

GUÍAS PRÁCTICAS EN URGENCIAS MÉDICAS

**PEDIATRÍA
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA
MEDICINA INTERNA
CIRUGÍA GENERAL**

Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social

Dirección de Normas y Protocolos Clínicos
Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud

Guías Prácticas en Urgencias Médicas

AUTORIDADES

Dr. JOSE RODRIGUEZ SOLDEVILLA

Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia social.

Dr. Eusebio Garrido

Sub. Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Dr. Francisco Antonio Hidalgo Abud

Director Nacional de Normas y Protocolos Clínicos.

Dr. Víctor Calderón

Director General Materno Infantil Adolescentes.

Dr. Jesús Feris Iglesias

Coordinador de la Comisión Ejecutiva del Sector Salud.

Primera Edición

Julio 2004

AMBITO DE APLICACIÓN

Estas normas son de aplicación y uso general en todo el territorio Dominicano y todos los centros de salud que brinden atención del 1er nivel.

BASES LEGALES

Los fundamentos legales que le dan sostén jurídico a estas normas están expresadas en la Constitución de la República y en las leyes nacionales que regulan el sector salud contenidas en el capítulo II artículo 8 de la Ley General de Salud (42-01)

EQUIPO TECNICO

PARTICIPANTES

Dr. Miguel Arias	Soc. Dom. Cardiología
Dr. Senen Caba	Hospital Dr. M. Puello
Dra. Mayra Soriano	Hospital Dr. Luis E. Aybar
Dr. Pérez Compres	Soc. Dom. Neumología
Dr. Nicolas Rizik	Soc. Dom. De Cirugía
Dra. Mireya Adames	Hosp. Padre Billini
Dr. Luis Lora	Soc. Dom. Pediatría
Dr. Héctor Otero	Consultor CERSS
Dr. Cristian Francisco	Colegio Medico Dominicano
Dr. Martín Arias	SESPAS
Dr. José Guzmán	San Lorenzo de Los Mina
Dr. Julio C. Beras	DIGEMIA
Dr. Víctor Calderón	Director Materno-Infantil
Dr. Marino Pérez	Hosp. José Ma. Cabral y Báez
Dr. Julio Gonell	Hosp. José Ma. Cabral y Báez
Dr. Héctor Herrand	Hosp. Salvador B. Gautier
Dr. Marcos Núñez	Soc. Dom. Cirugía Plástica
Dra. Figueroa	Soc. Dom. de Cirugia
Dr. Amauris Guillén	Nuestra Sra. La Altagracia
Dr. Alberto Díaz	Colegio Medico Dom.
Dr. José Aponte	Hosp. Dr. Darío Contreras
Dr. Camilo García	Hosp. Central F.F.A.A.
Dr. Clemente Terrero	Hosp. Dr. Robert Read Cabral
Dr. Hilario Reyes Pérez	San Lorenzo de Los Mina
Dra. Sonia Fermín	Hosp. Dr. Robert Read Cabral
Dra. Virginia Gómez	Soc. Dom. Infectología
Dra. Angolina Camilo	Soc. Dom. Infectología
Dr. Dario Sanchez	Hosp. Dr. Francisco Gonzalvo
Dr. Obilio Avila	Hosp. Leopoldo Martinez
Dr. Francisco Morry	Hosp. Nuestra Sra. La Altagracia
Dra. Xiomara Harlyn	Hosp. Antonio Musa
Dra. Leyra M. Peguero	Hospital J. Hernández
Dr. Ronny Báez	Centro Medico Corominas Pepín
Dr. Luis Olivares C.	Centro Medico Macoris

CONTENIDO

	CIE-10	Pag.
Prologo		9
Pediatría		
Infección Bacteriana Grave		13
Septicemia	A41.9	13
Meningitis	G03.9	13
Meningococcemia	A39.4	13
Deshidratación Grave	E86.X	15
Disenteria Infecciosa	A09.X	17
Neumonía Grave	J18.9	18
Asma Grave	J46.X	19
Síndrome Febril Grave	*	21
Dengue Hemorrágico	A91.X	22
Fiebre Reumática Aguda	100.X	23
Endocarditis Infecciosa	133.0	25
Crisis Hipoxemica Aguda	G97.8	26
Crisis Hipertensiva	110.X	27
Insuficiencia Cardiaca Congestiva	150.9	28
Quemaduras	T30.0	30
Obstrucción Intestinal	K56.6	32
Invaginación Intestinal	K56.1	33
Apendicitis Aguda	K35.9	34
Hernia Inguinal Encarcerada	K46.0	35
Quemaduras Causticas de Esófago	T28.6	36
Síndrome Nefrítico agudo Post Estreptococcico	N05.9	37
Coma	R40.2	39
Paro Cardio Pulmonar	146.0	41
Politraumatismo	*	43
Trauma Craneal Severo	*	45
Shock	R57.9	46
Crisis Convulsivas	R56.8	48
Cetoacidosis Diabetica	E14.1	49

Intoxicación	*	50
Hemorragia Gastrointestinal	K92.2	53
Reanimación Cardiopulmonar	*	
Anexo 1		54

Obstetrica

Rápida Evaluación de la Paciente Obstétrica		57
Labor de Parto Normal en Expulsivo		59
Amenaza de Parto Pretérmino	O60.X	61
Parto de Nalgas en Sala de Emergencia	O64.1	65
Distocia de Hombros en Sala de Emergencia	O66.1	66
Rotura Prematura de Membranas	O42.9	68
Parto Vaginal en Cesarea Anterior	O06.9	69
Muerte Fetal Intra-Utero (Óbito)	O02.1	71
Placenta Previa en Sala de Emergencia		72
DPPNI		73
Sufrimiento Fetal Agudo en Emergencia		74
Embarazo Cronológicamente Prolongado		75
Ruptura Uterina		76
Hemorragia Post-parto cuando		77
Hipertensión Crónica		78
Cardiopatía y Embarazo		82
Diabetes Mellitus y Embarazo		83
Anemia Severa y Embarazo		84
Shock Obstétrico en Emergencia		86
Shock Séptico en Obstetricia		87
HIV y Embarazo		89
Aborto		90

