con crómico 3-0 según técnica de Connell uniendo la mucosa de ambos órganos y garantizando la luz adecuada de la anastomosis, que no se estreche, luego se sutura la seromuscular de ambos órganos con seda 3-0 con puntos de Lembert. Se refuerzan los ángulos con puntos de seda 3-0. Se fija el estómago al mesocolon transversal con varios puntos de seda 3-0. Se verifica la hemostasia y se procede a cerrar la pared abdominal por planos anatómicos, peritoneo con crómico o, aponeurosis con vicryl 1 o prolene 1, la piel con nylon o prolene.

16.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar hemorragia gástrica posquirúrgica
- Prevenir obstrucción de la anastomosis
- Realizar una hemostasia adecuada

16.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Ranitidina 50 mgrs cada 8 horas EV, Analgésicos: ketorolato 1 Amp. EV cada 6-8 horas.

16.6 Informaciones deben brindar al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

16.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

17. PILOROPLASTIA, SEGÚN TÉCNICA DE HEINEKE MIKULICZ. (44.2)

17.1 Concepto del procedimiento:

Es la ruptura del esfínter pilórico y el cierre de este de manera transversa.

17.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: de cirugía gástrica
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).
- Sonda de gastrostomía o similar.

17.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

Se realiza asepsia y antisepsia de la pared abdominal con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, el usuario en posición de ligero Fowler, se realiza incisión media supraumbilical con bordeo de la cicatriz umbilical, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dicha cavidad. Generalmente se realiza después de vagotomía como procedimiento de drenaje, se localiza el píloro, se realiza maniobra de Kocher, se colocan dos puntos de seda 3-0 en los extremos del esfínter pilórico como referencia, se realiza la incisión de todas las capas del estómago y de la primera porción del duodeno en una extensión de unos 5 cms seccionando el esfínter pilórico, se realiza sutura transversa de la incisión en dos capas con seda 3-0, sutura discontinua. Se verifica la permeabilidad de la piloroplastia, se revisa hemostasia y se procede a cerrar la pared abdominal por planos anatómicos, peritoneo con crómico 0, aponeurosis con vicryl 1 o prolene 1, la piel con nylon o prolene.

17.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar goteo (fuga) de la línea de sutura.
- Prevenir obstrucción de la anastomosis
- Realizar una hemostasia adecuada

17.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Gentamicina 160 mgrs EV c/24 horas, Ranitidina 50 mgrs cada 8 horas EV, Analgésicos: ketorolato 1 Amp. EV cada 6-8 horas- o Tramadol 1 Amp. en cada sol.

17.6 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

17.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

18. YEYUNOSTOMIA. (46.1)

18.1 Concepto del procedimiento:

Creación quirúrgica de una abertura temporal o permanente en el yeyuno que lo comunica con el exterior a través de la pared abdominal, habitualmente para alimentación.

18.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: bandeja de de cirugía gástrica
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).

18.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable. Se coloca usuario en decúbito supino, se realiza asepsia y antisepsia de la pared abdominal anterior con jabón y solución de betadine y se colocan campos estériles, se realiza incisión media supraumbilical, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a cavidad abdominal, se realiza revisión de dicha cavidad en la medida que las condiciones del usuario y el tipo de anestesia lo permita. Se localiza asa yeyunal a partir del asa fija y se verifica que llegue sin tensión a la pared abdominal, se realiza doble sutura concéntrica en jarreta con seda 3-0, se incide el yeyuno en el centro de dichas jarretas, se verifica entrada a su luz, se selecciona lugar de la pared abdominal anterior donde se realizará incisión para salida de la sonda, se incide en dicho lugar, se introduce sonda de yeyunostomía o de Foley, se anudan las suturas de jarretas, se fija la pared yeyunal alrededor de la sonda al peritoneo parietal con cuatro puntos cardinales de seda 3-0.(stam), si realizamos una tunelizacion de pared yeyunal antes de fijarlo a la pared según Withzel. Se procede a cerrar la pared abdominal por planos anatómicos, peritoneo con crómico 0, aponeurosis con vicryl 1 o prolene 1, la piel con nylon o prolene 3-0.

