



"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 EMERGENCIA**

**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**
  - 6. 1. Emergencias Quirúrgicas:**
    - 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
  - 6. 2. Emergencias Médicas:**
    - 1. Edema Agudo Pulmonar
    - 2. Trombo Embolismo Pulmonar
    - 3. Insuficiencia Cardíaca
    - 4. Neumonía Adquirida en la Comunidad

5. Hipertensión Arterial Sistémica
6. Ataque Isquémico Transitorio
7. Accidente Cerebro Vascular tipo Infarto Cerebral
8. Accidente Cerebro Vascular Hemorrágico (Hemorragia Intracerebral o parenquimatosa)
9. Encefalopatía Hipertensiva
10. Hemorragia Sub Aracnoidea
11. Pancreatitis Aguda
12. Cardiopatía Isquémica
13. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
14. Intoxicación por compuestos orgánicos fosforados
15. Shock Anafiláctico
16. Shock Hipovolemico

**6. 3. Emergencias Traumatológicas:**

1. Fracturas Diafisaria de Húmero
2. Fractura Diafisaria cerrada de húmero en niños
3. Fracturas Diáfisis de cubito y radio
4. Fracturas Diafisaria cerrada de cubito y radio en niños
5. Fracturas Olécranon
6. Fractura de Cadera
7. Fracturas Bimaleolar cerrada
8. Fractura de tercio medio diáfisis femoral

**6.4. Emergencias de Cirugía Oral y Maxilofacial:**

1. Fracturas de los Huesos Propios Nasales
2. Fracturas Mandibulares
3. Fractura de La Orbita
4. Fracturas maxilares y tercio medio facial
5. Fractura Malar
6. Dientes Incluidos
7. Trastorno de las Glándulas Salivares
8. Tumores Benignos de Glándulas Salivares
9. Tumores Malignos de Glándulas Salivares
10. Quiste embrionarios
11. Carcinomas del labio, cavidad oral y de la faringe.
12. Quistes Odontogenos

**6. 5. Emergencias Neuroquirúrgicas**

1. Traumatismo Craneoencefálico
2. Traumatismo Raquímedular

**VII. Protocolos de Procedimientos del Departamento**

1. Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzado

## I. CREDITOS

Coordinación General:

**Dr. José Peguero Calzada**

Presidente Comité Pre-apertura

**Dr. Ramón Alvarado**

Director Regional de Salud

Gerente Medico y Servicios Complementarios:

**Dr. Manuel Gil**

Jefe Departamento Cirugía y Especialidades

**Dr. Andrés Grullon**

Jefe Departamento Medicina Interna y Especialidades

**Dr. Raúl Núñez Ureña**

Jefe Departamento Ortopedia y Traumatología

**Dr. Sergio V. Lantigua**

Jefe Departamento Cirugía Oral y Maxilofacial

**Dr. Edgard B. Alonzo**

Jefe Departamento Neurocirugia

**Dr. Roberto Francisco Abreu**

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 EMERGENCIA**

#### **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 asistencia a entidades clínicas y quirúrgicas que requieren atención de urgencia y emergencia, durante las 24 horas del día.

#### **c) Oferta de Servicios:**

**1. Emergencias Quirúrgicas:** 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 Pílica, 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. Emergencias Clínicas:** Sangrado gastro intestinal alto y bajo. Síndrome ulcero péptico. Enteritis agudas y crónicas. Síndrome icterico. Accidente cerebro vascular, convulsiones, Epilepsia, déficit neurológicos, secuelas neurológicas post trauma, lumbalgias. Cardiopatías hipertensivas e isquémicas. Angina de pecho (estable e inestable), miocardiopatías, insuficiencia cardíaca, arritmias. Dengue, gangrena, encefalitis post trauma. Anemias, leucemias, coagulopatías, mielodisplasias.

**3. Emergencias Traumatológicas:** Reducciones y enyesado, Fijación con osteosíntesis de emergencia, Fracturas con lesiones asociadas neurológicas o vasculares, Fracturas abiertas o contaminadas, Paciente politraumatizado, Fracturas de manejo ambulatorio, Lesiones articulares de hombro, codo rodilla y tobillo, Fracturas, cintura escapular, hombro, brazo, codo, y antebrazo, muñeca y dedos, Fracturas de caderas, transtrocantericas, cervicales, cabeza femoral, Pelvis, acetabulares, Fracturas de fémur en cualquier segmento y fracturas de tibia y Peroné, fracturas maleolares y del pie, Fracturas de columna.

**4. Cirugía Oral y Maxilo facial:** Manejos conservador o quirúrgico de los Traumatismos más frecuentes. Colocación de férula de Erich, taponamiento Endonasal. Refracturación y fijación con material de osteosíntesis o con micro o macro placa de titanio. Lesiones traumáticas del tejido periodontal, subluxación.

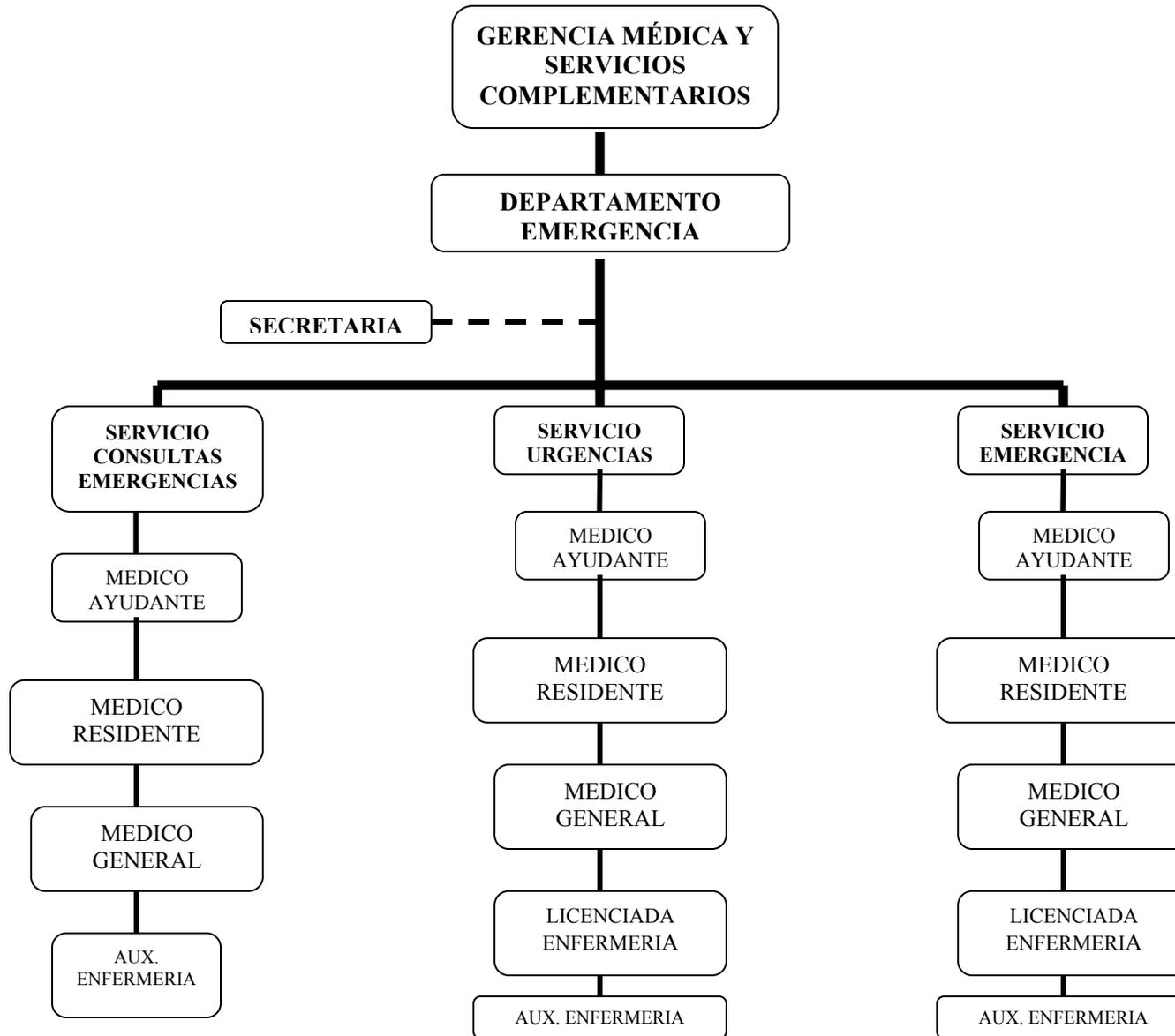
**5. Emergencias Neuroquirúrgicas:** Traumatismos craneoencefálico cerrado: conmoción cerebral, contusión cerebral, daño axonal difuso, hematomas intracraneales. Traumatismo craneoencefálico abierto: fracturas deprimidas, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca. Lesiones traumáticas de columna vertebral, nervio periférico. Patologías vasculares cerebrales.

### **III. DIVISIÓN ADMINISTRATIVA:**

#### **a) CARGOS DEL DEPARTAMENTO**

- **Jefe de Departamento**
- **Médicos Ayudantes Especialistas en Medicina de Emergencia**
- **Médicos Residentes**
- **Médicos Generales**
- **Lic. Enfermería**
- **Aux. de Enfermería**
- **Aux. de Avanzada**
- **Secretaria.**

## b) ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO



## **c) REQUISITOS PARA LOS CARGOS DEL SERVICIO**

### **JEFE DPTO. DE EMERGENCIA**

- Poseer exequátur de ley.
- Médico especialista en Medicina de Emergencia egresado de universidad reconocida y certificada por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCYT), preferiblemente, o en su ausencia un médico especialista de área afín: Cuidado Intensivo, Cirugía o Traumatología.
- Poseer por lo menos 5 años de práctica continua en el área.
- 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. DE EMERGENCIA:**

- Poseer exequátur de ley.
- Especialista en Medicina de Emergencia egresado de una universidad reconocida y certificada por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCYT)
- 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.
- Vocación de liderazgo
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.

### **MÉDICOS RESIDENTES DEL DPTO. DE EMERGENCIA y/o 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 EMERGENCIA:**

- Médico 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 de emergencias)
- 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 EMERGENCIA:**

- 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 de emergencia)
- 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 EMERGENCIA:**

- 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 de emergencia)
- 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.

### **AUX. DE AVANZADA DEL DPTO. DE EMERGENCIA:**

- Aux. Enfermería graduada (o) en una universidad o Instituto reconocido por el SEESCYT.
- De preferencia sexo masculino
- Edad promedio 20 a 40 años
- Entrenamiento en manejo y traslado de paciente de al menos un año.
- Poseer por lo menos un año de práctica continua. (Ideal en el área de emergencia)
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.

### **SECRETARIA DEL DPTO. DE EMERGENCIA:**

- 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 DE EMERGENCIA**

**Superior Inmediato:** Gerente Medico y Servicios Complementarios.

**Cargos Bajo su Mando:** 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 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:**

- ✘ 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.

## **MEDICO AYUDANTE ESPECIALISTA DPTO. DE EMERGENCIA**

**Superior Inmediato:** Jefe Dpto. de Emergencia.

**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, garantizando su atención oportuna, la evaluación inicial y los diagnósticos probables. Debe instaurar manejo inicial, realizar procedimientos, pedir Inter consulta, referir usuarios, decidir su hospitalización o egreso, 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 notas de atención en la emergencia y de ingreso, a todos los casos asistidos en el servicio, si no es posible, escribir nota que lo justifique.
- ✘ 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.

- ✘ 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. DE EMERGENCIA 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.
- ✘ Es responsable de los usuarios de su área, garantizando su atención oportuna, la evaluación inicial y los diagnósticos probables. Debe instaurar manejo inicial, realizar procedimientos, pedir Inter consulta, referir usuarios, decidir su hospitalización o egreso, 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 que los usuarios reciban las informaciones necesarias sobre su padecimiento.
- ✘ Realizar notas de evaluación en la emergencia o de ingreso a todos los usuarios asistidos en la emergencia.
- ✘ Mantener organizado el expediente clínico único de los usuarios.
- ✘ Evaluación continúa a todos los usuarios en sala de observación y documentarlo en el expediente de acuerdo a los Protocolos, registrando la información en el 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. DE EMERGENCIA**

**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 muestras biológicas; búsqueda de resultados de laboratorio clínico, pruebas diagnosticas, ínter consultas, traslado del usuario, entre otros)
- ✘ Cumplir que los usuarios reciban las informaciones necesarias sobre su padecimiento.
- ✘ Realizar notas de evaluación en la emergencia o de ingreso a todos los usuarios asistidos en la emergencia.
- ✘ Mantener organizado el expediente clínico único de los usuarios.
- ✘ Evaluación continúa a todos los usuarios en sala de observación y documentarlo en el expediente de acuerdo a los Protocolos, registrando la información en el Expediente Clínico.
- ✘ 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. DE EMERGENCIA**

**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 Específicas:**

#### **Actividades Diarias:**

- ✘ Será responsable de elaborar Kardex, registro de enfermería en el expediente clínico, orientación al usuario y/o familiares, cateterismo vesical; canalización de vía endovenosa, evitar fuga del usuario, realizar o vigilar que se realice limpieza de la unidad luego egreso del usuario, arreglo de camilla desocupada, 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.

- ✘ 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. DE EMERGENCIA**

**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.

## **AUX. DE AVANZADA DEL DPTO. DE EMERGENCIA:**

**Superior Inmediato:** Lic. Enfermería y Aux. de Enfermería

**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.
- ✘ 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 la movilización del usuario, evitar fuga del usuario en la emergencia, traslado al paciente hospitalizado, verificar la de alta del usuario.
- ✘ Cumplir con las ordenes del expediente clínico de los usuarios, para movilizaciones y traslado establecidas por el Medico tratante.
- ✘ Asistir a los médicos ayudantes, medico general, Lic. Enfermería en la realización de los procedimientos de movilización y traslado.
- ✘ 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 y preparar 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 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, 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.