Urgencias Ginecológicas

Aspectos atribuibles a causas ginecológicas		95
Cuatro Eventos de Riesgo Vital		95
Emergencias Ginecológicas		95
Dismenorrea		96
El Dolor Ovulatorio		99
Ruptura de Quistes o Tumores		100
Torsión Anexial		101
Emergencias Infecciosas		102
Primoinfeccion Herpética		103
Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)		104

Abdomen Agudo	109
Sangrado Genital Anormal	111
Dolor Pelviano Agudo en la Adolescencia	113
Emergencias Ginecológicas en Pediatría	114

Urgencias Medicina Interna

Shock Séptico y Sepsis Severa	123
Crisis Hipertensiva	125
Tromboembolismo Pulmonar	127
Síndrome Coronario Agudo	128
Infarto Agudo del Miocardio	129
Síncope	131
Edema Agudo del Pulmón Cardiogénico	133
Pancreatitis Aguda	135
Intoxicación Bacteriana por Alimentos	138
Intoxicación por Organos Fosforados	140
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	141
Hipertensión Arterial	144
Cardiopatía Isquémica. Angina Estable	147
Angina Inestable	150
Infarto Agudo al Miocardio	153
Disnea Aguda	156
Trastorno del Equilibrio Hidrosalino	157
Hiponatremia	159
Hipernatremia	161
Hipopotasemia	163
Crisis Convulsivas	164
Cefalea de Tensión	166
Enfermedad Ulcera Péptica	167
Hemoptisis	169
Úlcera Gastroduodenal	171
Coma Cetoacidótico	172
Coma Hiperosmolar	174
Neumonía/ Bronconeumonía	176
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	178

Urgencias en Cirugía

Dolor Abdominal Agudo	181
Dolor Abdominal Idiopático	183
Obstrucción Intestinal	190

Apéndice Aguda	192
Colelitiasis	194
Colecistitis Aguda	195
Hernia Inguinal Encarcerada - Estrangulada	196
Quemaduras	197
Hemorragia Gastrointestinal	199
Várices Esofágicas	200
Sangrado Gástrico	201
Hemorragia Digestiva Baja	202
Politraumatismos	203
Fractura Expuesta	204
Trauma de Cuello	206
Trauma Columna Vertebral	207
Trauma Torácico	208
Trauma Abdominal	210
Fractura de Clavícula	211
Fractura de Húmero	212
Fractura de Codo	213
Fractura de Hombro	214
Fractura de Pelvis	215
Fractura de Cadera	216
Fractura de Femur	217
Fractura de Rotula (PATELAR)	218
Fractura de Tibia	219
Fractura de Tobillo y Pie	220
Fracturas Expuestas	221
Herida de Extremidades por Arma Blanca y de Fuego	222
Trauma Vasculare en Extremidades	223
Síndrome de Compartimiento	224
Herida Penetrante Torácica, Arma Blanca o de Fuego	225
Trauma Craneo-Encefálico	227
Trauma Craneoencefálico sin Pérdida de Conocimiento	229
Hemorragia Subaracnoidea	230
Neumotórax	231
Trauma Vasculare de Cuello	233
Trauma Uretral con Lesión Ósea	235
Trauma Uretral sin Lesión Ósea	236
Enfermedad Acida Péptica Quirúrgica	237

PROLOGO

*Las presentes **Guías prácticas en Urgencias Médicas** se publican luego de ser conocidas y discutidas por especialistas en las diferentes áreas básicas de la medicina.*

Con estas pretendemos no exponer a los pacientes a medidas terapéuticas o tratamientos individualistas y anárquicos, si no ofrecer una referencia clara y precisa al médico de atención, de segundo y tercer nivel; una guía práctica sistematizada, racional, y manejable para la atención oportuna y efectiva, de las principales emergencias que se reciben en las instituciones de salud, a través de un sencillo manual de bolsillo.

Intentamos evitar, mediante la discusión previa y el intercambio colectivo, los manejos individualistas y/o desordenado de las emergencias, haciendo grandes esfuerzos para que las mismas sean aplicables en nuestras instituciones del sector salud, planteando su revisión cada dos años.

Estas guías prácticas están relacionadas con los protocolos de manejo clínico y quirúrgico para el seguimiento del paciente ingresado a un centro hospitalario.

Las guías están diseñadas para proporcionar al clínico una base para la valoración y el tratamiento de sus pacientes.

La aplicación de todas estas herramientas es un compromiso colectivo, y su violación es sancionable por las vías reglamentarias y leyes vigentes, toda vez, que estos documentos tienen imperativo de orden legal.

1

URGENCIAS EN PEDIATRIA

URGENCIAS EN
PEDIATRIA



Urgencias en Pediatría

Infección Bacteriana Grave (Septicemia, Meningitis, Meningococemia)

Definición

Se considera infección bacteriana grave todo trastornos de la temperatura acompañado de uno o más de los signos clínicos y/o síntomas,

Criterios clínicos

- Convulsiones
- Letargia
- Hipoactividad
- Respiración rápida (recién nacido, mayor de 60; hasta un año, mayor de 50; mayor de un año, más de 40 respiraciones por minuto).