18.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar goteo del contenido yeyunal en la cavidad abdominal
- Fijación adecuada de la sonda de yeyunostomía
- Evitar la inflación excesiva del balón de la sonda.
- Realizar una hemostasia adecuada

18.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Ranitidina 50 mgrs cada 8 horas EV, Analgésicos: ketorolato 1 Amp. EV cada 6-8 horas- o Tramadol 1 Amp. en cada sol.

18.6 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento y la muestra (si la hubiere)
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio.
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

18.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

19. HERNIORRAFIA INGUINAL (53.2)

19.1 Concepto del procedimiento:

Reparación quirúrgica de un defecto herniario utilizando los propios tejidos del usuario.

19.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: bandeja de cirugía de hernias
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren).

19.3 Como se realiza el procedimiento:

Se realiza asepsia y antisepsia de la pared abdominal anterior, genitales y parte superior del muslo ipsilateral con jabón y solución de Betadine y se colocan campos estériles, se realiza incisión transversal en la región inguinal afectada, se profundiza por planos anatómicos hasta llegar a la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, la cual se incide seccionando el anillo inguinal superficial, preservando las ramas nerviosas, se libera el cordón espermático (ligamento redondo) y se verifica el tipo de hernia inguinal, se disecciona el saco herniario que si es indirecto se liberará y se diseccionará hasta el cuello donde se ligará con vicryl 0. Si es directo se liberará y se envaginará con vicryl 2-0. se decide tipo de reparación que en la medida de lo posible será según la técnica de Shouldice en cuatro planos de sutura con prolene 2-0, incidiendo la fascia transversalis e iniciando la sutura a nivel de la espinal del pubis con el punto en “corona” y de manera continua unir fascia transversalis con fascia transversalis hasta el anillo inguinal profundo, sin seccionar el hilo nos devolvemos suturando el segmento proximal de la fascia transversales al borde del ligamento inguinal hasta llegar a la espina del pubis donde se secciona el hilo. En la tercera capa se inicia a nivel del anillo inguinal profundo, se unen el arco del transverso y el ligamento inguinal hasta llegar a la espinal del pubis, se devuelve la sutura tomando nuevamente el arco del transverso y el ligamento inguinal hasta terminal en el anillo inguinal profundo. Se verifica hemostasia, se coloca el cordón espermático en su lugar, se sutura la aponeurosis del oblicuo mayor con vicryl 0, se suturan las aponeurosis de Camper y Scarpa con crómico 2-0 y la piel con nylon o prolene del 3-0.

19.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar lesión de los vasos femorales durante las suturas, lesión de la vejiga, del colon o del intestino delgado.
- Evitar lesión de los vasos epigástricos inferiores profundos (produce hematoma retroperitoneal posquirúrgico)
- Evitar lesión del nervio ilioinguinal
- Evitar tensión excesiva en la línea de sutura
- Realizar una hemostasia adecuada

19.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Ranitidina 50 mgrs cada 8 horas EV, Analgésicos: Diclofenac 75 mgrs IM cada 12 horas.

19.6 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

19.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

20. HERNIORRAFIA UMBILICAL (53.4)

20.1 Concepto del procedimiento:

Reparación quirúrgica de un defecto del anillo umbilical.

20.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: bandeja de cirugía de hernias
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, dren.)

20.3 Como se realiza el procedimiento:

Se coloca el usuario en posición decúbito supino, se realiza asepsia y antisepsia de pared abdominal anterior con jabón y solución de Betadine y colocación de campos estériles, se realiza incisión para umbilical (supra o infraumbilical), se profundiza hasta la aponeurosis exponiéndola, se libera la cicatriz umbilical hasta observar el defecto herniario, se libera cualquier adherencia de epiplón al anillo herniario, se sutura defecto imbricando la aponeurosis con prolene 0 en dos capas según la técnica de Mayo, asegurando primero los ángulos del defecto. Se verifica la hemostasia. Si el defecto es grande se deja dren de penrose. Se aproxima tejido celular subcutáneo y se sutura la piel con nylon o prolene 3-0.