## **SECRETARIA DEL DPTO. DE EMERGENCIA**

**Superior Inmediato:** Jefe Dpto. de Emergencia

**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 DE EMERGENCIA**

### **6. 1. Emergencias Quirúrgicas:**

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

### **6. 2. Emergencias Médicas:**

1. Edema Agudo Pulmonar
2. Trombo Embolismo Pulmonar
3. Insuficiencia Cardíaca
4. Neumonía Adquirida en la Comunidad
5. Hipertensión Arterial Sistémica
6. Ataque Isquémico Transitorio
7. Accidente Cerebro Vascular tipo Infarto Cerebral
8. Accidente Cerebro Vascular Hemorrágico (Hemorragia Intracerebral o parenquimatosa)
9. Encefalopatía Hipertensiva
10. Hemorragia Sub Aracnoidea

### **6. 3. Emergencias Traumatológicas:**

1. Fracturas Diafisaria de Húmero
2. Fractura Diafisaria cerrada de húmero en niños
3. Fracturas Diáfisis de cubito y radio
4. Fracturas Diafisaria cerrada de cubito y radio en niños
5. Fracturas Olécranon
6. Fractura de Cadera
7. Fracturas Bimaleolar cerrada
8. Fractura de tercio medio diafisis femoral

#### **6.4. Emergencias de Cirugía Oral y Maxilofacial:**

1. Fracturas de los Huesos Propios Nasales
2. Fracturas Mandibulares
3. Fractura de La Orbita
4. Fracturas maxilares y tercio medio facial
5. Fractura Malar
6. Dientes Incluidos
7. Trastorno de las Glándulas Salivares
8. Tumores Benignos de Glándulas Salivares
9. Tumores Malignos de Glándulas Salivares
10. Quiste embrionarios
11. Carcinomas del labio, cavidad oral y de la faringe.
12. Quistes Odontogenos

#### **6. 5. Emergencias Neuroquirurgicas**

1. Traumatismo Craneoencefálico
2. Traumatismo Raquimedular

**Anexos:** Escala de Evaluación de la fuerza muscular  
Dermatomas  
Escala de Glasgow

# **EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS**

# 1. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL (K 91.X):

**1.1 Concepto:** 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:** olor abdominal, vómitos, estreñimiento, distensión abdominal, fiebre

## 1.4 Diagnóstico:

- **Historia clínica:** dolor tipo cólico, náuseas, vómitos, cambios hábitos intestinales. Antecedentes de cirugías abdominales fueras.
- **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 perístasis (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 Informaciones que deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:

- Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.
- Referimiento a consulta.

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

- Record de usuario, Libro de Emergencia, 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 y Corto punzante- penetrante y no penetrante.

**2.3 Signos y síntomas:** 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 Diagnóstico:

- 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 intratorácicos (esófago, traquea, grandes vasos, corazón), producidas por arma blanca o arma de fuego.

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

- Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.
- Referimiento a consulta.

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

- Record de usuario
- Libro Servicio de Emergencia
- 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 Diagnóstico:**

- 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 y con pérdida de conocimiento

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

- Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.
- Referimiento a consulta.

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

- Record de usuario
- Libro Servicio de Emergencia
- SIG-REG

## 4. 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 cerrarán 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 cardíaco; 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 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.
- Referimiento a consulta.

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

- Record de usuario
- Libro Servicio de Emergencia
- 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: Ulceras 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 foliculo 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 antalgica, 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.

### 5.6 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 nasogástrica 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 médica 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 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.
- Referimiento a consulta.

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

- Record de usuario
- Libro Servicio de Emergencia
- 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 y Vómitos
- Anorexia
- Sensibilidad dolorosa a la palpación en FID
- Abdomen en tabla

**6.4 Diagnóstico:**

- Historial Clínico y Examen Físico
- Laboratorios: Hemograma completo, Examen General de Orina
- 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 Donde Registrar y Notificar la Patología y si es de Notificación Obligatoria:**

- Record del paciente en la hoja de egreso.
- Libro del Servicio de Emergencia
- 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 onfalomesenterico, 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 Diagnostico:**

- Historial Clínico y 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 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:**

- Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.
- Referimiento a consulta.

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

- Record del paciente
- Libro del Servicio de Emergencia
- 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 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:**

→ Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.

→ Riesgos y posibles complicaciones.

→ Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.

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

→ Libro de Emergencia

→ 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 y 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. Hbs Ag, Anti HCV, HIV
  - Examen general de Orina
- 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 Obstruccion comprobada o no.
- Paciente con intolerancia gástrica.

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

- Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.

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

- Libro de Emergencia
- 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 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:

- Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.

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

- Libro de Emergencia
- 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 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:**

- Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.

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

- Libro de Emergencia
- 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 sí mismo. Producidas con más frecuencia por litiasis biliar y causas alcohólica-alimentaria (60-85% de los casos),

**12.2 Clasificación:** Desde el punto de vista anatomopatológico se clasifica en:

→ Edematosa o intersticial (frecuente en 70%)

→ Necrótico-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 náuseas 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 costal 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 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 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 diagnóstico 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: Cefpicidima 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 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:**

- ➔ Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.
- ➔ Riesgos y posibles complicaciones.
- ➔ Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.

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

- ➔ Libro de Emergencia
- ➔ 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 evidencia 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 cardíaca y pulso, Tensión Arterial
  - Sonda vesical fija y medir diuresis horaria.
  - Tomar muestras para laboratorios y realizar imágenes diagnósticas.
  - 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 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:**

- Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.

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

- Libro de Emergencia
- 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 cérica 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 5y15% 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 Información que deben brindar al usuario durante el manejo y al alta:**

- Características de la enfermedad o lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Signos de alarma por los que regresar a la emergencia.

#### **14.8 Donde Registrar y Notificar la Patología y si es de Notificación Obligatoria:**

- Libro de Emergencia
- Record del paciente
- SIG-REG

# **EMERGENCIAS MÉDICAS**

# 1. EDEMA AGUDO PULMONAR (J81.X)

## 1.1 Concepto:

Se produce por un aumento de la presión capilar pulmonar secundaria a múltiples entidades clínicas, como son Insuficiencia Cardíaca, Estenosis Mitral, Hipertensión Arterial. Es un cuadro clínico de urgencia muy grave.

## 1.2 Clasificación:

- Cardiogenico: (ejemplo Insuf. Cardíaca. E. Mitral, HTA, otros)
- No cardiogenico ( ejemplo intoxicación por órganos fosforados, otros)

## 1.3 Signos y Síntomas:

- Tos, esputo espumoso y asalmonado
- Disnea, Angustia, Oposición Torácica
- Inquietud, intolerancia al decúbito supino, estertores pulmonares
- Sudoración, taquicardia, ritmo de galope, 3er tono, Cianosis, redistribución de flujo pulmonar, líneas B de Kerley, moteado difuso alveolo intersticial en la Rx tórax.

## 1.4 Como se realiza el Diagnóstico:

Historia Clínica y Examen físico  
Rx tórax y EKG

## 1.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Colocar al paciente en posición 90 grados (Sentado y con los pies descolgados)
- Canalizar vía con Solución Dextrosada al 5%
- Identificar la etiología del Edema agudo (Cardiogenico o No cardiogenico)
- Oxigenoterapia 4 lit/min.
- Signos vitales cada 30 min.
- Colocación de Torniquetes rotatorios en 3 miembros
- Colocar sonda vesical fija
- Medir diuresis horaria.
- Administración de Nitroglicerina Sub lingual 5 mg
- Furosemida 20-60 mg EV
- Aminofilina 250 mg EV diluido y lento
- Digoxina 0.50 mg EV de inicio, luego 0.25 mg cada 8 horas hasta completar 1,5mg. Luego pasar a via oral.
- Realizar: Rx de tórax, EKG, Laboratorios: Hemograma, orina, urea, creatinina, CPK, transaminasas, colesterol, triglicéridos
- Admitir en sala

Nota: Si el paciente tiene historia de Edema pulmonar no cardiogenico el tratamiento será diferente de acuerdo a la condición patológica que se trate.

## 1.6 Criterios para la hospitalización:

- Todo paciente en Edema Agudo pulmonar debe ser hospitalizado.

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

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado o se le realizará
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de cumplimiento del tratamiento y chequeos médicos sub siguientes

## 1.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.

- Libro de Emergencia, Record del paciente, SIG-REG

## **2. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (126. X)**

### **2.1 Concepto:**

Es el resultado de la obstrucción de la circulación arterial pulmonar por un embolo, procedente en la mayoría de los casos del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores (95%) y de las venas pélvicas y otras áreas como son la Vena Cava, Cavidades Cardiacas derecha e izquierda, aurícula izquierda (fibrilación), válvulas Cardiacas, además de aire, fibrina, liquido amniótico, medula ósea.

### **2.2 Clasificación:** No aplica

### **2.3 Signos y Síntomas:**

- Disnea de aparición súbita o inexplicable
- Dolor torácico tipo pleurítico o no pleurítico
- Tos, Hemoptisis
- Dolor en las pantorrillas
- Sudoración, ansiedad, palpitaciones, sincope, taquipnea, taquicardia, aumento del 2do ruido, estertores pulmonares, cianosis, roce pleural, hepatomegalia
- Signos de trombosis venosa profunda.

### **2.4 Como se realiza el Diagnóstico:**

- Cuadro Clínico (signos y síntomas)
- Presencia o no de factores de riesgo( protocolo de Wells)
- Pruebas complementarias: EKG, Dimero D aumentado. Ecografia, Rx de tórax PA, Gammagrafia V/P , TAC helicoidal, Ecodoppler Miembros Inferiores o pletismografia, Gasometría arterial

### **2.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Confirmación del Dx por clínica e iniciar analíticas y estudios complementarios
- Canalizar una vía con Solución Salina 0.9 %
- Oxigenoterapia 4 lit/min por cánula
- Analgesia: 10 mg EV en bolus de Cloruro de Morfina. Si no existe Administrar Ketocorolato (Doloket/Dolgenal) 1 amp EV cada 8 horas o Ketoprofeno (Quirilam) 1 amp. EV cada hora.
- Tratamiento del Schock obstructivo.

### **2.6 Criterios para la hospitalización:**

Todo paciente con sospecha clínica de Trombo embolismo pulmonar debe ser ingresado de manera urgente a fin de establecer el tratamiento en las primeras horas de iniciado el cuadro, ya que la mayoría de los pacientes fallecen dentro de las 3 primeras horas.

### **2.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado o se le realizará
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de cumplimiento del tratamiento y chequeos médicos sub siguientes

### **2.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de Emergencia
- Record del paciente
- SIG-REG

### **3. INSUFICIENCIA CARDIACA (150.X)**

#### **3.1 Concepto:**

Es la resultante final de cualquier patología que afecte de manera global o extensa el funcionamiento del músculo cardíaco. El cual es ineficaz de realizar una contracción que permita la expulsión de la cantidad de sangre necesaria para lograr una presión de perfusión suficiente que permita la oxigenación de los tejidos. Este daño puede ser de manera intrínseca al músculo o una sobrecarga hemodinámica

#### **3.2 Clasificación:**

- Clase I: sin limitaciones. La actividad física ordinaria no ocasiona síntomas
- Clase II: Ligera limitación de la actividad física. La actividad física ordinaria causa Síntomas.
- Clase III: Marcada limitación a la actividad física. Una actividad física menor a la ordinaria desencadena síntomas
- Clase IV: Incapacidad para efectuar cualquier actividad sin síntomas. Síntomas presentes en reposo y estos son exacerbados con actividad ligera.

#### **3.3 Signos y Síntomas:**

Disnea, Ortopnea, DPN, edema en miembros inferiores, anasarca, congestión venosa yugular, palidez, diaforesis, taquicardia, cardiomegalia, tos, ritmo de galope o 3er ruido audible, crepitanes pulmonares, dolor en hipocondrio derecho, hepatomegalia.

#### **3.4 Como se realiza el Diagnóstico:**

- Historia Clínica y Examen físico
- Rx de tórax PA, Ecocardiograma y EKG

#### **3.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Si el paciente presenta datos de IC y esta compensado se envía a Consulta
- Si el paciente tiene datos de IC descompensada se inicia los aprestos del ingreso.
- Canalizar vía con Solución Dextrosada al 5% o Mixta 0.33% NaCl.
- Furosemida 20-40 mg EV
- Digoxina 0,50 mg EV de inicio, luego 0.25mg EV cada 12 horas
- Oxigenoterapia a 3 lit/min. SOS
- Rx de tórax PA
- Laboratorios: Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, transaminasas, colesterol, triglicéridos, proteínas totales

#### **3.6 Criterios para la hospitalización:**

- Fallo hemodinamicamente importante
- Anasarca
- NYHA Clase III, IV.
- Pacientes anémicos y en fallo cardíaco.
- Pacientes con FA

#### **3.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado o se le realizará
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de cumplimiento del tratamiento y chequeos médicos sub siguientes

#### **3.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de Emergencia. Record del paciente. SIG-REG

## 4. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (J18.9)

### 4.1 Concepto:

**Neumonía Adquirida en la comunidad:** infección del tracto respiratorio inferior que se adquiere en el ámbito extrahospitalario o en el seno de la población general con la intención de separarla de las que afecta a los individuos ingresados en el hospital (neumonía nosocomial); expuestos a una flora microbiana distinta y a una evolución clínica diferente.

### 4.2 Clasificación: No aplica

### 4.3 Signos y Síntomas:

- Tos, fiebre, expectoración purulenta, disnea, dolor torácico, signos clínicos de consolidación del parénquima pulmonar (estertores finos que no se modifican con la tos).
- Signos inespecíficos: mialgias, artralgias, fatiga, cefalea, dolor abdominal, malestar general, anorexia.

### 4.4 Como se realiza el Diagnóstico:

- Historia Clínica y Examen físico
- Rx de tórax A-P y lateral.
- Laboratorio: Hemograma, eritosedimentación, PCR, Microbiología del esputo, Hemocultivo, cultivo de líquido pleural, glicemia, urea, creatinina gases arteriales, pruebas serológicas, métodos invasivos bronoscopios en pacientes intubados.

### 4.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Identificar pacientes de alto riesgo y bajo riesgo y factores de comorbilidad.  
Alto riesgo: ICC, EPOC, DM, IRC, Enf Coronaria, Hepatopatía Crónica, Inmunosupresión, alcoholismo, Trastornos neurológicos (ACV etc), TX con inmunosupresores, mayores de 65 años.  
Bajo riesgo: pacientes jóvenes, sin enfermedad comorbida agregada
- Analítica básica: Hemograma, eritosedimentación, PCR, orina, PO<sub>2</sub>.
- Rx de tórax AP y lateral.

### 4.6 Criterios para la hospitalización:

- Pacientes con factores de riesgo y comorbilidad asociados serán ingresados a sala.
- Pacientes con riesgo alto más hipoxemia, hipercapnia, azoemia, desequilibrio hidroelectrolíticos, infiltrados multilobares, datos de sepsis o disfunción orgánica múltiple serán admitidos en UCI.
- Pacientes con bajo riesgo serán TX ambulatoriamente.