En recién nacidos:

- Hipoactividad
- Aleteo nasal
- Quejido
- Supuración de oído
- Supuración con enrojecimiento del ombligo que se extiende a la piel
- Hipotermia
- Abombamiento de fontanelas

En todas las edades:

- Respiración rápida
- Tiraje intercostal
- Estridor
- Fiebre
- Pústulas extensas en el cuerpo
- Manchas violáceas en la piel

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Examen de orina/ Urocultivo
- Urea y Creatinina
- Glicemia
- Hemocultivo
- Punción lumbar(citoquímico, cultivo, Gram.)
- Radiografía de tórax P A

Tratamiento por urgencias

- Hidratación (de acuerdo al grado de hidratación)
- Antimicrobianos (ver anexo I)

Deshidratación Grave

Definición

Perdida abundante de líquidos con balance hídrico negativo, acompañado de pérdida de sodio, potasio, cloro y bicarbonato

Criterios Clínicos

- Hundimiento de fontanelas
- Mucosa oral seca
- Enoftalmo
- Signo de pliegue cutáneo, positivo
- Oliguria.
- Taquicardia e hipotensión
- Colapso vascular periférico (piel fría, marmórea, sudorosa, disminución llenado vascular)
- Letárgia o inconsciencia

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Examen de orina
- Coprológico / coprocultivo si hay diarrea
- Gases Arteriales
- Glicemia
- Electrolitos
- Urea y Creatinina

Tratamiento

- Solución hidroelectrolítica endovenosa (elegir tipo de solución de acuerdo a los signos y síntomas que sugieren desequilibrio hidroelectrolítico y ácido básico)

Deshidratación severa Manejo:

Consta de dos etapas, de tres horas cada una:

Primera Etapa:

- Primera hora, 30 a 50 ml / Kg. de Lactato Ringer ó Glucosalino al

0.9% ó Solución fisiológica para pasarlo en una hora

De acuerdo a mejoría, pasar a:

- Segunda y tercera horas 15-25 ml /Kg. de Lactato Ringer o Glucosalino al 0.9% o Solución fisiológica para administrarlo en dos horas

Segunda Etapa:

- Mantener administración de líquidos dependiendo de los signos de deshidratación (Solución Dextrosa al 5% con salino al 0.33%)
- Mantener conteo estricto de la diuresis y las pérdidas por heces.
- Realizar balance hídrico cada 6 horas
- Mantener monitoreo de signos vitales
- Monitorizar periódicamente los signos de deshidratación.
- No administrar potasio hasta que no se restablezca la diuresis adecuada
- Si hay signo de infección grave: antimicrobiano (ver anexo I)

Disenteria Infecciosa

Definición.

Presencia de sangre en las heces

Criterios clínicos

- Evacuaciones muco sanguinolenta líquidas con sangre
- Cólico abdominal
- Tenesmo

Medios diagnósticos

- Hemograma completo
- Examen de orina
- Coprológico
- Coprocultivo

Manejo / Tratamiento

- Canalizar y administrar solución dependiendo del grado de deshidratación
- Ampicilina, 150 mg x Kg de peso I.V cada 6 horas
- Gentamicina, 7.5 mg x Kg de peso cada 24 horas ó
- Clindamicina, 15 Mg. x Kg c/24h
- Si es Amebiana: Metronidazol 30 mg. x K / día / 8hs IV

Neumonía Grave

Definición.

Infección pulmonar aguda, que produce alteración en el intercambio de gases que conlleva a un descenso en la saturación de oxígeno.

Criterios clínicos

- Fiebre alta (con escalofríos)
- Respiración rápida corta y forzada
- Tos
- Roncus y Crepitantes (frote pleural)
- Tiraje sub costal y quejidos en lactantes
- Aleteo nasal (en lactantes)
- Murmullo vesicular disminuido
- Dolor en epigastrio y fosa iliaca derecha.
- Vómitos

Medios diagnósticos

- Hemograma completo
- Hemocultivo
- Radiografía de tórax P:A

Manejo y Tratamiento.

- Canalizar con solución Mixto 0.33% (1500cc x superficie corporal o dependiendo del grado de hidratación)
- Antimicrobianos dependiendo de la edad (ver anexo I)

Asma Grave

Definición

Hiperreactividad de los bronquios, asociada a obstrucción difusa y severa del flujo aéreo con compromiso de la perfusión tisular.

Criterios Clínicos

- Tos
- Sibilancias
- Respiración rápida
- Disnea
- Cianosis
- Empleo de los músculos auxiliares de la respiración
- Tiraje: supraclavicular, supraesternal y sub costal
- Vómitos.
- Letárgia

Medios diagnósticos

- Hemograma completo
- Gasometría arterial
- Electrolitos
- Espirometría
- Radiografía de tórax P:A

Manejo y Tratamiento

- Ingresar
- Canalizar con solución de Mixta al 0.33%, calcular según grado de deshidratación más potasio
- Oxígeno húmedo (4 litros /minuto)
- Nebulización con salbutamol (0.15mg x Kg dosis diluido en 3 cc de solución salino cada 20 minutos hasta 3 dosis)
- Hidrocortisona (5mg x Kg. de peso) cada 4 horas E:V
- Si no hay respuesta de la hidrocortisona, Aminofilina (5 mg / Kg de peso E V en los primeros 15 minutos y luego bajar dosis a 0.5 mg / Kg de peso /hora) en infusión E:V continua. (diluida en 30-50 ml de D 5%) , pasar en 30 minutos.