20.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar Tensión excesiva en la línea de sutura
- Prevenir la sepsis posquirúrgica
- Valorar adecuadamente los tejidos utilizados para las suturas
- Realizar una hemostasia adecuada

20.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Ranitidina 50 mgrs cada 8 horas EV, Analgésicos: Diclofenac 75 mgrs IM cada 12 horas.

20.6 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

20.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

21. HERNIORRAFIA INCISIONAL (53.51)

21.1 Concepto del procedimiento:

Reparación quirúrgica de un defecto herniario localizado en el lugar donde se operó anteriormente, utilizando tejidos propios o no del usuario.

21.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, tubo endotraqueal
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: bandeja de cirugía de hernias
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, malla de prolene).

21.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

Previa asepsia y antisepsia de pared abdominal anterior con jabón y solución de Betadine y colocación de campos estériles, se incide la piel alrededor de la cicatriz extirpándola, se profundiza por planos anatómicos hasta localizar aponeurosis adecuada bordeando el anillo y el saco herniario, se disecciona esta aponeurosis conservando el saco herniario, se verifica la aproximación sin tensión de los bordes o la necesidad de la utilización de malla de prolene (lo cual se ha verificado desde el preoperatorio). Si no hay necesidad de utilizar malla se reseca el saco y los bordes fibróticos del defecto herniario, se sutura el peritoneo con vicryl 0 sutura continua, se sutura aponeurosis con prolene 1 en doble plano imbricado o sobrepuesto de manera continua, se coloca dren de hemovac, se aproxima tejido celular subcutáneo y se sutura la piel con nylon o prolene 3-0. Si necesita malla se conserva parte del saco herniario para aislar las asas intestinales de la malla, se calcula la dimensión del segmento de malla necesario y se fija con cuatro puntos cardinales de prolene 0, luego se dan varios puntos separados de prolene 0 que fijan la malla a la pared (aponeurosis adecuada) a diferentes niveles. Finalmente se realiza sutura continua con prolene 2-0 que va fijando todo el borde de la malla a la aponeurosis adecuada. Se coloca dren de hemovac, se aproxima tejido celular subcutáneo y se sutura la piel con nylon o prolene 3-0.

21.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar Tensión excesiva en la línea de sutura
- Prevenir la sepsis posquirúrgica
- Valorar adecuadamente los tejidos utilizados para las suturas
- Realizar una hemostasia adecuada

21.5 Cuidados Post operatorios:

- Nada vía oral
- Signos vitales cada 8 horas
- Vigilancia de la hidratación y diuresis, soluciones EV.
- Medicamentos: Ceftriazona 1 gramo EV cada 12 horas, Ranitidina 50 mgrs cada 8 horas EV, Analgésicos: Diclofenac 75 mgrs IM cada 12 horas.

21.6 Informaciones deben brindar al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Próxima cita

21.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

22. AMPUTACIONES (2.42)

22.1 Concepto del procedimiento:

Procedimiento quirúrgico mediante el cual se separa, generalmente de manera circular, un miembro o un segmento de este.

22.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Mesa quirúrgica, máquina de anestesia, agujas de anestesia regional
- Mesa de Mayo
- Lámpara quirúrgica
- Ropa y campos estériles
- Jabón antiséptico (Betadine), solución antiséptica (Betadine)
- Soluciones parenterales
- Instrumental quirúrgico: Bandejas de amputación.
- Electrocauterio
- Material gastable (catéter, gasas, compresas, hilos de sutura, jeringuillas, sonda vesical, sonda nasogástrica, guantes, bisturí, malla de prolene).
- Sierra Gigli o sierra quirúrgica

22.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable.