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

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado o se le realizará
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de cumplimiento del tratamiento y chequeos médicos sub siguientes

### 4.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.

- Libro de Emergencia
- Record del paciente
- SIG-REG

## **5. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (HIPERTENSIÓN ESENCIAL - 110.X)**

### **5.1 Concepto:**

La hipertensión arterial se define arbitrariamente como una elevación persistente de la presión arterial por encima de 140 MmHg sistólica y 90 MmHg diastólica o ambas, cuando se mide la presión indirectamente con un esfigmomanómetro. Para la presión diastólica se toma la desaparición de los ruidos de Korotkoff. (quinta fase).

### **5.2 Clasificación:**

Según el 7mo Informe del comité Conjunto (JNC VII)

- Normal: < 120 MmHg sistólica y <80 MmHg diastólica
- Pre Hipertenso: 121- 139 MmHg sistólica y 81-89 MmHg diastólica
- Estadio 1 : 140-159 MmHg sistólica y 90- 99 MmHg diastólica
- Estadio 2 : >160 MmHg sistólica y > 100 MmHg diastólica

### **5.3 Signos y Síntomas:**

- Asintomático
- Sintomático: Cefalea, náuseas, epigastralgias, mareos, sudoración, epigastralgias, palpitaciones, síncope, plétora de cara, edema en miembros inferiores.

### **5.4 Como se realiza el Diagnóstico:**

- Historia Clínica y Examen físico
- Toma de Presión arterial en condiciones basales y con los estándares para realizarla.
- Mapa
- Rx tórax
- Ecocardiograma

### **5.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- HTA asintomático en estadio 1 y 2 referir a la consulta externa para investigar
- HTA Sintomático en estadio 2 manejo en emergencia
- Crisis Hipertensiva, (urgencia) con edema pulmonar ingreso a UCI.
- El paciente con HTA estadio 2 sintomático en emergencia se le realizará el manejo siguiente:
  - Administrar ECA (Capoten 100mg 50 mg oral y 50 mg sub lingual)
  - Diurético de asa (Furosemida 20 mg EV solo si el paciente tiene edema en miembros inferiores.)
  - Calcio antagonista (Nifedipina 20mg vo)
  - Nitroprusiato de Sodio (solo crisis hipertensiva)
- Canalización de una vía con solución Dextrosa al 5 % , Si es diabético solución normofundin.
- Evaluación periódica de la TA cada 30 min. Si esta no llega a valores normales se debe ingresar al paciente; si por el contrario la TA disminuye a valores normales se dará el egreso desde emergencia y se refiere a Consulta para ajuste de Tratamiento.
- Toma de muestra para Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, ácido úrico.
- Rx de tórax PA y EKG

#### **5.6 Criterios para la hospitalización:**

- Pacientes con HTA estadio 2 que no responden al TX en emergencia
- Pacientes con HTA estadio 2 y que tienen afectación a órganos blanco (alteraciones sensoriales, dolor torácico, focalización neurológica, dolor epigastrio sugestivo de crisis hipertensiva, etc.)
- Crisis hipertensivas.

#### **5.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado o se le realizará
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de cumplimiento del tratamiento y chequeos médicos sub siguientes

#### **5.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de Emergencia
- Record del paciente
- SIG-REG

## **6. ATAQUE ISQUEMICO TRANSITORIO - TIA - (G45.X)**

### **6.1 Concepto:**

Son trastornos episódicos y focales de la circulación cerebral o retiniana, de comienzo brusco, que dan lugar a trastornos neurológicos (signos y síntomas) de breve duración, generalmente minutos con recuperación completa de la función neurológica alterada en el curso de una hora y sin evidencia de infarto en las pruebas de neuroimagen.

### **6.2 Clasificación:**

- Ataques isquémicos transitorios carotídeos
- Ataques isquémicos transitorios vertebro basilares

### **6.3 Signos y Síntomas:**

- Dependen de la localización y pueden tener manifestaciones aisladas y /o combinadas.
- Los síntomas Carotídeos se presentan como parálisis, paresias de un miembro o un hemicuero incluyendo la cara. Sensitivos como hormigueo, disminución de la sensibilidad, entumecimiento de una o ambas extremidades, cara, lengua. Trastornos del lenguaje como disartria, afasia, apraxia dificultad para la comprensión del lenguaje hablado o escrito. Trastornos visuales como ceguera unilateral o monocular transitoria, o amaurosis fugaz, hemianopsia homónima, ceguera bilateral transitoria, ambliopía bilateral o hemianopsia homónima e inclinación de la imagen visual.
- Síntomas Vertebro basilares se presentan con pérdida brusca de la fuerza en extremidades inferiores con caída al suelo (Episodios de Caída) sin síntomas acompañantes como son alteración de consciencia, vértigo, mareos, náuseas. Trastornos nucleares como diplopía, disartria, disfagia, vértigo.

### **6.4 Como se realiza el Diagnóstico:**

- Historia Clínica y Examen físico
- Imágenes: Radiografía del Tórax PA, EKG, TAC cráneo
- Laboratorio: Hemograma, glicemia, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, VDRL, TC, TS, TP, TPT.

### **6.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Ingreso al hospital a fin de buscar causas etiológicas (arterial, Cardíaca, hematológica)
- Descartar patologías que simulan TIA (hipoglucemia, tumor cerebral, hematoma, malformación vascular)
- Radiografía del Tórax PA, EKG, TAC cráneo
- Hemograma, glicemia, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, VDRL, TC, TS, TP, TPT.
- Canalización de una vía con solución fisiológica.

### **6.6 Criterios para la hospitalización:**

- Todo paciente con clínica sugestiva de TIA debe ser ingresado para evolución
- Todo paciente con antecedentes previos de síntomas de TIA en las últimas 2 semanas anteriores

### **6.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado o se le realizará
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de cumplimiento del tratamiento y chequeos médicos sub siguientes

### **6.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de Emergencia. Record del paciente. SIG-REG

## **7. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR TIPO INFARTO CEREBRAL (163.X)**

### **7.1 Concepto:**

Se produce por un trastorno del aporte circulatorio, cualitativo o cuantitativo produciendo manifestaciones clínicas, radiológicas y patológicas en el cerebro. Este déficit habitualmente es mayor de 24 horas y es una expresión de necrosis tisular. Hablamos de isquemia cerebral focal cuando es una zona del encéfalo la afectada y de global cuando es todo el encéfalo.

### **7.2 Clasificación:**

A. Perfil Evolutivo: Progresivo. Con tendencia a la mejoría o con secuelas mínimas. Déficit neurológico isquémico reversible. Infarto cerebral estable.

B. Características de neuroimagen: Infarto isquémico cerebral propiamente dicho. Infarto cerebral hemorrágico- Infarto cerebral silente. Leucoaraiosis.

C. Territorio Vascular: Infartos Territorio Carotideo. Infartos Territorio Vertebro basilar. Infartos Territorio Frontera. Infartos post trombosis venosa Cerebral.

D. Tamaño del vaso: Vaso arterial grande (Carótidas o vertebro basilar). Vaso arterial pequeño (arteriolas Lenticulo estriadas).

E. Por la Topografía Parenquimatosa cerebral (Oxford): Infarto total de la circulación anterior. Infarto parcial de la circulación anterior. Infarto Lacunar. Infarto de la Circulación posterior.

F. Según su etiología: Infarto aterotrombotico. Infarto Cardioembolico. Enfermedad oclusiva de vasos arterial pequeño (Lacunar). Infarto cerebral de causa inusual. Infarto cerebral de origen indeterminado.

### **7.3 Signos y Síntomas:**

- ➔ Trastornos motores: Hemiplejia, monoplejia, cuadriplejia
- ➔ Trastornos del Lenguaje: afasia, disartria
- ➔ Trastornos visuales: hemianopsia, cuadrantopsia, disminución agudeza visual
- ➔ Alteraciones sensitivas: hemiparesias, monoparesias
- ➔ Disminución del nivel de vigilancia
- ➔ Cefaleas, vértigos, Crisis comiciales
- ➔ Alteraciones de la coordinación
- ➔ Nauseas, vómitos
- ➔ Afección de pares craneales
- ➔ Son síntomas sugestivos de infarto lacunar los pacientes que presentan: hemiparesia motora pura, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivo – motriz, hemiparesia atóxica, síndrome disartria- mano torpe.

### **7.4 Como se realiza el Diagnóstico:**

- ➔ Historia Clínica y Examen físico
- ➔ Imágenes: TAC cráneo, Ecografía arterial, RM cráneo, Arteriografía Carótidea y cerebral.
- ➔ EKG, Analítica.

**7.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Verificación de vías aéreas
- Mantener adecuada oxigenación y saturación de O<sub>2</sub>
- Oxígeno a 4-6 lit/min.
- Canalizar vía con Solución Salina 0.9%
- Administrar: Piracetan 12gr EV en 1 hora. Somazina 1 gr. EV c/8 horas. Nimodipina 1 fco EV pasar en 30min a 1 hora
- Realización de TAC cráneo, EKG
- Analítica: Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, colesterol, TC, TS, TP, electrolitos (Na, k, calcio, mg, cloro), triglicéridos, PCR.

**7.6 Criterios para la hospitalización:**

- Estado comatoso profundo (ingreso a UCI)
- Déficit motor o de consciencia superior a 1 hora.
- Clínica sugestiva de ACV isquémico

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

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de seguimiento médico y de Terapia física
- Otras informaciones requeridas por el paciente y o familiar

**7.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de Emergencia
- Record del paciente
- SIG-REG

## **8. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR HEMORRÁGICO (HEMORRAGIA INTRACEREBRAL O PARENQUIMATOSA) (164.X)**

### **8.1 Concepto:**

Es una colección de sangre localizada en el tejido cerebral, originada por la rotura de un vaso sanguíneo. Constituye 10-15% del total de las enfermedades vasculares cerebrales agudas.

### **8.2 Clasificación:**

Por su etiología:

Hemorragia por HTA crónica, Malformación A-V, Aneurismas, Angiopatía Amiloide, Crisis hipertensiva, Tumores cerebrales, Diátesis Hemorrágicas, Vasculopatías, Cambio flujo cerebral.

### **8.3 Signos y Síntomas:**

- Los síntomas y signos dependerán del lugar o localización de la hemorragia o del hematoma. Déficit neurológico focal súbito que aparece generalmente en vigilia y que se acompaña de cefalea, náuseas, vómitos, desorientación, disminución del nivel de consciencia, déficit motor (hemiplejía). Síndrome sensitivo, afasia, defecto visual, parálisis de la mirada horizontal, parálisis mirada vertical, datos de edema cerebral, hipertensión endocraneal, signos de decorticación y/o descerebración, coma, anisocoria, miosis.

### **8.4 Como se realiza el Diagnóstico:**

- Historia Clínica y Examen físico
- Imágenes diagnósticas: TAC cráneo, RM cráneo, RM T<sub>2</sub>
- Pruebas de laboratorio complementario para diagnóstico etiológico.

### **8.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Aproximación diagnóstica por clínica y TAC cráneo
- Mantenimiento de vías áreas permeables, signos vitales, función cardíaca
- Valorar escala de consciencia según Glasgow.
- Si el paciente está comatoso con disfunción respiratoria debe intubarse (Glasgow 8 o menos) o que tenga hipoxia PO<sub>2</sub> < 60 o PCO<sub>2</sub> > 50, o con riesgo de bronco aspiración.
- Oxigenoterapia 4-6 lit/min.
- Canalización de vía con Catéter
- Solución Salina 0.9% 1000 cc EV cada 12 horas
- Tratar la hipertensión arterial cuando esta es superior a 190/110 o TA media es superior a 130mmhg, con Enalapril EV o beta bloqueador (labetalol)
- Uso de Manitol 15-50gr EV cada 4-6 horas
- Si convulsiona: Difetil hidantoína sodica 100 mg EV cada 8 horas
- Realizar: TAC cráneo, Rx tórax, EKG,
- Analítica: Hemograma, orina, glicemia, TC, TS, TP, electrolitos(Na, k, calcio, mg, P), urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, PCR,

### **8.6 Criterios para la hospitalización:**

- Todo usuario con clínica de ACV hemorrágico será ingresado
- Usuarios con marcado deterioro hemodinámico y menor de 50 años debe ser ingresado a UCI.

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

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de seguimiento medico y de Terapia física
- Otras informaciones requeridas por el paciente y o familiar

**8.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de Emergencia
- Record del paciente
- SIG-REG

## 9. ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA (167.4)

### 9.1 Concepto:

Se define como un síndrome clínico agudo caracterizado por síntomas y signos de alteración cerebral originados por una importante y sostenida elevación de la presión arterial, que revierten por completo cuando se esta se controla de forma rápida y adecuada. Se debe diferenciar de: Encefalopatía uremica, Hemorragia Cerebral e Infarto Lacunar. Se requieren cifras diastolicas por encima o superiores a 120-130 MmHg (Si el paciente es previamente Hipertenso) y cifras menores si el paciente no es previamente hipertenso (110mmhg).

### 9.2 Clasificación: Por su etiología o Secundaria a:

- Hipertensión Arterial Maligna
- Pre-eclampsia, Eclampsia
- Glomerulonefritis Aguda
- Feocromocitoma
- Trombosis arterial renal
- Vasculitis Sistémica
- Coartación de Aorta
- Síndrome de Cushing
- Tratamiento con Inmunosupresores (Ciclofosfamida- Metotexate)
- Post operatorio de Endarterectomia Carotidea
- Síndromes hipèradrenergicos por cocaína, crisis de pánico, otros

### 9.3 Signos y Síntomas:

- Hipertensión Arterial. Cefalea generalizada con nausea, vómitos.
- Alteración progresiva del estado de consciencia y o mental (ansiedad, agitación, confusión, delirio, coma)
- Trastornos visuales. Retinopatías hipertensiva grado 3,4
- Crisis epilépticas
- Hiperreflexia generalizada

### 9.4 Como se realiza el Diagnóstico:

- Historia Clínica y Examen físico
- Imágenes diagnosticas: TAC cráneo, RM cráneo, EEG

### 9.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Historia clínica y examen físico exhaustivo a fin establecer diagnostico.
- Signos vitales, diuresis, Temp. cada 30min
- Canalizar una vía con Solución D-5% 1000cc
- Disminuir los niveles de TA en un 25% o hasta alcanzar niveles de 95-110 MmHg de presión diastolica o media 110-115 MmHg.
- Nitroprusiato de Sodio: 100 mg en 500 cc de solución D-5% para pasar a razón de 3ng/Kg/min, aumentando 10ng/min cada 3-5 min según sea la respuesta del paciente. (nota : este producto debe protegerse de la luz con papel lumínico).
- Labetalol 20 mg en 2 min., luego 40-80 mg EV cada 15 min. hasta pasar a la vía oral en dosis de 150-300 mg cada 12 horas.
- Otros medicamentos utilizables son: Metoprolol 100-40 mg /día, Hidralacina 10-20 mg cada 20 min., Enalaprilato 0.625- 2,50mg EV cada 6 horas
- Realizar pruebas diagnósticas: TAC cráneo, EKG, RM cráneo, EEG

- Tomar muestra para pruebas de laboratorio: Hemograma, orina, urea, creatinina, TGO, TP, colesterol, triglicéridos.