- Corregir acidosis metabólica (respiración rápida y profunda); sino se puede determinar el PH, PCO₂, y PO administrar solución de bicarbonato de sodio (2 mg / Kg de peso) como dosis inicial
- Terapia antimicrobiana. (ver anexo I)

Síndrome Febril Grave

Definición

Temperatura corporal mayor de 39 grados Celsius o más, que no cede al uso de antipiréticos y compromete la vida del paciente

Criterios Clínicos

- Convulsiones
- Letárgica
- Hipertermia
- Vómitos

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Examen de orina / Urocultivo
- PCR Cuantitativa
- Eritrosedimentación
- Punción lumbar
- Hemocultivo
- Gota gruesa
- Radiografía de tórax P:A

Manejo y Tratamiento

- Canalizar con solución Mixta al 0.33 %, cálculos según grado de deshidratación
- Terapia Antimicrobiana: Ceftriazona 80mg x k/día cada 12 hs IV
- Si hay convulsiones Difenil Hidantoina 5mg x k IV C/ 12

Dengue Hemorrágico

Definición

Enfermedad febril aguda, caracterizada por aumento de la permeabilidad vascular, anomalía en el sistema de coagulación y en casos graves síndrome de shock

Criterios Clínicos

- Fiebre alta
- Cefalea intensa
- Dolor retro ocular
- Mialgias y artralgias
- Exantemas (rash)
- Petequias , equimosis u otro sangrado evidente
- Dolor Abdominal
- Vómitos
- Edema palpebral
- Derrame pleural y ascitis
- Taquicardia e hipotensión arterial

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo seriado
- Examen de orina
- Radiografía de tórax P:A
- Urea y Creatinina
- TGO y TGP
- Hemocultivo
- Gota gruesa
- Tiempos de coagulación
- Glicemia
- Sonografía Abdominal

Manejo y Tratamiento

- Canalizar con solución Lactato en Ringer, calculado según grado de deshidratación
- Medir presión arterial media, según necesidad(c/12 hs)
- Transfusiones con paquetes de plaquetas si hay evidencia de sangrado activo

Fiebre Reumática Aguda

Definición

Proceso inflamatorio auto inmune secundario a la infección orofaríngea por Streptococo Beta Hemolítico del grupo A Criterios Clínicos

Criterios mayores

- Carditis
- Eritema marginado
- Nódulos subcutáneos
- Poliartritis
- Corea de Syderhan

Criterios menores:

- Artralgias
- Fiebre
- Eritrosedimentación y Proteína C elevadas
- P R prolongado en el Electrocardiograma (ECG)
- ASO elevada
- Antecedentes de infección estreptocócica

Diagnóstico

Se hace con un criterio mayor y dos menores o con dos criterios mayores

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Examen de orina
- Factor Reumatoide
- Electrocardiograma
- Eritrosedimentación
- ASO
- Proteína C Reactiva
- Urea y Creatinina
- TGO y TGP
- Radiografía de tórax P:A
- Ecocardiograma

Manejo y Tratamiento

- Canalizar con solución Mixta al 0.33 %
- Penicilina Benzatinica, 600,000 unidades por debajo de 60 libras y 1.200,000 unidades, por encima de ese peso, intraglutea
- Aspirina 60mg x Kg. Vía Oral c/6 hs

** Interconsulta con Cardiología Pediátrica.

Endocarditis Infecciosa

Definición

Infección del endocardio.

Criterios Clínicos

- Antecedentes de cardiopatía
- Fiebre prolongada
- Palidez
- Fatiga
- Pérdida de apetito
- Presencia de soplo cardiaco
- Esplenomegalia
- Petequias
- Hematuria microscópica
- Anemia
- Leucocitosis y neutrofilia
- Eritrosedimentación elevada
- Hemocultivos positivos
- Vegetaciones en el ecocardiograma

Medios Diagnósticos

- Hemocultivos (mínimo tres muestras en tres vías diferentes)
- Hemograma completo
- Ecocardiograma
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax

Manejo y Tratamiento

- Tomar tres hemocultivos en vías diferentes, antes de iniciar antibióticoterapia con:
- Penicilina Cristalina, 200,000 unidades / kg / día dividida en 4 dosis I V
- Gentamicina 7 mg / Kg / día I V c/24 hs.
- Otra opción es: Oxacilina 150 Mg./k/dosis IV c/24hs (en caso de Estafilococo)

** Evaluar Por Cardiología Pediátrica.

Crisis Hipoxémica Aguda

Definición

Disnea súbita con marcada cianosis, que ocurre en las cardiopatías cianóticas, con estenosis pulmonar importante y defecto septal.

Criterios Clínicos

- Cianosis
- Agitación
- Pérdida de fuerza
- Convulsiones
- Hipernea paroxística (respiración rápida y profunda)
- Irritabilidad o llanto incontrolable

Medios diagnósticos

- Hemograma completo
- Ecocardiograma
- Electrocardiograma
- Gases arteriales
- Radiografía de tórax

Manejo y Tratamiento

- Colocar al paciente en posición rodilla pecho
- Canalizar con solución mixta 0.33 % (2,000-2,500 cc x m²SC)
- Administrar oxígeno 5 lts/min
- Ketamina 1 a 2 mg / Kg / I V lento (más de un minuto)
- Propanolol 0.01 a 0.025 mg / Kg I V
- Bicarbonato de sodio 1 mEq / k/dosis I V diluido.
-

** Evaluar por Cardiología Pediátrica.

Crisis Hipertensiva

Definición

Evento clínico agudo que ocurre como consecuencia de aumento brusco de la presión arterial.

Criterios Clínicos

- Presión sistólica por encima del 95 percentil, para sexo y edad
- Cefalea severa
- Vómitos
- Irritabilidad
- Apatía
- Convulsiones
- Dolor torácico
- Edema pulmonar agudo
- Papiledema, hemorragia de retina o exudado en el fondo de ojos

Medios diagnósticos

- Hemograma completo
- Glicemia
- Urea y Creatinina
- Colesterol
- Triglicéridos
- HDL y LDL
- Gases arteriales
- Electrocardiograma
- RX de tórax
- Ecocardiograma
- Sonografía abdominal

Tratamiento

- Nifedipina sublingual. 0.3 a 0.5 Mg./k
- Furosemida 2-4 miligramos / Kg. x dosis.
- Nitroprusiato 0.5 microgramos / Kg / minuto diluido en Dextrosa.
- Diazóxido 3 a 5 microgramos / Kg / I V en bolo
- Hidralacina 0.5 mg / Kg / I V

Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Definición

Fallo de uno o más mecanismos determinantes de la función cardíaca.