Previo a su llegada al quirófano, la parte afectada de la extremidad que será amputada, debe ser cubierta con vendaje de gasa o elástico y envuelta dentro de una funda sellada con z-o. Se realiza asepsia y antisepsia de extremidad inferior afectada y de regiones inguinal y genital con jabón y solución de Betadine y colocación de campos estériles, se realiza incisión en “boca de pescado”, se profunda por planos anatómicos, se localiza la vena safena interna que se pinza, secciona y liga con seda 2-0, se visualiza la aponeurosis que se incidirá en una longitud un poco mayor que la incisión dérmica, se inciden grupos y planos musculares, se identifican los vasos femorales los cuales son disecados y ligados por separado con seda 0 luego de seleccionarlos, además se agrega un punto por transfijión distal a la otra sutura con seda 0, se identifica el nervio ciático que se libera, se tracciona hacía abajo y se secciona bien proximal, se completa la sección de los grupos musculares, se realiza hemostasia, se rechaza el periostio del fémur y se liberan inserciones musculares, se secciona el fémur con la sierra; se aproximan las aponeurosis de los grupos musculares sobre muñón óseo con vicryl o, se sutura la oponeurosis con vicryl 0, sutura continua dejando dren a succión, y ligar estructuras vasculares por separado y se sutura la piel con mylon 3-0 o prolene 3-0.

22.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Evitar la sección muy corta de la aponeurosis.
- Evitar la sección accidental de los vasos femorales
- Identificar y ligar la vena safena interna
- Sección adecuada del fémur
- Hemostasia rigurosa
- Corte elevado del nervio ciático y neurolisis con alcohol
- Cubrir el muñón óseo con los planos musculares.
- Evitar el maltrato de los bordes de la piel sobre todo en los usuarios diabéticos

22.5 Cuidados Post operatorios:

- Mantener el muñón elevado.
- Dieta líquida tan pronto lo permita la anestesia utilizada.
- Signos vitales c/8 horas.
- Solución Ringer D 5% (si el usuario no es diabético).
- Medicamentos: Ceftriaxona 1 gr EV c/12 horas y Gentamicina 160 mgr EV c/24 horas mientras esté ingresado. Al egreso continuar con Cefadrexilo 500 mgr VO c/12 horas hasta completar 7 días de tratamiento.
- Analgésico: Diclofenac 75 mgr IM c/12 horas (ketarolato 1 Amp. EV c/6-8 horas). Al egreso Diclofenac 50 mgr VO c/12 horas si hay dolor, siempre con una comida.
- Ranitidina 50 mgr EV c/8 horas.
- Descubrir el muñón a las 48 horas de la cirugía si alguna evidencia clínica no alerta sobre hacerlo antes.

22.6 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Informaciones nutricionales
- Cuidados postoperatorios
- Orientación y seguimiento por salud mental.
- Próxima cita

22.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG

23. BIOPSIA: PUNCIÓN ASPIRADORA CON AGUJA FINA (06.11)

23.1 Concepto del procedimiento:

Es la punción con una aguja fina, común de un órgano, generalmente la glándula tiroides, para obtener células (citología) para fines diagnósticos.

23.2 Materiales y Equipos necesarios para el procedimiento:

- Formulario de consentimiento informado del procedimiento
- Torunda con alcohol, gasas secas, jeringuillas de 10 cc, aguja 21, guantes estériles.
- Seis (6) portaobjetos
- Fijador.

23.3 Como se realiza el procedimiento:

Se procede a leer formulario de consentimiento informado del procedimiento, obteniéndose la autorización para realizar el procedimiento, con firma del usuario y/o responsable. Se coloca al usuario con el cuello extendido (si es posible se coloca un soporte detrás, en la espalda), se limpia el área con la torunda con alcohol, se deja secar al aire, se localiza el lugar de la punción, se introduce la aguja y se aspira, se retira la aguja y se vacía en uno de los portaobjetos, se realiza el extendido y se fija para ser enviado al citólogo para su lectura y reporte. Se repite nuevamente la punción y se realizan varios extendidos.

23.4 Cuidados a ejecutar luego de realizado el procedimiento:

- Hemostasia rigurosa

23.5 Cuidados Post operatorios:

- Vigilar sangrado
- Signos vitales cada 4 horas
- Cura diaria lugar de la punción

23.6 Informaciones deben brindan al usuario y familia:

- Informar sobre el procedimiento realizado
- Informar sobre la causa por la cual se realizó este procedimiento
- Informar sobre las condiciones del procedimiento
- Síntomas y signos de alarma durante el postoperatorio
- Informaciones sobre indicaciones y utilización de medicamentos
- Próxima cita

23.7 Donde Registrar el procedimiento:

Anotar en libro de procedimientos.
Hoja descripción del procedimiento.
Record del usuario
SIG-REG