#### **9.6 Criterios para la hospitalización:**

Todo paciente que se sospecha encefalopatía hipertensiva debe ser ingresado, y se considera una “emergencia médica”

#### **9.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de seguimiento médico y de Terapia física
- Otras informaciones requeridas por el paciente y o familiar

#### **9.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de Emergencia.
- Record del paciente
- SIG-REG

## **10. HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA (160.7)**

### **10.1 Concepto:**

Es la presencia de sangre en los espacios sub-aracnoideos. Se debe en el 80% a ruptura de aneurismas cerebrales.

### **10.2 Clasificación:**

- Aneurismas congénitos
- Aneurismas Inhabituales (malformaciones A-V, disecantes, Inflamatorios, infecciones, post trauma, neoplasias por radiación)
- Hemorragia sub aracnoidea traumática
- Malformaciones vasculares
- Otras causas: arteritis, disección vascular, neoplasias,
- Hemorragia sub aracnoidea raquimedular

### **10.3 Signos y Síntomas:**

- Cefalea brutal de “gran intensidad” como si le dieron una puñalada en nuca” seguida de nauseas, vómitos, obnubilación que puede llegar al coma. La cefalea aparece con el esfuerzo físico, relación sexual, después del uso de drogas, intoxicación alcohólica, uso de tabaco.
- Ocasionalmente convulsiones y pérdida del conocimiento
- Rigidez de nuca (signo meníngeo) y alteración de la vigilia,-
- Afectación neurológica focal: Comunicante posterior produce comúnmente afección nervio oculo motor
- Si afecta la comunicante anterior produce afección visual
- Si afecta la cerebral media produce Afasia, Hemiparesia, disminución agudeza visual.
- Si afecta territorio posterior produce síndrome cerebelos y Nistagmos.

### **10.4 Como se realiza el Diagnóstico:**

- Historia Clínica y Examen físico
- Imágenes diagnosticas: TAC cráneo, Angiografía cerebral por TAC, Angiografía por resonancia magnética, Angiografía digital convencional.
- Punción lumbar

Nota: Interrogar al paciente sobre” Cefalea Centinela” que ocurre en el 20-50% de los pacientes, y que se presenta días antes, pudiendo durar horas hasta días.

### **10.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Anamnesis exhaustiva a fin de establecer el diagnóstico
- Realizar TAC cráneo
- Canalizar vía con Solución Salina 0.9 NaCl 1000 cc EV cada 8 horas
- Primperan 1Ampolla EV cada 8 horas (si tiene vómitos)
- Epamin 100mg EV cada 8 horas (Si el paciente debuta con convulsiones)
- Tratamiento antihipertensivo solo si TA diastolica es mayor de 110 MmHg, debiendo tenerse en cuenta la TA media del paciente a fin no producir hipotensión brusca.
- Manitol 15 gramos EV cada 6 horas (solo si evidenciamos datos de Hipertensión endocraneal).
- Realizar: Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, sodio, potasio, calcio, TC, TS, TP, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, PCR, transaminasas.

**10.6 Criterios para la hospitalización:**

- Todo usuario con sospecha clínica o demostración Topográfica de HSA debe ser ingresado.
- Usuarios con escala de Glasgow menor de 8 deben ser ingresados a UCI

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

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de seguimiento medico y de Terapia física
- Otras informaciones requeridas por el paciente y o familiar

**10.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de Emergencias e ingresos.
- Record del paciente
- SIG-REG

## **11. PANCREATITIS AGUDA**

### **11.1 Concepto:**

Es una enfermedad inflamatoria resultante de las activaciones inapropiadas de las enzimas pancreáticas, que superan los mecanismos de protección local y sistémica. Abarca desde formas leves con edema intersticial de la glándula hasta formas graves con áreas extensas de necrosis y hemorragia con afectación de tejido peripancreático y repercusiones sistémicas.

### **11.2 Clasificación:**

#### **Clasificación Consenso de Atlanta**

- a) Aguda leve.
- b) Aguda grave.
- c) Necrotizante
- d) Hemorrágica

#### **Clasificación de Baltasar.**

Grado A: páncreas normal.

Grado B: aumento del páncreas focal o difuso.

Grado C: alteraciones pancreáticas intrínsecas asociadas con cambios inflamatorios en la grasa peri pancreática.

Grado D: Colección líquida de una sola localización normalmente en el espacio pararenal anterior.

Grado E: dos o más colecciones líquidas cerca del páncreas (normalmente en el espacio pararenal anterior o en el saco menor) y/o gas en el o cerca del páncreas.

### **11.3 Signos y Síntomas:**

- Dolor abdominal, en epigastrio, a menudo irradiado a la espalda, Inicio súbito, aumenta de intensidad en forma progresiva, hasta ser constante.
- Son habituales las náuseas y vómitos.
- Usuario agudamente enfermo, en movimiento continuo buscando posición confortable.
- Hipotensión, taquipnea con disminución murmullo vesicular en ambas bases pulmonares.
- Equimosis en flanco (signo de Turner)
- Equimosis peri umbilical (signo de Cullen) indicativo de pancreatitis hemorrágica.
- Distensión abdominal
- Fiebre, y taquicardia.

### **11.4 Como se realiza el Diagnóstico:**

- Historia Clínica y Exploración Física.
- Laboratorio: Hemograma, enzima pancreática, tipificación, cruce, bilirrubina, electrolitos, TGO.TGP, fosfatasa alcalina, orina, coprológico, otros.
- Imágenes: Rayos X, Monografía, TAC de abdomen.

### **11.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Canalizar dos vías periféricas de buen calibre.
- Laboratorios: Hemograma, Química sanguínea, Electrolitos sericos, Amilasa y Lipasa, Basar el diagnostico en la determinación serica de amilasa y lipasa.
- Radiografía simple de abdomen, Radiografía de tórax.
- Sonografía abdominal
- TAC Abdominal.

- Colocar sonda nasogástrica en presencia de vómitos u íleo, para aspiración nasogastrica continua.
- Es necesario reponer líquidos en forma agresiva, en función de la situación hemodinámica:
- Una disminución de orina por debajo de 30 ml por hora es indicación de reemplazo inadecuado de líquidos.
- Control del dolor. De inicio con Meperidina (Demerol), 25-100 mg IV/IM cada 4 a 6 horas, luego con Ketorolato (Supradol), 60 mg IV/IM de inicio, continuar con 15 a 30 mg IV/IM cada 6 horas. o Tramadol (Tramal o Admón.) 100 mg en 100 ml de solución glucosada al 5%, Administrar IV en 20 minutos.
- Pancreatitis aguda leve o de evolución benigna (pancreatitis biliar, Ingreso de preferencia en el servicio de cirugía).
- Pancreatitis alcohólica, ingreso preferente en el servicio de Patología digestiva. Investigar y tratar la causa.

#### **11.6 Criterios para la hospitalización:**

- Todo usuario con sospecha clínica de pancreatitis aguda debe ser ingresado para prevenir complicaciones.

#### **11.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de seguimiento medico y de Terapia física
- Otras informaciones requeridas por el paciente y o familiar

#### **11.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de Emergencia
- Record del paciente
- SIG-REG

## 12. CARDIOPATÍA ISQUEMICA: INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

### 12.1 Concepto:

Es la privación de forma repentina y catastrófica del aporte sanguíneo coronario durante un período de tiempo suficiente para producir cambios necróticos agudos del miocardio, resultado casi siempre de una oclusión coronaria (trombosis, hemorragia subíntima o rotura de placa de ateroma).

### 12.2 Clasificación:

- IAM Trasmural (ondas Q)
- IAM No Trasmural (No Q, Subendocárdico)

### 12.3 Signos y Síntomas:

Dolor Intenso repentino de naturaleza opresiva, constrictiva o quemante, localizado típicamente en la región retroesternal y con irradiación a ambos hombros, miembros superiores, cuello, mandíbula, barbilla y área interescapular, de aparición en reposo o durante el ejercicio, duración mayor de 30 minutos, y que no se alivia con la administración de nitratos, siendo el dolor ocasionalmente de localización en epigastrio. El dolor puede acompañarse de síntomas vegetativos como náuseas, vómitos, mareos, diaforesis, disnea o palidez.

### 12.4 Como se realiza el Diagnóstico:

- Historia Clínica y Examen físico
- Electrocardiograma y pruebas de laboratorio.
- EKG (IAM transmural): Supradesnivel del segmento ST igual o mayor de 0.1 mV en dos derivaciones contiguas periféricas, o mayor o igual a 0.2 mV en derivaciones precordiales contiguas, o bloqueo completo de rama izquierda de nueva aparición.
- EKG (IAM no transmural): Infradesnivel del segmento ST ó depresión de la onda T de novo en derivaciones contiguas.
- Enzimas Cardíacas: CPK, CPK – MB, Troponinas, Mioglobina.

### 12.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Realizar EKG de 12 derivaciones, si el infarto es de cara inferior realizar circulo torácico (Derivaciones derechas y posteriores)
- Oxigenoterapia 3 lts/min
- Administrar Aspirina 325 mgs masticada
- Canalizar vía venosa de buen calibre
- Administrar nitratos Sub-Lingual. 5 mgs, repetir cada 5 minutos por tres dosis.
- Administrar analgésicos IV: Morfina 3 – 5 mgs IV seguida de 2 – 5 mgs IV C/ 5 – 15 mins hasta completar 15 mgs. O Meperidina 25 – 50 mgs IV, repetir a los 15 mins. O Nalbufina 5 – 10 mgs IV, repetir a los 15 mins.
- Tomas muestra sanguínea para hemograma, cpk, cpk-mb, troponina, mioglobina ( si la hay), tp, tpt, electrolitos séricos, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, gases arteriales si es necesario.
- Iniciar Trombolisis segun guia indicada:
- Trasladar a UCI en el menor tiempo posible, idealmente a los 20 – 30 minutos de su llegada al hospital.

### **12.6 Criterios para la hospitalización:**

- Todos los usuarios con IAM se ingresan a la UCI

### **12.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de seguimiento medico y de Terapia física
- Otras informaciones requeridas por el paciente y o familiar

### **12.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de Emergencia
- Record del paciente
- SIG-REG

## **13. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (REAGUDIZADO)**

### **13.1 Concepto:**

Es una alteración pulmonar caracterizada por obstrucción persistente de las vías aéreas debido a bronquitis y/o enfisema crónicos, caracterizado por disnea, hipoxemia progresiva y disminución de la distensibilidad pulmonar aérea que provoca la aparición de colapso de las vías aéreas durante la espiración.

### **13.2 Clasificación:**

- 1) Bronquitis crónica
- 2) Enfisema

### **13.3 Signos y Síntomas:**

- Disnea de esfuerzo progresivo y gradual
- Tos y producción de esputo en grados variados
- Sibilancias, infecciones respiratorias recurrentes, debilidad muscular, pérdida de peso.

### **13.4 Como se realiza el Diagnóstico:**

- Historia Clínica y Examen físico
- Rayos X
- Prueba Función Respiratoria (espirometría)
- Prueba Laboratorio: Gases arteriales.

### **13.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Posición semisentada.
- Oxigenoterapia: 3-5 litros/min con cánulas nasales o 5-12 litros/min con mascarilla + reservorio, o sin reservorio.
- Canalización de una vía periférica
- Laboratorio: hemograma, glicemia, urea, creatinina, Gases arteriales, electrolitos sericos

### **13.6 Criterios para la hospitalización:**

Cuando el usuario con EPOC infectado hace una insuficiencia respiratoria aguda y requiere monitorización continua de la función respiratoria o requiere terapia ventilatoria asistida, ingresar en la UCIP.

### **13.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Nombre de la patología y causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de seguimiento medico y de Terapia física
- Otras informaciones requeridas por el paciente y o familiar

### **13.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de Emergencia.
- Record del paciente
- SIG-REG

## 14. INTOXICACIÓN POR COMPUESTOS ÓRGANOS FOSFORADOS

### 14.1 Concepto:

Se considera intoxicación por órganos fosforados, a los efectos tóxicos sistémicos, como resultado a la exposición a dichos compuestos y que afectan de modo preferencial al sistema nervioso parasimpático. Los compuestos órganos fosforados, se relacionan con intoxicaciones graves.

### 14.2 Clasificación:

- Intoxicación latente
- Intoxicación leve
- Intoxicación moderada
- Intoxicación grave

### 14.3 Signos y Síntomas:

La severidad de los signos y síntomas son proporcionales a la clasificación de la intoxicación:

- Colinesterasa sérica mayor del 50% del valor normal, fatiga, cefalea, vértigo, entumecimiento de las extremidades, náuseas, vómitos, diaforesis, sialorrea excesiva, jadeos, dolor abdominal, diarrea, el usuario puede deambular.
- Debilidad generalizada, disartria, fasciculaciones musculares, miosis, el usuario no puede deambular, colinesterasa sérica de 10 a 20% del valor normal.
- Miosis marcada, pérdida de reflejo pupilar, a la luz, fasciculaciones musculares, parálisis flácida, estertores pulmonares, disnea severa, y /o fallo respiratorio, cianosis, el usuario está inconsciente, colinesterasa sérica menor de 10% del valor normal
- Nota: niveles de Colinesterasa menor de un 25 % se acompaña de alta mortalidad.

### 14.4 Como se realiza el Diagnóstico:

- Historia Clínica y Examen físico
- Laboratorio: medición de colinesterasa, electrolitos séricos, gases arteriales, hemograma, etc.
- Punción lumbar

Nota: Interrogar al paciente sobre "Cefalea Centinela" que ocurre en el 20-50% de los pacientes, y que se presenta días antes, pudiendo durar horas hasta días.