Criterios Clínicos

- Taquipnea
- Fatiga al alimentarse
- Sudoración profusa
- Disnea de esfuerzo
- Edema
- Acrocianosis
- Pulsos débiles
- Cardiomegalia
- Taquicardia
- Ritmo de galope
- Hepatomegalia
- Reflujo hepatoyugular
- Ingurgitación yugular

Medios diagnósticos

- Hemograma completo
- Glicemia
- Gases arteriales
- Urea y Creatinina
- Ecocardiograma
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax

Tratamiento

- Furosemida 1- 4 mg / Kg / dosis IV
- Digoxina en neonatos, pre escolares y escolares 40 microgramos / Kg / dosis I V divididos en ½ dosis total al inicio, 1/4 dosis total 6 horas después y ¼ dosis total 12 horas después, luego 10 microgramos / kg

Urgencias en Pediatría

- Vasodilatadores:
- Hidralazina 0.1 a 0.2 mg / Kg / dosis cada 6 horas vía oral
- Captopril 0.05 a 0.06 mg /Kg / cada 12 horas vía oral
- Nitroprusiato 0.5 a 8 microgramos / Kg / minuto I V
- Prazocin 25 a 150 microgramos / Kg / día en 4 dosis vía oral

Quemaduras

Lesión de piel y/o mucosas por exposición de agentes químicos y físicos (sol, electricidad, vapor de agua, fuego, etc) con producción o no de flitena o ampolla

La gravedad de la quemadura depende de:

- La superficie quemada
- Profundidad de la misma
- Localización
- Edad del niño
- Traumas asociados

Criterios de ingreso

- Quemaduras por inhalación
- Quemaduras eléctricas
- Quemadura mayor 10% de la superficie corporal
- Quemadura en pliegues, cuello , genitales y mano.

Medios diagnósticos

- Hemograma completo
- Electrocardiograma (quemaduras eléctricas)
- Radiografía de tórax
- Gases arteriales
- Urea y Creatinina
- Examen de orina
- TGO y TGP
- Glicemia
- Electrolitos

Manejo:

- Canalizar con solución mixta, de acuerdo a la gravedad de la lesión, con dos vías periféricas
- Mantener equilibrio hidroelectrolítico
- Mantener vías aéreas permeables
- Colocar sonda vesical (medir diuresis horaria)

Urgencias en Pediatría

- Monitorización de signos vitales y pulsos en extremidades, en caso de quemaduras circunferenciales.

Tratamiento en Urgencia

- Manejo del dolor
- Antitoxina tetánica, dependiendo del estado de inmunización.
- Antibióticos (ver anexos I)

Obstrucción Intestinal

Definición

Interrupción del tránsito intestinal con la imposibilidad de expulsar gases y heces .

Criterios Clínicos

- Dolor abdominal
- Vómitos biliosos o fecaloides
- Distensión abdominal
- Ausencia o evacuaciones inadecuadas .

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Radiografía simple de abdomen (de pies y acostado)
- Electrolitos
- Tipificación
- Tiempos de coagulación
- Urea y Creatinina
- Examen de orina
- Hemocultivo

Manejo y Tratamiento

- Canalizar vía periférica (manejo de la deshidratación con solución Lactato Ringer, dependiendo del grado de deshidratación)
- Colocar vía venosa central
- Colocar sonda nasogástrica.

Tratamiento

- Estabilización Hidroelectrolítica
- Intervención Quirúrgica
- Terapia Antimicrobiana (ver anexo I)

Invaginación Intestinal

Definición:

Auto introducción del intestino dentro de si mismo

Criterios Clínicos

- Dolor abdominal intermitente tipo cólico
- Masa palpable
- Vómitos
- Sangrado rectal
- Prolapso rectal

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Electrolitos
- Radiografía abdominal (de pie y acostado)
- Sonografía abdominal
- Colon por enema

Manejo y Tratamiento

- Sonda nasogástrica
- Hidratación endovenosa (Lactato ringer)
- Equilibrio hidroelectrolítico

Tratamiento

- Terapia antimicrobiana (ver anexo)
- Colon por enema
- Intervención quirúrgica

Apendicitis Aguda

Definición

Afectación obstructiva inflamatoria del apéndice vermiforme.

Criterios Clínicos

- Dolor abdominal, de inicio epigástrico que luego se localiza en fosa iliaca derecha.
- Espasmo muscular (signo de rebote)
- Anorexia
- Nausea y/o vómitos
- Tacto rectal doloroso
- Deshidratación.

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Examen de orina
- Radiografía de abdomen simple (solo en edades extremas, mayor de 3 y menor de 15 años)

Manejo

- Canalizar vía periférica con solución Lactato en Ringer, de acuerdo a estado de hidratación

Tratamiento

- Antimicrobianos (ver anexo I)
- Intervención Quirúrgica

Hernia Inguinal Encarcerada

Definición

Atrapamiento de estructuras intra abdominal en la persistencia del conducto peritoneo vaginal en el varón , o del conducto de Nuck en la hembra.