### 14.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Valorar la permeabilidad de la vía aérea y en caso de insuficiencia respiratoria intubar.
- Identificar la vía de intoxicación: Si es ingerido lavado gástrico de inmediato, con solución salina y carbón activado. Si es piel y mucosas retirar la ropa y bañar al usuario.
- Quitarle la ropa contaminada y lavar, enérgicamente piel con jabón, antiséptico
- Canalizar de inmediato una vena de gran calibre, con un catéter número 14 o 16
- Si el usuario ingirió cantidades importantes de órgano fosforados o carbamato, está indicado realizar vaciamiento gástrico. Añadir carbón activado al líquido de lavado gástrico
- **Intoxicación Latente: Observación** durante 8 horas, para vigilar, la evolución de los síntomas
- **Intoxicación Leve: Atropina**, 1 mg por vía endovenosa, y pralidoxina, 1 gramo vía endovenosa. Hidratación con suero salino fisiológico, 2-3 litros para 24 horas. Vigilar vía aérea
- **Intoxicación Moderada:** Atropina, 1 a 2 miligramos, vía endovenosa, cada 15 a 30 minutos, hasta que surjan signos de atropinización (taquicardia, midriasis pupilar, agitación psicomotriz). Pralidoxina, 1 gramo vía endovenosa.

- **Intoxicación Severa:** Atropina, 5 miligramo cada 15 a 30 minutos, hasta que aparezcan signos de atropinización, y pralidoxina 1 a 2 gramos endovenoso. Si no se observa mejoría, después del tratamiento, aplicar inyección lenta de pralidoxina a 0.5 g por hora, Si hay insuficiencia respiratoria, intubar y conectar a ventilador mecánico.

#### **14.6 Criterios para la hospitalización:**

- Todo usuario con sospecha clínica de intoxicación deberá ser ingresado.
- Será trasladado a la UCI si presenta : intoxicación de moderada a grave, Inestabilidad hemodinámica, Desbalance hidroelectrolítico, Trastornos del ritmo cardíaco, Exposición a gran cantidad del agente.

#### **14.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- El usuario y familiares de servicio de salud en caso de intoxicación por organofosforados o derivados del carbamato, debe ser informado de la magnitud real de su estado, de el grado de compromiso de su salud así como el pronóstico del mismo.
- En caso de intoxicación deliberada, con intento de suicidio, debe de informarse debidamente a los familiares y prestarle la ayuda psiquiátrica, debida.

#### **14.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de ingresos, record del paciente y SIG-REG

## 15. SHOCK ANAFILÁCTICO

### 15.1 Concepto:

Es un síndrome de hipoperfusión tisular, hipotensión arterial, secundario a una reacción aguda, mediada por anticuerpos, que ocurre tras una exposición repetida a antígenos en individuos previamente sensibilizados. Una reacción anafilactoide, es un síndrome con una clínica similar pero que no está mediada por anticuerpos y no requiere una exposición previa. El término anafilaxia habitualmente se ha empleado para describir ambos síndromes. La mayoría de las causas en el usuario crítico incluyen uso de antibióticos (especialmente penicilinas) u otras drogas, agentes radiográficos de contraste, Picaduras de insectos, etc.

**15.2 Clasificación:** No aplica

### 15.3 Signos y Síntomas:

La severidad de la reacción es función en parte de la vía de entrada, y de la dosis del antígeno. Más del 50% de usuarios que fallecen lo hacen dentro de las primeras horas después de la exposición. Los síntomas comunes del shock anafiláctico incluyen.

- Piel: Enrojecimiento, eritema, urticaria, prurito, y angioedema
- Sistema Respiratorio: Obstrucción de la vía aérea superior, bronco constricción, disnea Sibilancias, y fallo respiratorio agudo.
- Sistema Cardiovascular: Taquicardia, e hipotensión.
- Sistema Nervioso Central: Agitación, y obnubilación.
- Sistema Gastrointestinal: Náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, etc.
- Sistema Renal: hematuria secundaria a hemólisis, oliguria, etc

### 15.4 Como se realiza el Diagnóstico:

- Historia Clínica y Examen físico
- Datos de laboratorios.
- Las determinaciones cuantitativas, en plasma de histamina, Ig E, etc, confirman la reacción anafiláctica

### 15.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Identificar la patología
- Garantizar la vía aérea permeable (Vigilar posible edema de glotis)
- Canalizar una buena vía e iniciar la administración de soluciones isotónica
- Tomar muestra de laboratorio: Hemograma, electrolitos sérico, Gases arteriales si hay compromisos ventilatorio, glucemia, creatinina.
- **Medicamentos:** Epinefrina: Se administra de 0.1 a 0.5 mg IV (0,1-0,5 ml de una solución 1:1.000), es la dosis usual usada para usuario hipotenso. En caso de hipotensión refractaria valorar la infusión continua, de 4 a 8 mg de adrenalina en 100 ml. de solución salina a dosis repuestas.
- Antihistamínicos: En adultos se usan 50 mgs, de difenhidramina vía endovenosa. Y dosis 10 a 20 mg de mantenimiento cada 6 a 8 horas, IV.
  - Corticosteroides: La dosis usual para adultos: 200 mg de hidrocortisona inicialmente IV, y continuar con 125 mg de metil prednisolona endovenosa, luego 62.5 mg Cada 6 horas durante 1 a 2 días.

### **15.6 Criterios para la hospitalización:**

- ➔ Debe ingresarse en cuidados intensivos, todo usuario en estado de shock, que necesite administración enérgica de líquidos endovenosos, por una vía central.
- ➔ También todo usuario con compromiso respiratorio que pudiera necesitar apoyo ventilatorio mecánico.
- ➔ Usuario que presenten alteraciones del sensorio secundario a su compromiso hemodinámico.

### **15.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- ➔ El usuario debe estar bien informado de su estado real de salud, y de que sustancia o fármaco fue el causante de su estado alérgico. También en las medidas que se tomarán y de que precauciones deben tomar el y sus familiares para evitar futuras exposiciones y posibles reacciones más graves.
- ➔ Debe informarse al riesgo real de su estado, y de que medidas podrían requerirse.

### **15.8 Donde debe de registrar y notificar la patología si es de notificación obligatoria.**

- ➔ Libro de Emergencias, record del paciente, SIG-REG

## 16. SHOCK HIPOVOLEMICO

### 16.1 Concepto:

Es un síndrome clínico, producido por una gran pérdida de volumen intravascular eficaz, que reduce el retorno venoso al ventrículo derecho. Comprende hipotensión y disminución de la perfusión tisular. Se debe a pérdida aguda de más de un 25 a 30 % del volumen sanguíneo circulante. Un shock hipovolemico importante (es decir una pérdida de más de un 40% del volumen intravascular) que se extienda varias horas, puede causar la muerte a pesar de medidas de reanimación.

### 16.2 Clasificación: Según el Tipo de Pérdida:

- Hemorragias: Internas y externas
- No Hemorrágicas (Quemaduras, Deshidratación severa)

### 16.3 Signos y Síntomas:

Piel fría y sudorosa, pulso débil, taquicardia, hipotensión, oliguria, respiración rápida, y puede mostrar alteración del sensorio, de grado variable, de acuerdo a la magnitud de pérdida de volumen, Gasto cardíaco disminuido, Índice cardíaco bajo, Presión arterial media baja, Resistencia vascular periférica alta, Saturación de oxígeno de sangre venosa disminuido.

### 16.4 Como se realiza el Diagnóstico:

- Historia Clínica y Examen físico
- Alteración de parámetros hemodinámicos.

### 16.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Canalizar 2 vías venosas periférica de buen calibre (catéter 16-18)
- Iniciar infusión salina isotónica en volumen de reto.
- Identificar la patología de base
- Tomar muestra para laboratorio: Hemograma, Tipificación, cruce, TP, TPT, Electrolitos sérico y química sanguínea.

### 16.6 Criterios para la hospitalización:

- Todo usuario en shock hipovolemico, con signos y síntomas de descompensación hemodinámica.
- Usuarios con shock hipovolemico secundarios a sangrado digestivo alto y prueba de Tilt positiva
- Usuarios con shock hipovolemico con deshidratación severa que requiera monitoreo de PVC, gasto cardíaco y balance hídrico estricto, es decir entrada y salida de líquidos
- Usuarios en shock hipovolemico con deshidratación severa, secundarios a un síndrome hiperosmolar, en usuarios diabéticos deberán ser ingresados a UCI.

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

- Nombre de la patología
- Causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado
- Medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y/o futuras
- Necesidad de seguimiento médico y de Terapia física
- Otras informaciones requeridas por el paciente y o familiar

**16.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Libro de ingresos.
- Record del paciente
- SIG-REG

# **EMERGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS**

# **1. FRACTURAS DIAFISIARIA DE HUMERO (S42.3)**

## **1.1 Concepto:**

Es la fractura del humero en cualquier segmento de su diafisis.

## **1.2 Clasificación:**

- A) Abierta
- B) Cerrada: desplazada, no desplazada y conminuta

## **1.3 Signos y Síntomas:**

Incapacidad funcional del brazo, dolor, a veces deformidad en foco de fractura y acortamiento.

## **1.4 Como se realiza el Diagnostico:**

- Historia clínica y examen físico
- Estudios radiográficos: Radiografías simple brazo AP y Lat.
- Ocasionalmente tomografías.

## **1.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

Tan pronto se recibe el paciente se debe:

- Inmovilizar con férula
- Historia del tipo de trauma
- Administrar analgésico: Metamizol sodio 1g EV, Ketocorolato (Doloket/Dolgenal) 1 Amp. EV, Diclofenac 100 Mg. IM.
- Revisar pulsos o lesiones neurológicas
- Realizar radiografías

## **1.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Fractura desplazada, lesión vascular o neurológica, edema y desplazamiento importante y fallo de intento de reducción.
  
- Se maneja ambulatoriamente en casos de fractura sin desplazamiento y cuando el intento de reducción se considere aceptable

## **1.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

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

## **1.8 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

## **2. FRACTURA DIAFISIARIA CERRADA DE HUMERO EN NIÑOS (S42.3)**

### **2.1 Concepto:**

Es la solución de continuidad del humero en su porción diafisiaria.

### **2.2 Clasificación:**

- Desplazada
- No desplazada

### **2.3 Signos y Síntomas:**

- Historia de trauma en área afectada
- Presencia de incapacidad funcional del miembro superior
- Dolor, tumefacción, área de equimosis, gran edema
- Ocasionalmente deformidad en tercio medio del brazo.

### **2.4 Como se realiza el Diagnostico:**

- Historia clínica y examen físico
- Estudios radiográficos: Radiografías simple brazo AP y Lat.

### **2.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

Tan pronto se recibe el paciente se debe:

- Inmovilizar con férula
- Historia del tipo de trauma
- Administrar analgésico
- Revisar pulsos o lesiones neurológicas
- Realizar radiografías
- Ingresar

### **2.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Todo usuario con fractura de humero cerrada en su diafisis, se debe colocar yeso alto.
- Si la fractura esta desplazada, se ingresa el usuario y se reduce bajo anestesia, se coloca yeso alto.
- Si se logro buena reducción se despacha paciente. En caso contrario, se prepara para cirugía.

### **2.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

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

### **2.8 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. FRACTURAS DIÁFISIS DE CUBITO Y RADIO (S 52.4).**

#### **3.1 Concepto:**

Es la solución de continuidad del cubito y radio en su porción diafisiaria.

#### **3.2 Clasificación:**

- a) Abiertas
- b) Cerradas.

#### **3.3 Signos y Síntomas:**

Dolor, incapacidad funcional del antebrazo, deformidad, angulación o desplazamiento, puede haber acortamiento del miembro.

#### **3.4 Como se realiza el Diagnostico:**

Historia clínica y examen físico

Estudios radiográficos: Radiografías simple antebrazo AP y Lat.

#### **3.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

Al llegar el paciente:

- Se coloca férula
- Se administra analgésico: Metamizol sodio 1g EV, Ketorolaco (Doloket/Dolgenal) 1 Amp. EV, Diclofenac 100 Mg. IM.
- Valorar pulsos y condición neurológica
- Realizar Radiografías AP y Lat.

#### **3.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Toda persona con fractura de cubito y radio en diafisis se debe ingresar.

#### **3.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

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

#### **3.8 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. FRACTURAS DIAFISIARIA CERRADA DE CUBITO Y RADIO EN NIÑOS**

### **4.1 Concepto:**

Es la solución de continuidad del cubito y radio en su porción diafisiaria.

### **4.2 Clasificación:**

- Desplazada
- No desplazada

### **4.3 Signos y Síntomas:**

- Historia de trauma en área afectada
- Incapacidad funcional del miembro superior
- Dolor, tumefacción, área de equimosis, gran edema
- Ocasionalmente deformidad en tercio medio del antebrazo.

### **4.4 Como se realiza el Diagnostico:**

- Historia clínica y examen físico
- Estudios radiográficos: Radiografías simple antebrazo AP y Lat.

### **4.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

Al llegar el paciente:

- Se coloca férula
- Se administra analgésico
- Valorar pulsos y condición neurológica
- Realizar Radiografías AP y Lat.
- Ingresar

### **4.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Todo usuario con fractura de cubito y radio cerrada en su diafisis, se debe colocar yeso alto.
- Si la fractura esta desplazada, debemos reducir bajo anestesia y colocar yeso alto y se ingresa paciente hasta día siguiente.
- Si se logro buena reducción se despacha paciente. En caso contrario, se prepara para cirugía.

### **4.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

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

### **4.8 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. FRACTURAS OLÉCRANON (S 52.0)**

### **5.1 Concepto:**

Es la fractura de la porción proximal del cubito en su parte articular (Olécranon).

### **5.2 Clasificación:**

- Desplazadas
- No desplazadas

### **5.3 Signos y Síntomas:**

Incapacidad funcional para la flexo-extensión del brazo, dolor, a veces deformidad en foco de fractura y tumefacción del codo

### **5.4 Como se realiza el Diagnostico:**

- Historia clínica y examen físico
- Estudios radiográficos
- Ocasionalmente tomografías.

### **5.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

Tan pronto se recibe el paciente se debe:

- Inmovilizar con férula
- Historia del tipo de trauma
- Administrar analgésico: Metamizol sodio 1g EV, Ketocorolato (Doloket/Dolgenal) 1 Amp. EV, Diclofenac 100 Mg. IM.
- Revisar pulsos o lesiones neurológicas
- Realizar radiografías

### **5.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Fractura desplazada, lesión vascular o neurológica, edema y desplazamiento importante y fallo de intento de reducción.
  
- Se maneja ambulatoriamente en casos de fractura sin desplazamiento y cuando el intento de reducción se considere aceptable

### **5.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

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

### **5.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

- Record de usuario
- Libro Servicio de Emergencia
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- SIG-REG

## 6. FRACTURA DE CADERA (S32.0)

### 6.1 Concepto:

Toda fractura que se produce en el extremo superior del fémur donde se introduce en el hueso de la pelvis (cuello).

### 6.2 Clasificación:

- Intracapsulares
- Extracapsulares

### 6.3 Signos y Síntomas:

- Historia de trauma
- Dolor, incapacidad funcional del miembro inferior, acortamiento, rotación externa del pie afectado

### 6.4 Como se realiza el Diagnostico:

- Historia clínica y examen físico
- Estudios por imágenes: Radiografías simples, Tomografía Axial Computarizada. RMN

### 6.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

Todo paciente en quien se sospecha fractura de cadera, se debe manejar como sigue:

- Utilizar superficies suaves para proteger talones y sacro de úlceras por compresión
- Mantener el paciente abrigado
- Soluciones parenterales Ringer Lactato o Salino al 0.9%, catéter #18 o vía central según condición del paciente.
- Analgésicos: Metamizol sodio 1g EV, Ketocorolato (Doloket/Dolgenal) 1 Amp. EV, Diclofenac 100 Mg. IM.
  - Realizar estudios radiológicos. Si existe duda diagnóstica, el estudio de elección es la RMN.
- Exámenes de Laboratorio
  - Hemograma, TPT, TP, TC, TS, Tipificación sanguínea y Rh.
  - Urea, creatinina, TGO, TGP, Electrolitos Sericos, glicemia.
  - Examen general de Orina
  - Hbs Ag , Anti HCV, HIV
- Valorar pulsos y condición neurológica
- Canalizar paciente con soluciones EV
- Corregir desequilibrio hidroelectrolítico
- Ingresar

### 6.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:

- Las fracturas extracapsulares de la cadera deben ser todas tratadas quirúrgicamente a menos que haya contraindicaciones médicas.
- Usuarios jóvenes, activos y en forma se realizara fijación interna.
- Usuarios activos con supervivencia anticipada, deben ser considerados para la fijación interna, reemplazo total de cadera o hemiartroplastia.
- Usuarios con una supervivencia anticipada de menos de tres años con nivel de actividad bajo, deben ser considerados para hemiartroplastia.
- Usuarios en cama o sillas de ruedas deben ser tratados de manera conservadora.

- Usuarios con empalmes preexistentes, niveles de actividad medio/alto y una esperanza de vida razonable, el reemplazo total de la cadera puede ser apropiado como el tratamiento primario.

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

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Aquellos con riesgo aumentado, se les debe ofrecer múltiples opciones: ejercicios focalizados en estiramientos, flexibilidad, control del peso, ejercicios de balanceo, así como la modificación de las posibles causas ambientales o personales identificadas.
- Necesidad de ser tratado con calcio y vitamina D de por vida.

**6.8 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

## **7. FRACTURAS BIMALEOLAR CERRADA (S 82.8)**

### **7.1 Concepto:**

Es la solución de continuidad del cubito y radio en su porción diafisiaria.

### **7.2 Clasificación:**

- Desplazada
- No desplazada

### **7.3 Signos y Síntomas:**

- Historia de trauma en área afectada
- Incapacidad funcional del miembro superior
- Dolor, tumefacción, área de equimosis, gran edema
- Ocasionalmente deformidad en tercio medio del antebrazo.

### **7.4 Como se realiza el Diagnostico:**

- Historia clínica y examen físico
- Estudios radiográficos: Radiografías simple antebrazo AP y Lat.

### **7.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

Al llegar el paciente:

- Se coloca férula
- Se administra analgésico
- Valorar pulsos y condición neurológica
- Realizar Radiografías AP y Lat.
- Ingresar

### **7.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Todo usuario con fractura de cubito y radio cerrada en su diafisis, se debe colocar yeso alto.
- Si la fractura esta desplazada, debemos reducir bajo anestesia y colocar yeso alto y se ingresa paciente hasta día siguiente.
- Si se logro buena reducción se despacha paciente. En caso contrario, se prepara para cirugía.

### **7.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

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

### **7.8 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

## **8. FRACTURA DE TERCIO MEDIO DIAFISIS FEMORAL (S72.3).**

### **8.1 Concepto:**

Es la solución de continuidad de la diafisis femoral en su parte media.

### **8.2 Clasificación:**

- a) Abierta
- b) Cerrada

### **8.3 Signos y Síntomas:**

Dolor, incapacidad funcional del miembro inferior, acortamiento, rotación externa del pie afecto y aumento del diámetro del muslo afecto con relación al muslo contra lateral.

### **8.4 Como se realiza el Diagnostico:**

- Historia clínica y examen físico
- Estudios radiográficos: Radiografías simple AP y Lat.
- Ocasionalmente tomografías.

### **8.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

Al llegar el paciente:

- Se coloca férula
- Se administra analgésico
- Valorar pulsos y condición neurológica
- Realizar Radiografías AP y Lat.
- Ingresar

### **8.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

Todo usuario con fractura de fémur sea abierta o cerrada, tienen criterio de ingreso.

### **8.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Seguimiento ambulatorio y posibles complicaciones.

### **8.8 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

**EMERGENCIAS EN CIRUGÍA ORAL Y**  
**MAXILOFACIAL**

# **1. FRACTURAS DE LOS HUESOS PROPIOS NASALES (SO2.2)**

## **1.1 Concepto:**

Son fracturas del arco nasal, siendo las fracturas faciales más frecuente, lesionando cartílago y huesos, así con estructuras vecinas

## **1.2 Clasificación:**

- Fractura Naso –frontal
- Naso -orbitoetmoidal
- Fractura Naso- etmoidal

## **1.3 Signos y Síntomas:**

Deformidad nasal, Hundimiento o latero desviación, edema, equimosis, heridas en el dorso, epistaxis y obstrucción respiratoria nasal.

## **1.4 Como se realiza el Diagnostico:**

Historia clínica, Examen físico, Rinoscopia Proyecciones Radiográficas: Waters y proyección lateral de huesos propios nasales.

## **1.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Vigilar vías aéreas y sangrado.
- Tomar signos vitales cada 2 horas.
- Radiografías: en proyección de Waters y lateral de huesos propios nasales.
- Tomar muestras de laboratorio: hemograma, glicemia, tipificación.
- Si existe mínima deformidad, reducción digital sobre el hueso desplazado.
- Inmovilización con taponamiento endonasales impregnados de pomada antibiótica.
- Sutura de existir heridas.
- Administración de toxoide antitetánico.
- Observación: solo en fracturas no complicadas.
- En fracturas con desplazamiento canalizar con catéter No.18 y solución Lactato Ringer.

## **1.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Todo usuario con sangrado abundante tras-nasal.
- Fractura con hundimiento de fragmentos importante.
- Fracturas nasales complejas que requieran de injertos óseos o cartilagosos para su corrección.

## **1.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Signos y síntomas de alarmas.

## **1.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:**

- Record de usuario:
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Libro de Emergencias
- SIG-REC

## **2. FRACTURAS MANDIBULARES (SO2.6)**

### **2.1 Concepto:**

Son las fracturas del tercio inferior de la cara.

### **2.2 Clasificación:**

- Fracturas sinfisarias.
- Fracturas parasinfisarias
- Fracturas de cuerpo- de los procesos alveolares – ángulo- rama ascendente- de apófisis coronoides y condilo

### **2.3 Signos y Síntomas:**

Dolor. Mala oclusión, en ocasiones imposibilidad de cerrar la boca, mordida abierta. Trismos, parestesia o anestesia del nervio mentoniano. Hemorragia, edema y equimosis. Escalón óseo palpable en reborde alveolar. Movilidad anormal y dientes avulsionados o fracturados. Latero desviación a la apertura de la boca. Silencio cóndilar.

### **2.4 Como se realiza el Diagnostico:**

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional: Ortopantomografía, proyecciones oclusales, posteroanterior de mandíbula y proyección de Towne.

### **2.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Vigilar vías aéreas y sangrado.
- Tomar signos vitales cada 2 horas.
- Radiografías: Ortopantomografía, proyecciones oclusales, posteroanterior de mandíbula y proyección de Towne.
- Tomar muestras de laboratorio: hemograma, glicemia, tipificación.
- Inmovilización mediante alambre de acero inoxidable en área de fractura, tomando como referencia área mesiales de diente contiguo.
- Sutura de existir heridas.
- Administración de toxoide antitetánico.
- Antibioterapia y analgesia.

### **2.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Fracturas desfavorables, con gran grado de desplazamiento.
- Fractura que luego de manejo conservador no consiguieron reducción anatómica correcta.
- Fracturas de ángulos.
- Fracturas maxilares asociadas.
- Fracturas de cuerpo clase III.

### **2.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Signos y síntomas de alarmas.

### **2.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:**

- Record de usuario, Libro de procedimientos quirúrgicos. Libro de Emergencias
- SIG-REC

### **3. FRACTURA DE LA ORBITA (SO2.3)**

#### **3.1 Concepto:**

Son las fracturas del techo, piso, pared lateral y medial de la cavidad orbitaria que pueden afectar o no las estructuras orbitarias.

#### **3.2 Clasificación:**

- Fracturas del suelo de la orbita.
- Fracturas “blow-out”.
- Fracturas orbitonasomoidales.
- Fracturas de techo.

#### **3.3 Signos y Síntomas:**

Herida supraorbitaria o infraorbitaria. Equimosis. Escalón óseo palpable en reborde orbitario. Deformidad visible. Parestesia del territorio inervado por el nervio supraorbitario o infraorbitario, diplopía. Síndrome de la fisura orbitaria superior (oftalmoplejias, ptosis, proptosis, pupilas fija y dilatada, limitación de la mirada hacia arriba o abajo).

#### **3.4 Como se realiza el Diagnostico:**

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional: proyección de Water y proyección de Towne, TAC de orbita con cortes coronales.

#### **3.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Vigilar vías aéreas.
- Vigilar sangrado.
- Tomar signos vitales cada 2 horas.
- Radiografías: proyección de Water y proyección de Towne, TAC de orbita con cortes coronales.
- Sutura de existir heridas.
- Administración de toxoide antitetánico.
- Antibioterapia y analgesia.

#### **3.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Fracturas de techo de la orbita que produzcan deformidad con gran grado de desplazamiento importante.
- Fractura que se asocien con fracturas de malar.
- Fracturas con exoftalmos.
- Cuando existen fracturas orbitonasomoidales.
- Fracturas “blow-out”.

#### **3.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Signos y síntomas de alarmas.

#### **3.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:**

- Record de usuario, libro de procedimientos quirúrgicos, libro de Emergencias
- SIG-REC

## **4. FRACTURAS MAXILARES Y DEL TERCIO MEDIO FACIAL (SO2.X)**

### **4.1 Concepto:**

Son las fracturas del tercio medio de la cara y el maxilares que su trayecto se divide según la línea de fractura.

### **4.2 Clasificación:**

- Fractura Le Fort I
- Fractura Le Fort II
- Fractura Le Fort III

### **4.3 Signos y Síntomas:**

Edema, equimosis y heridas en el tercio medio de la cara. Signos y síntomas de fracturas zigomáticas, orbitarias, nasales o nasoorbitoetmoidales. Malaoclusión secundaria al desplazamiento del maxilar. Cara alargada y aplanada. Rinoliquorrea, neumocéfalo, enfisema orbitario.

### **4.4 Como se realiza el Diagnostico:**

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional, ortopantomografía, proyecciones y proyección de Towne, Cadwel, Waters, radiografías laterales de cráneo. TAC indicada en todas las fracturas complejas del tercio medio facial.

### **4.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Vigilar vías aéreas, realización de traqueostomía de ser necesario en los casos de Fracturas Le-fort tipo 3 o panfacial.
- Vigilar sangrado.
- Tomar signos vitales cada 2 horas.
- Imágenes diagnosticas.
- Tomar muestras de laboratorio: hemograma, glicemia y tipificación.
- Sutura de existir heridas.
- Administración de toxoide antitetánico.
- Antibioterapia y analgesia.

### **4.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Toda fracturas del tercio medio de cara.
- Cuando existen fracturas maxilares asociadas.

### **4.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Signos y síntomas de alarmas.

### **4.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:**

- Record de usuario
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Libro de Emergencias
- SIG-REC

## **5. FRACTURA MALAR (SO2.4)**

### **5.1 Concepto:**

Son las fracturas que ocurren por impacto directo sobre el pómulo, suelen pasar inadvertidas.

### **5.2 Clasificación:**

- Fracturas cigomático frontal.
- Fracturas cigomático-maxilar.
- Fracturas del reborde infraorbitario.

### **5.3 Signos y Síntomas:**

Edema o equimosis peri orbitaria, hemorragia subconjuntival, hematoma en el surco vestibular superior, epistaxis, depresión de la eminencia malar o pómulo, depresión o descenso del canto externo del ojo, diplopía por alteración del nivel bipupilar, movimientos extraoculares limitados, escalones peri orbitarios palpables, enoftalmos, parestesia del nervio infraorbitario, limitación de la apertura de la cavidad oral, etc.

### **5.4 Como se realiza el Diagnostico:**

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional: Proyecciones de Waters, Cadwell y submentovertex, TAC

### **5.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Vigilar vías aéreas, realización de traqueostomía de ser necesario en los casos de Fracturas Le-fort tipo 3 o panfaciasal.
- Vigilar sangrado.
- Tomar signos vitales cada 2 horas.
- Imágenes diagnosticas: Waters, Cadwell y submentovertex, TAC
- Presentar al departamento de oftalmología.
- Sutura de existir heridas.
- Administración de toxoide antitetánico.
- Antibioterapia y analgesia.

### **5.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Fracturas desfavorables, con gran grado de desplazamiento.
- Fractura que luego de manejo conservador no consiguieron reducción anatómica correcta.
- Cuando existen fracturas maxilares asociadas.

### **5.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Signos y síntomas de alarmas.

### **5.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:**

- Record de usuario
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Libro de Emergencias
- SIG-REC

## **6. DIENTES INCLUIDOS (KO1.0)**

### **6.1 Concepto:**

Dientes que siguen formándose dentro del hueso, pero fracasan en el proceso de erupción.