Criterios Clínicos

- Masa tensa en región inguinal o inguinoescrotal
- Dolor escrotal
- Irritabilidad
- Dolor Abdominal
- Distensión abdominal
- Vómitos biliosos y/o fecaloides

Medios Diagnósticos

- Radiografía abdominal de pie y acostado
- Hemograma completo
- Electrolitos

Manejo

- Sonda nasogástrica
- Canalizar vía periférica con solución Lactato en Ringer de acuerdo al estado de hidratación
- Antimicrobianos (ver anexo I)

Tratamiento

- Reducción manual o postural
- Intervención Quirúrgica

Quemaduras Causticas de Esófago

Definición

Lesiones esofágicas producidas por la ingestión accidental o voluntaria de sustancias causticas

Criterios clínicos

- Antecedentes de ingesta
- Lesiones cutáneas alrededor de la boca y mucosa orofaríngea
- Hipersialorrea
- Vómitos, en ocasiones sanguinolentos
- Dolor orofaríngeo retroesternal o epigástrico
- Disnea laríngea

Medios diagnósticos

- Hemograma completo
- Examen de orina
- Urea y Creatinina
- Radiografía de tórax y abdomen (neumotorax, neumomediastino, neuroperitoneo)
- Fibroendoscopia esófago gástrica, luego de las 24 horas
- Esófago contrastado

Manejo y Tratamiento

- Canalizar vía periférica e hidratar de acuerdo a la edad , peso del paciente y estado de deshidratación
- Control del ABC
- Lavado abundante con agua corriente de las lesiones orales y cutáneas
- Reposo esofágico en fase inicial
- Antiácidos
- Inhibidores de la secreción gástrica
- Antimicrobianos

Síndrome Nefrítico Agudo Post Estreptococcico

Definición

Reaccion inflamatoria autoinmune glomerular, secundaria a infección de piel o garganta por Estreptococo beta hemolitico del grupo A.

Criterios Clínicos

- Oliguria
- Edema (palpebral y/o miembros inferiores, ascitis)
- Hematuria macroscópica y microscópica (orina color coca cola o en borra de café)
- Hipertensión arterial (secundaria a hipervolemia)
- Hipervolemia (taquicardia, ingurgitación yugular, hepatomegalia, reflujo Hepato yugular)

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Urea y Creatinina
- Electrolitos sericos
- Examen de orina
- C₃
- Radiografía de tórax (en caso de sospecha de insuficiencia cardiaca /edema pulmonar)

Manejo

- Admitir todos los casos con hipertensión arterial sistémica
- Colocar en posición semi sentada (si presenta disnea)
- Diuresis horaria y de 24 horas
- Signos vitales cada 2 a 4 horas
- Oxigeno por vía 4 a 6 l / min. (en caso de sospecha de insuficiencia cardiaca y edema pulmonar)
- Penicilina Benzatinica, 600,000 unidades IM en niños menores de 60 libras o 1,200,000 unidades por encima de ese peso (faringoamigdalitis o Piodermitis activa)

- Nifedipina de acción rápida por vía sublingual a dosis de 0.25 - 0.5 mg / kg
- Si tiene signos de encefalopatía hipertensiva, utilizar Nitro prusiato de sodio 1 microgramo / kg / minuto EV monitorizando minuto a minuto la presión arterial.
- Adicione Furosemida a dosis de 4 a 8 mg / kg /dosis cada 4 a 6 horas, hasta revertir la hipérvolemia
- En caso de insuficiencia cardiaca congestiva o insuficiencia cardiaca aguda, usar Furosemida a dosis de 4 a 8 mg/ Kg./ dosis c/ 4 a 8 horas.
- Restricción hídrica (800cc x m²SC)

Coma

Definición

Perdida del contacto con la realidad

Criterios Clínicos

- Inconciencia
- Evidencia de hemorragias internas o externas
- Inestabilidad de la temperatura corporal
- Alteración de la tensión arterial
- Pobre reacción pupilar(anisocoria)
- Respuesta motora, verbal y ocular (de acuerdo a la escala de Glasgow)

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Glicemia
- Gases Arteriales
- Examen de orina
- Radiografía de tórax
- Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cráneo
- Electroencefalograma (EEG)
- Electrolitos
- Perfil hepático y renal
- Detección de tóxicos en sangre y orina
- Sonografía Abdominal

Manejo

- Mantener vías aéreas permeables
- Posición de la cabeza (cuello hiperextendido)
- Aspirar secreciones
- Intubación si es necesario
- Administrar oxígeno al 100%
- Mantener temperatura corporal adecuada
- Canalizar vía venosa
- Manejo de líquidos y electrolitos

Tratamiento

Clínico o Quirúrgico

- Manejo de acuerdo a etiología
- Coma por causas desconocidas, Glucosa al 50% 1 a 2 ml/kg/dosis IV
- Naloxone 0.1 mg/kg/dosis EV

Paro Cardio Pulmonar

Definición

Detención del funcionamiento cardiaco y respiratorio.

Criterios Clínicos

- Ausencia de movimientos cardiacos
- Ausencia de pulsos
- Pupilas midriáticas
- Cianosis o palidez generalizada
- Parálisis de los movimientos respiratorios

Medios diagnósticos

- Electrocardiograma (EKG)

Manejo

- Iniciar masajes cardiacos
- Asegurar vía aérea
- Canalizar Vía Endovenosa
- Poner cuello en posición de hiper extensión
- Revisar pupilas
- Aspirar secreciones
- Biometría hemática
- Gases arteriales
- Electrolitos
- Perfil renal y hepático
- Electroencefalograma (EEG)

Tratamiento

- Bicarbonato de sodio 1 mEq / kg en asistolia, fibrilación ventricular
- Epinefrina 0.01 mg / kg en asistolia, y fibrilación ventricular.
- Atropina 0.01mg / kg en asistolia, bradicardia con hipotensión
- Gluconato de calcio 50 a 100 mg /kg diluido en asistolia con disociación
- Lidocaina 0.5 a 1 mg / kg en fibrilación ventricular y taquicardia ventricular