### **6.2 Clasificación:**

- Inclusión de molares inferiores.
- Premolares inferiores.
- Caninos superiores.
- Incisivos y dientes temporales.
- Caninos inferiores

### **6.3 Signos y Síntomas:**

Dolor e inflamación de causa inexplicable. Accidentes infecciosos (pericoronaritis). Caries del segundo molar. Reabsorción externa del diente impactado.

### **6.4 Como se realiza el Diagnostico:**

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional: panorámica, proyecciones oclusales, posteroanterior de mandíbula, peri apical.

### **6.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

Radiografías: Panorámica, proyecciones oclusales, posteroanterior de mandíbula. Antibioterapia y analgesia previa al acto quirúrgico.

### **6.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Pericoronaritis.
- Patología dental del tercer molar semierupcionado o del segundo molar adyacente.
- Reabsorción radicular de piezas adyacentes.
- Patología folicular, quiste y tumores odontogénicos.
- Manejo de dolor de causa inexplicable.

### **6.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Signos y síntomas de alarmas.

### **6.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:**

- Record de usuario
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Libro de Emergencias
- SIG-REC

## **7. TRASTORNO DE LAS GLÁNDULAS SALIVARES (K11-9)**

### **7.1 Concepto:**

Son las enfermedades que afectan a las glándulas salivares mayores y menores de las estructuras oro-faciales. Afectan también a las glándulas submucosas de las vías áreas superiores, incluidas glándulas secretoras de moco de la nariz, los senos paranasales y la laringe.

### **7.2 Clasificación:**

- ➔ Lesiones Reactivas.
- ➔ Infecciones.
- ➔ Tumores benignos
- ➔ Tumores malignos.
- ➔ Enfermedades mediadas por procesos inmunitarios.

### **7.3 Signos y Síntomas:**

Tumefacción glandular, las lesiones infecciosas y obstructivas presenta frecuentemente dolor, los trastornos inmunológicos y neoplásicos se caracterizan por tumefacción indolorosa.

### **7.4 Como se realiza el Diagnostico:**

Historia clínica, Examen físico.

PAAF: de ser necesario.

Radiología convencional: Ortopantomografía, proyecciones oclusales, posteroanterior de mandíbula, sonografías, Sialografía o TAC de ser necesario.

### **7.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- ➔ Vigilar vías aéreas.
- ➔ Vigilar función y terapia respiratoria.
- ➔ Tomar signos vitales.
- ➔ Radiografías: Ortopantomografía, proyecciones oclusales, posteroanterior de mandíbula, sialografía o TAC.
- ➔ Realizar PAAF de ser necesario.
- ➔ Realizar Hemograma, glicemia, tipificación, perfil de químicas: urea, creatinina, proteínas totales, sodio, potasio. Pruebas virales.

### **7.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- ➔ Sialolitiasis con cálculos intraductales u obstrucción de larga evolución.
- ➔ Procesos infecciosos agudos.
- ➔ Tumores Benignos de glándula salivares mayores (Submaxilar, sublingual o Parótida).
- ➔ Tumores malignos de glándula salivares mayores (Submaxilar, sublingual o Parótida).

### **7.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- ➔ Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- ➔ Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- ➔ Signos y síntomas de alarmas.

### **7.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:**

- ➔ Record de usuario
- ➔ Libro de procedimientos quirúrgicos, libro de emergencia, SIG-REC

## **8. TUMORES BENIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVARES (D11-9)**

### **8.1 Concepto:**

Son las enfermedades benignas que afectan a las glándulas salivares.

### **8.2 Clasificación:**

- Adenoma pleomorfo.
- Cistadenoma papilar linfomatoso
- Adenoma monomorfo.
- Oncocitoma.

### **8.3 Signos y Síntomas:**

Tumefacción glandular. Los signos y síntomas dependerá del tipo de tumor glandular en cuestión.

### **8.4 Como se realiza el Diagnostico:**

Historia clínica, Examen físico.

PAAF: de ser necesario.

Radiología convencional, Sonografías, Sialografía o TAC se es necesario.

### **8.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Vigilar vías aéreas, función y terapia respiratoria.
- Tomar signos vitales.
- Radiografías, sialografía o TAC.
- Realizar PAAF de ser necesario.
- Realizar Hemograma, glicemia, tipificación, perfil de químicas: urea, creatinina, proteínas totales, sodio, potasio. Pruebas virales.

### **8.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Tumores Benignos de glándula salivares mayores (Submaxilar, sublingual o Parótida).

### **8.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Signos y síntomas de alarmas.

### **8.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:**

- Record de usuario
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Libro de Emergencias
- SIG-REC

## **9. TUMORES MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVARES (C08.9)**

### **9.1 Concepto:**

Son las enfermedades malignas que afectan a las glándulas salivares.

### **9.2 Clasificación:**

- Carcinoma mucoepidermoide.
- Carcinoma adenoide quístico.
- Carcinoma de celular acinares.
- Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.

### **9.3 Signos y Síntomas:**

Neoplasia glandular que puede presentar tumefacción indolora con o sin parestesia local a la lesión. Los signos y síntomas dependerán del tipo de tumor.

### **9.4 Como se realiza el Diagnostico:**

Historia clínica, Examen físico.

PAAF: de ser necesario.

Radiología convencional, Sonografías, Sialografía, TAC, Resonancia Magnética de ser necesario.

### **9.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Vigilar vías aéreas.
- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Tomar signos vitales.
- Radiografías, sialografía o TAC.
- Realizar PAAF de ser necesario.
- Realizar Hemograma, glicemia, tipificación, perfil de químicas: urea, creatinina, proteínas totales, sodio, potasio. Pruebas virales.

### **9.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Tumores malignos de glándula salivares mayores (Submaxilar, sublingual o Parótida).

### **9.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Signos y síntomas de alarmas.

### **9.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:**

- Record de usuario
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Libro de Emergencias
- SIG-REC

## **10. QUISTE EMBRIONARIOS (K9.1)**

### **10.1 Concepto:**

Son los quistes derivados del epitelio presente durante el desarrollo embrionario.

### **10.2 Clasificación:**

- Quiste del conducto Naso palatino, Quiste Naso labial, Quiste linfoepitelial, Quiste linfoepitelial oral y cervical.
- Quistes del trayecto vestigial: Quiste del conducto tirogloso.
- Quiste embrionario de origen cutáneo: Quiste Dermoide, Epidermoide, otros.

### **10.3 Signos y Síntomas:**

- Sintomático de presentación. (Pueden presentarse con tumefacciones indolora, pueden inducir disfagia, fistula supurativa si se infectan o inflaman,
- Hallazgo radiográfico casual, presentando radió transparencia bien circunscrita oval o en forma de corazón en la parte anterior de el maxilar entre la raíces de los incisivos centrales

### **10.4 Como se realiza el Diagnostico:**

- Historia clínica, Examen físico.
- Biopsia de la lesión.
- Radiología convencional: Rx panorámica, proyecciones oclusales.

### **10.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Radiografías: Panorámica, proyecciones oclusales, radiografías peri apicales.

### **10.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Quistes Naso palatinos o del conducto tiroglosos infectados.
- Quiste dermoide

### **10.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Signos y síntomas de alarmas.

### **10.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:**

- Record de usuario
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Libro de Emergencias
- SIG-REC

## **11. CARCINOMAS DEL LABIO, CAVIDAD ORAL Y DE LA FARINGE. (D00.0)**

### **11.1 Concepto:**

Son tumores malignos que afectan cavidad bucal, labio y oro -nasofaringe.

### **11.2 Clasificación:**

- Carcinoma Epidermoide.
- Tumores malignos de las Glandulas Salivares.
- Tumores Mesenquimatoso, Sarcoma, Osteogeno, Condrosarcoma y otros.
- Carcinoma Verrucoso.
- Carcinoma Nasofaringeo.
- Carcinoma de Células Fusiformes.

### **11.3 Signos y Síntomas:**

- Mancha o placas rojas, blancas o ambas.
- Superficie exofítica (rugosa o papilar)
- Ulceración, costra, lesión azulada, pardusca o negra.
- Piezas desvitalizadas.
- Reabsorción Ósea.
- Disfagia.

### **11.4 Como se realiza el Diagnostico:**

- Historia clínica, Examen físico.
- Radiología convencional: Rx panorámica. TAC. Rx de tórax.
- Naso laringoscopia
- Biopsia del tejido neoplásico.

### **11.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Vigilar vías aéreas.
- Vigilar función y terapia respiratoria.
- Tomar signos vitales.
- Radiografías, TAC.
- Realizar Hemograma, glicemia, tipificación, perfil de químicas: urea, creatinina, proteínas totales, sodio, potasio. Pruebas virales.

### **11.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

Tumor de cavidad oral que tenga un TNM (T3N2cMx)

### **11.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Signos y síntomas de alarmas.

### **11.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:**

- Record de usuario
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Libro de Emergencias
- SIG-REC

## **12. QUISTES ODONTOGENOS (K9.0)**

### **12.1 Concepto:**

Son quiste en el cual el revestimiento de la luz deriva del epitelio producido durante el desarrollo del diente.

### **12.2 Clasificación:**

- Quiste derivados de los restos de Malassez
- Quistes peri apical, dentigero, de erupción, derivados de la lámina dental (restos de Serres), queratoquistes, del recién nacido etc...

### **12.3 Signos y Síntomas:**

- Asintomático. Hallazgo radiográfico casual.
- Piezas desvitalizadas.
- Puede desviar piezas vecinas
- Puede provocar exorozilisis.
- Reabsorción Ósea.

### **12.4 Como se realiza el Diagnostico:**

Historia clínica, Examen físico.

Radiología convencional: Rx panorámica, proyecciones oclusales, peri apical.

### **12.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- Radiología convencional: Rx panorámica, proyecciones oclusales, peri apical.

### **12.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Queratoquiste que se ha necesario reseccion quirúrgica amplia, por su tamaño.
- Quiste folicular o dentigero.
- Quiratoquiste donde se produzca fractura patológica de área mandibular.

### **12.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento.
- Signos y síntomas de alarmas.

### **12.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria:**

- Record de usuario
- Libro de procedimientos quirúrgicos
- Libro de Emergencias
- SIG-REC

# **EMERGENCIAS NEUROQUIRURGICAS**

# 1. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (09.9 S)

## 1.1 Concepto:

Cualquier lesión física de la cubierta o contenido craneal, o deterioro funcional del encéfalo, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica, producido por accidentes de tráfico, laborales, caídas o agresiones.

## 1.2 Clasificación:

- Por su etiología: Abiertos y Cerrados
- Por su gravedad: Leve, Moderado y Severo
  - **Traumatismo Craneoencefálico Leve:** (Escala de Glasgow de 14 a 15, representa el 80% de todos los TCE).
  - **Traumatismo Craneoencefálico Moderado:** (Escala de Glasgow de 9 a 13, también se incluyen todos los intervenidos quirúrgicamente por lesiones craneales; representan el 10% de todos los TCE).
  - **Traumatismo craneoencefálico Severo:** (Glasgow por debajo de 8, todos los pacientes con lesiones expansivas intracraneales evacuadas y lesiones importantes del macizo facial; la mortalidad es cerca del 50%).

## 1.3 Signos y Síntomas:

- Evidencia externa de trauma: heridas, abrasiones o contusiones de cuero cabelludo, equimosis periorbitaria y/o retroauricular, rionorragia y/o otorragia.
- Alteración del nivel de conciencia según la escala de Glasgow.
- Alteraciones cognitivas aguda: desorientación, agresividad, despersonalización.
- Déficit neurológico de focalización: hemiparesis o hemiplejía, alteraciones pupilares (anisocoria), trastornos del habla.
- Convulsiones.
- Alteraciones neurovegetativas: Hipertensión Arterial, Bradicardia, alteraciones respiratorias (triada de Cushing).

## 1.4 Como se realiza el Diagnostico:

Historia Clínica

TAC cráneo.

Radiografía simple de cráneo para heridas penetrantes.

- Nota: debe de descartarse siempre otras causas de alteración del nivel de conciencia como el shock hipovolémico, hipoxia por trastornos ventilatorios, intoxicaciones, trastornos metabólicos (diabetes).

## 1.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:

- Vigilar y mantener la vía aérea permeable: se debe de realizar intubación endotraqueal en la emergencia con sedo-relajación en todo paciente con un Glasgow por debajo de 9, trastornos ventilatorios, paciente agitado que requiera realización de estudios de neuroimágenes (una vez intubado debe de tener la monitorización estándar y recibir el soporte ventilatorio manual o automático).
- Corregir sangrados activos con apósitos compresivos.
- Canalizar una vía venosa con catete numero 18 y administrar solución salino 0.9% a razón de 2000 cc en 24 horas, mas la corrección de las perdidas agudas de volumen con expansores plasmáticos o sangre total si es necesario y no hay contraindicación.

- En caso de que exista algún objeto enclavado en el cráneo no retirar, inmovilizarlo y almohadillar por ambos lados.
- Todo paciente que esté convulsionando se administrará Diazepan a razón de 10 mg. EV y a dosis respuesta, mas Difenilhidantoina 250 mg EV y Dextrosa al 50% en bolus.
- Si está agitado y no permite una exploración adecuada y ya se ha descartado otras causas de alteración de la conciencia, se puede sedar con Midazolam a razón de 5 mg diluido lento y a dosis respuestas; mas la analgesia que esté disponible (evitar Diclofenaco debido a que se ha asociado a sangrado cerebral).
- Abrir inmediatamente una hoja que contenga los datos generales de los usuarios, la hora de llegada, los signos vitales y nivel de conciencia según la escala de Glasgow. Esta hoja debe de estar siempre a la vista y acompañar al usuario hacia los lugares de estudios de neuroimágenes.
- Explorar al paciente de la cabeza hasta los pies, lateralizarlo y observar y palpar la columna vertebral en busca de área de equimosis, apófisis espinosa sobresaliente y dolor local que sugiera lesión de la columna.
- Tomar muestra sanguínea para realizar Hemograma, Tipificación Sanguínea, Glicemia y Niveles Sanguíneo de Alcohol cuando se sospecha su ingesta.
- Debe de descartarse una lesión de la columna cervical (el 20% de los TCE severo se asocian a una lesión de la columna); se sospecha de ésta en todo paciente conciente con incapacidad para mover las pierna y brazos, paciente conciente con dolor en el cuello y en todo paciente inconsciente con o sin incapacidad neurológica. Cuando se sospeche se colocará collarín cervical tipo filadelfia y se realizará radiografía cervical en proyecciones lateral y AP con y sin la boca abierta (para ver la apófisis odontoides). Es importante que se visualicen las 7 vértebras cervicales.
- Radiografía simple de cráneo: en estos momentos solo se recomienda en lesiones penetrante de cráneo o cuando no hay disponible una TAC
- Realizar TAC craneal, excepto a aquellos usuarios sin evidencia externa de trauma, no historia de perdida de conciencia y con un examen neurológico normal.
- Descartar una lesión importante de otros órganos, presente en el 50% de los TCE.