- Dopamina 1 a 20 microgramos / kg / min en asistolia con gasto cardiaco bajo
- Isoproterenol 0.05 a 0.1 microgramos / kg / min en asistolia, gasto cardiaco bajo, intoxicación por barbitúricos.
- Nalaxone 0.1 mg / kg en intoxicación por barbitúricos.
- Manejo de líquidos y electrolitos por vía endovenosa, dependiendo de los requerimientos del paciente

Politraumatismo

Definición

Lesiones severas en dos o más regiones corporales o sistemas orgánicos que pueden poner en riesgo la vida de la persona

Criterios clínicos

- Afeción del estado de conciencia
- Cefalohematoma
- Dolor torácico
- Dolor cervical
- Deformidad de las extremidades
- Dolor abdominal
- Pérdida de sensibilidad en extremidades
- Hematuria
- Dificultad respiratoria
- Hipotensión arterial
- Irritación peritoneal
- Distensión abdominal
- Pulsos periféricos disminuidos o ausentes

Medios Diagnósticos

- Hemograma
- Tipificación
- Examen de orina
- Radiografía de cráneo, tórax, columna vertebral, abdominal, pelvis y extremidades
- TAC de acuerdo al tipo de área afectada

Manejo

- Canalizar vía venosa e hidratar de acuerdo al grado de deshidratación
- Sonda nasogástrica
- Mantener vías aéreas permeables
- Proteger columna cervical
- Oxigenoterapia

- Ventilación si es necesario
- Hemostasia
- Sonda folley
- Inmovilizar fratura
- Antitoxina tetánica
- Analgésicos
- Transfundir si es necesario
- Antimicrobianos
- Evaluar por cirugía

Trauma Craneal Severo

Definición

Lesión craneoencefalica severa que pone en peligro la vida del paciente

Criterios clínicos

- Cefalohematoma
- Afección del estado de conciencia
- Convulsiones
- Anisocoria
- Vómitos
- Cefalea
- Rinorrea
- Rinorragia
- Otorrea
- Otorragia
- Dificultad respiratoria
- Exposición de masa encefálica

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Tipificación
- Radiografía de craneo y columna cervical
- TAC de craneo y columna cervical

Manejo y tratamiento

- Canalizar vía venosa e hidratar con solución Lactato Ringer de acuerdo al grado de deshidratación
- Oxigenoterapia
- Sonda nasogástrica
- Sonda Folley
- Monitorizar signos vitales
- Ventilación mecánica, si es necesario
- Anticonvulsivantes: Difenil hidantoina 5mg/ K cada 8hs IV
- Esteroides:Metilprednisona 30mg/ K en bolus, seguir con 5 Mg./ k en las siguientes 24 horas.
- Antimicrobianos
- Manejar por Neurocirugía

Shock

Definición

Déficit de la perfusión sistémica secundario a disminución del flujo sanguíneo para suplir las demandas metabólicas tisulares.

Criterios Clínicos

- Historia de pérdida de volumen
- Piel pálida, fría, sudorosa, cianótica
- Petequias, equimosis o púrpuras
- Intranquilidad o ansiedad
- Hipotensión arterial
- Pulsos periféricos débiles
- Taquipnea
- Ruidos cardiacos disminuidos
- Oliguria o Anuria
- Confusión o alteración del estado de conciencia.

Medios Diagnósticos

- Hemograma Completo
- Glicemia
- Electrolitos
- Gases arteriales
- Urea y Creatinina
- Hemocultivo
- Pruebas de coagulación

Manejo

- Posición decúbito supino
- Mantener vías aéreas permeables

Tratamiento

- Administrar Lactato Ringer o Mixto al 0.33% 20 a 30 ml /kg, en una hora reevaluar o repetir manejo si no hay respuesta
- Drogas inotrópicas en Shock cardiogenico, administrar en infusión continua:

Urgencias en Pediatría

- Epinefrina: 0.01 mg / kg
- Dopamina : 1 a 20 microgramos / kg / min
- Isoproterenol: 0.05 a 0.1 microgramos / kg / min
- Dobutamina: 1 a 15 mcg / kg /min
- Norepinefrina: 0.1 mg /kg /min.
- Monitoreo continuo de actividad cardíaca y respiratoria, presión arterial, temperatura, oxigenación capilar y diuresis horaria
- Hacer balance hídrico cada 6 hora
- Alimentación enteral o parenteral .

Si se sospecha shock séptico:

- Antimicrobianos iniciar con dos drogas, un betalactámico cuyo espectro cubra gramnegativos más un aminoglucósido (Ceftriazona 80mg/k c/12 hs más Amikacina 15mg/k c/24 hs)
- Heparina si hay coagulación intravascular diseminada
- Metilprednisolona, 1 a 2 mg / kg dosis

Shock anafiláctico:

- Identificar alérgeno
- Adrenalina acuosa, a dosis de 0.1 ml / kg de una solución 1:1000 subcutánea o intravenosa en infusión, puede repetirse cada 5 a 20 min., si es necesario cuando se usa subcutánea.
- Metilprednisolona 1 a 2 mg / kg dosis EV o
- Hidrocortisona 5 mg / kg EV
- Difenhidramina a 5 mg / kg en infusión endovenosa durante 5 minutos si la hipotensión se asocia a urticaria.
- Salbutamol en nebulizaciones o Aminofilina si hay bronco espasmo.

Schok Neurogenico

- Trauma de médula
- Exposición a anestésicos
- Ingestión de barbitúricos

Tratamiento

- Medidas generales del schok
- Analgésicos (Demerol, Ketamina, Morfina)
- Inmovilización de columna vertebral.

Crisis Convulsivas

Definición

Manifestación clínica de descarga eléctrica sincrónica y excesiva de las neuronas del sistema nervioso central.