#### **1.6 Criterios para la hospitalización o la realización del procedimiento:**

- Alteración del nivel de conciencia por más de 30 minutos.
- Evidencia externas de traumas.
- TAC craneal con lesión encefálica o craneal.
- Convulsiones.
- Intoxicación etílica.
- Accidente catastrófico donde ha ocurrido muerte.
- Presencia de un antecedente patológico de importancia
- Si el usuario se presenta solo y no hay adulto responsable.
- Niños por debajo de 2 años y ancianos.

#### **1.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Posibles complicaciones que se pueden presentar.
- Otras interrogantes del usuario o sus familiares.

#### **1.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

Record del Usuario, Registro de Emergencia y Sala de Hospitalización. SIG-REG

## **2. TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR (T09.2)**

### **2.1 Concepto:**

Es el resultado de la fuerza traumática a nivel del raquis que puede determinar daño de la columna y sus ligamentos y/o daños de las estructuras nerviosas que protege (medula y raíces).

### **2.2 Clasificación:**

- Por su nivel: Cervical, Dorsal, Unión dorso lumbar y Lumbar
- Por su daño histológico: Lesión Medular Completa e Incompleta, lesión de cono medular, lesión de cauda equina y lesión radicular

### **2.3 Signos y Síntomas:**

- Evidencia externa de trauma a nivel del raquis como áreas de contusiones y edema, apófisis espinosa sobresaliente (signo del escalón).
- Dolor local.
- Alteraciones sensitivas y de la fuerza muscular por debajo de la lesión (ver escala de evaluación de la fuerza muscular y dermatomas)
- Alteraciones esfinterianas caracterizado por la presencia de un globo vesical y ausencia de tono en el esfínter anal.
- Priapismo.
- Hipotensión arterial con bradicardia.

Nota: todo paciente inconsciente se sospecha de lesión del raquis.

### **2.4 Como se realiza el Diagnostico:**

Historia Clínica

Radiografía simple de columna

TAC

Resonancia Magnética (no siempre necesaria pero cuando se encuentra disponible sustituye cualquier otro medio diagnóstico)

### **2.5 Acciones que se deben realizar en el área de Urgencia/Emergencia:**

- ABC del paciente crítico, ya que el 30% de las lesiones del raquis pueden tener otras lesiones agregadas.
- Mínimo examen neurológico que incluya valoración de la fuerza muscular, nivel sensitivo, la presencia o no de globo vesical y tono anal.
- Si se sospecha de lesión cervical se realiza inmovilización con collarín tipo Philadelphia.
- Si se sospecha de lesión dorsal o lumbar: mantener al usuario en lecho rígido, si es posible sobre una tabla de traslado corta o larga y evitar la angulación de la columna.
- Tratar la hipotensión agregada (descartando primero otras causas como la pérdida hemática) con soluciones adecuadas como Ringer Lactato (evitar la hiperhidratación que causa edema pulmonar), si es necesario administrar Dopamina: 1 o 2 ampollas en 500 cc de Dextrosa al 5% a 5 o 10 gotas por minutos o a dosis respuesta; también se puede usar Atropina para evitar la bradicardia que acompaña a este tipo de hipotensión refleja por disfunción autonómica.
- Radiografía simple de todo el raquis (es aconsejable realizar las mismas en la camilla del paciente).
- Una vez visualizada una fractura, deberá de realizarse una TAC con cortes transversales en el área de la lesión para evaluar posibles fragmentos óseos comprometiendo el canal raquídeo.

- Si hay déficit neurológico o parestesia en las extremidades se implementa un esquema de administración de esteroides en las primeras 8 horas del evento traumático: Metilprednisolona a dosis de 30 mg/kg en un bolo IV seguido por una pausa de 45 minutos y posterior administración de una infusión IV continua de 5,4 mg/kg peso corporal por hora durante 23 horas. Si los medios económicos no permite la administración de la misma se administra dexametasona a la dosis más alta posible dependiendo del estado premorbido del usuario. La administración de esteroides debe de ir siempre acompañado de un bloqueador H2 para evitar los efectos gastrolesivos.
- Sonda vesical fija.
- Si hay distensión abdominal (frecuente en estos casos) se coloca sonda nasogástrica, lo cual se hará con cuidado cuando se sospeche lesión cervical

## **2.6 Criterios para la hospitalización:**

- Parestesia o sensación de hormigueo o adormecimiento en las extremidades.
- Déficit neurológico presente.
- Lesión radiográficamente visible.
- Si hay lesión ósea sin déficit neurológico se aplicará inmovilización y/o tracción y si está acompañada de signos de inestabilidad de la columna se planifica la cirugía de forma electiva.
- Se realizará cirugía de urgencia a todo usuario con presencia de cuerpo extraño intrarraquideo (hueso o fragmentos de balas), fístula de líquido cefalorraquídeo por heridas penetrantes y cuando hay signos de compresión medular con la presencia de déficit neurológico progresivo.
- La cirugía será descompresiva con alineación y estabilización de la columna dependiendo de los medios y la habilidad del neurocirujano en los distintos métodos de fijación.

## **2.7 Informaciones deben brindar al usuario y familiares durante el manejo y cuando sale de alta:**

- Características de la lesión y alternativas terapéuticas.
- Riesgos y posibles complicaciones.
- Posibles complicaciones que se pueden presentar.
- Otras interrogantes del usuario o sus familiares.

## **2.8 Donde debe de registrar y notifica la patología si es de notificación obligatoria.**

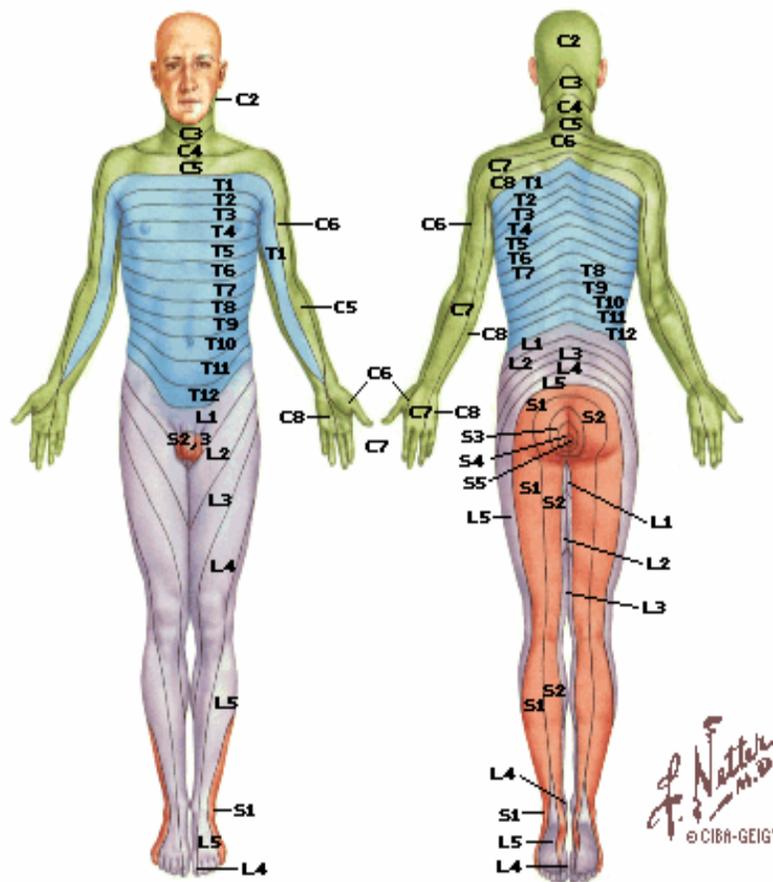
Record del Usuario, Registro de Emergencia y Sala de Hospitalización. SIG-REG

## Anexo:

### ESCALA DE LA EVALUACION DE LA FUERZA MUSCULAR

- 5/5 fuerza muscular normal.
- 4/5 vence la fuerza de gravedad pero no opone resistencia.
- 3/5 no vence la fuerza de gravedad, no opone resistencia, pero mueve el miembro.
- 2/5 solo contractura muscular
- 1/5 no hay respuesta motora.

### DERMATOMAS DEL CUERPO HUMANO QUE PERMITE IDENTIFICAR EL NIVEL SENSITIVO



<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW</b>			
<b>SCG para adultos</b>		<b>SCG Modificada para niños</b>	
<b>Apertura Ocular</b>			
Espontánea	<b>4</b>	Espontánea	<b>4</b>
Respuesta a la voz	<b>3</b>	Respuesta a la voz	<b>3</b>
Respuesta al dolor	<b>2</b>	Respuesta al dolor	<b>2</b>
Sin respuesta	<b>1</b>	Sin respuesta	<b>1</b>
<b>Respuesta Motora</b>			
Obedece	<b>6</b>	Mov. espontáneos normales	<b>6</b>
Localiza	<b>5</b>	Retirada al tocar	<b>5</b>
Flexiona	<b>4</b>	Retirada al dolor	<b>4</b>
Flexión anormal (decorticación)	<b>3</b>	Flexión anormal	<b>3</b>
Extensión anormal (descerebración)	<b>2</b>	Extensión anormal	<b>2</b>
Sin respuesta	<b>1</b>	Sin respuesta	<b>1</b>
<b>Respuesta Verbal</b>			
Orientada 5 5	<b>5</b>	Charla y balbucea	<b>5</b>
Desorientada 4 4	<b>4</b>	Llanto irritable	<b>4</b>
Palabras inusuales 3 3	<b>3</b>	Gritos o llanto al dolor	<b>3</b>
Sonidos incomprensibles 2 2	<b>2</b>	Se queja al dolor	<b>2</b>
Sin respuesta 1 1	<b>1</b>	Sin respuesta	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

## VII. PROTOCOLOS DE PROCEDIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

### 1. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR:

**1.1 Concepto del procedimiento:** La RCP consiste en facilitar la administración artificial de sangre oxigenada a los territorios circulatorios sistémicos que sea suficiente para preservar la función de los órganos vitales y que proporcionen a la vez el substrato fisiológico para un retorno rápido a la circulación espontánea.

#### 1.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento:

- ➔ Medicamentos: (Adrenalina, Atropina, Lidocaína al 2%, Bicarbonato de sodio, etc.)
- ➔ Equipos: Desfibrilador, laringoscopio, tubo endotraqueal, ambú, fuente de oxígeno, superficie rígida, para que el masaje externo sea efectivo.

#### 1.3 Cómo se Realiza el Procedimiento:

##### 1.3.1 Apoyo Vital Básico (AVB)

**A y B:** El primer método de mayor importancia en la reanimación satisfactoria es que las vías aéreas estén permeables inmediatamente. Esto se logra de la siguiente manera, el reanimador coloca la cabeza del usuario en hiperextensión y con esta maniobra abrirá la faringe; luego llevamos el mentón hacia arriba y con esta maniobra desplazamos la lengua hacia delante. Muchas veces con esta simple maniobra se reestablece la respiración espontánea. Si no iniciamos la respiración artificial ya sea boca a boca, boca a nariz, y si estamos en un medio clínico podemos colocar una cánula de mayo o un tubo endotraqueal y dar respiración artificial con un ambú o un sistema de oxígeno a presión positiva (máquina de anestesia o sistemas lineales).

**C:** La medida de circulación artificial se logra con el masaje cardíaco externo. La víctima debe estar acostada sobre una superficie rígida para que el masaje sea efectivo. Se colocan las manos cruzadas sobre el esternón del usuario y con los brazos rectos se hace presión sobre el esternón tratando de desplazarlo 3.75 a 5cm. con el objetivo de comprimir el corazón contra la columna para producir un efecto de bomba. Las presiones deben ser regulares, rítmicas, uniformes y constantes. El ritmo de compresiones deben ser de 60 x minuto, el cual produce una presión sistólica de 70mm. Hg.

Las maniobras ventilatorias deben sincronizarse con la compresión torácico. Cuando la reanimación la realiza una persona debe dar 15 compresiones torácicos por 2 ventilaciones. Si la reanimación la realizan 2 personas se dan 5 compresiones torácicos por una ventilación.

### **1.3.2 Apoyo Cardíaco Vital Avanzado (ACVA)**

Este comprende todas las habilidades cognoscitivas y técnicas necesarias para restaurar la circulación espontánea cuando el apoyo vital básico (AVB) es inefectivo para la reanimación. Incluye el uso de equipo adjunto y técnicas para la ventilación asistida y circulatoria, vigilancia electrocardiográfica con reconocimiento de arritmias y desfibrilación, establecimiento de un acceso intravenoso y fármaco terapéutico.

Entre los medicamentos que tenemos para utilizar el ACVA, tenemos:

- 1- Adrenalina a dosis de 1 mg a intervalos de 3-5 minutos, si esta dosis falla, considerar 3-7 mg cada 3-5 minutos
- 2- Lidocaína 2% a dosis 1.5 mg/kg repetir en 3-5 minutos, sin sobrepasar la dosis de 3 mg/kg.
- 3- Tosilato de Bretilio a dosis de 5 mg/kg repetir en 3-5 minutos, sin sobrepasar la dosis de 35 mg/kg.
- 4- Atropina a dosis de 1 mg cada 3-5 minutos, sin sobrepasar la dosis de 0.04 mg/kg
- 5- Bicarbonato de sodio 1 mEq/kg S.O.S. y revisar Ph
- 6- Oxígeno 100%.

Luego de proporcionarle reanimación cardiopulmonar a un usuario este debe ser llevado a la U.C.I. donde se inicia una evaluación para establecer el grado de daño cerebral, cardiovascular, pulmonar y renal que pudo haber ocurrido.

### **1.4 Información que se brinda al usuario(a) y/o familiar:**

- ➔ Informaciones sobre el procedimiento.
- ➔ Razones por la que se realiza el procedimiento.
- ➔ Signos y síntomas de alarmas
- ➔ Alguna otra información requerida por el usuario o su familiar.

### **1.5 Cómo se reporta el procedimiento:**

Record del usuario  
Libro de la emergencia  
SIG-REG.