Criterios clínicos

- Movimientos tónicos clónicos generalizados
- Pérdida del estado de conciencia

Medios diagnósticos

- Hemograma completo
- Electrolitos
- Química sanguínea
- Gases arteriales
- Detección de tóxicos
- Punción lumbar (en sospecha de meningitis o hemorragia intracraneal)
- Electroencefalograma(EEG)
- Tomografía Axial Computarizada(TAC.) de cráneo

Manejo

- Asegurar 1 o 2 vías venosas
- Vías aéreas permeables
- Control de temperatura
- Manejo de líquidos y electrolitos dependiendo del estado de hidratación del paciente

Tratamiento

Para yugular las convulsiones:

- Diazepam 0.3 a 0.5 mg/Kg., máximo 10mg (si es necesario repetir en 15 minutos) (IV/rectal) ó
- Lorazepam 0.3mg / kg EV/rectal /sublingual. ó
- Midazolam 0.20 mg / kg / EV, IM cada 15 minutos ó
- Fenobarbital , 5 a 20 mg / kg en bolus a una velocidad de 1mg/kg /min EV ó
- Difenilhidantoina (Fenitoina) 5 a 20 mg / kg en bolus a una velocidad de 1mg/kg /min EV.

Cetoacidosis Diabetica

Definición

Desorden orgánico causado por trastorno del metabolismo de la glucosa

Criterios Clínicos

- Deshidratación
- Dificultad respiratoria (rápida y profunda)
- Poliuria
- Polidipsia
- Polifagia
- Alteración del estado de conciencia

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Glicemia c/2-4 hs
- Examen de orina
- Electrolitos sérico
- Urea, Creatinina
- Glucosuria, Cetonuria

Manejo

- Hidratación endovenosa: Solución Salina 0.9% si el paciente tiene deshidratación severa. Continuar con Solución mixta 0.33 de acuerdo al grado de deshidratación
- Reponer electrolitos
- Medir diuresis

Tratamiento

- Insulina rápida (0.5 – 1 ud/Kgr IV hasta alcanzar 180mg/dcl de glicemia)
- Bicarbonato de sodio (si el bicarbonato serico es menor de 10mq/lit, usar bicarbonato a 1mq/k/dosis)

Intoxicación

Definición:

Absorción de una sustancia que afecta el funcionamiento normal de los órganos.

Por órganos fosforados**Criterios Clínicos**

- Sialorrea
- Miosis
- Fasciculaciones
- Convulsiones
- Vómitos
- Diarrea
- Bradicardia
- Hipotensión

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Examen de orina
- Glicemia
- Urea y Creatinina
- TGO , TGP
- Niveles sericos de colinesterasa

Manejo

- Solución Mixta al 0.33% de acuerdo al grado de hidratación
- Lavado gástrico
- Sonda vesical
- Medir diuresis
- Bañar al paciente(cuando fue absorbido por la piel)

Tratamiento

- Atropina: 0.05mg /Kgr IV c/15 minutos hasta alcanzar los signos de atropinización (pupilas midriaticas, enrojecimiento de piel, taquicardia, reducción de fasciculaciones, resequedad de boca).
- Continuar atropina 0.02mg/kgr para evitar el rebote (c / 4-6 hs)

Derivados del Petróleo

Criterios Clínicos

- Olor a la sustancia ingerida
- Dificultad respiratoria
- Tos
- Vómitos
- Distensión abdominal
- Evacuaciones líquidas

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Glicemia
- Radiografía de tórax

Manejo

- Solución mixta al 0.33% de acuerdo al grado de hidratación
- Hidrocortisona 5mg/Kgr cada 4 horas
- Antimicrobianos si hay evidencia de neumonía (ver anexo I)

Por Detergentes o Antisépticos

Criterios Clínicos

- Olor a la sustancia
- Vómitos
- Distensión abdominal
- Tos, en caso de broncoaspiración
- Diarrea

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Glicemia
- Radiografía de tórax (en caso de broncoaspiración)

Manejo

- Lavado gástrico
- Hidratación con Solución mixta al 0.33%

Intoxicación Alcohólica

Criterios clínicos

- Olor a Alcohol
- Alteración del comportamiento
- Incoherencia
- Convulsiones
- Coma

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Glicemia
- Examen de orina

Manejo

- Dextrosa al 50% en bolos. 1-2 Mg./ Kgr /dosis IV
- Solución Mixta al 0.33 con Dextrosa al 10% por c/100cc se le agregan 10cc de glucosa al 50%

Hemorragia Gastrointestinal

Definición

Alta: Pérdida sanguínea proveniente del esófago, estómago o del duodeno o cualquier estructura por encima del ángulo de Treiz

Baja: Sangrado intraluminal distal al ligamento de Treiz

Criterios Clínicos

- Hematemesis
- Melena
- Rectorragia
- Hematoquiza
- Palidez
- Hipotensión

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Sangre oculta en heces
- Endoscopia (alta y baja)

Manejo

- Sonda Nasogástrica si es alta
- Canalizar vía IV
- Solución Lactato en Ringer dependiendo del grado de hidratación
- Transfusión dependiendo del nivel hemático
- Ranitidina 1-2 Mg./kgr / día c/8hs IV
- Interconsulta con Gastroenterología y Cirugía Pediátrica

Anexo I

Patología	Edad	Tratamiento
Neumonía Meningitis Septicemia	Menor 2 meses	Cefotaxima 150mg/Kg./día c/8 h IV + Amikacina 15-20 Mg./Kg./día IV c/24h ó Gentamicina 3.5-7 Mg./Kg./día IV c/24hs
	Mayor 2 meses	Ceftriazona 80-100 Mg./Kg./día IV c/12h
Enfermedad Meningococcica	Todas las edades	Penicilina Cristalina 200,00 a 400,000 Unidades/Kg./día IV c/6h Cloranfenicol 100mg/Kg c/6hs (dosis maxima 2 gramos)
Tracto Gastrointestinal bajo	Todas las edades	Ampicilina 200mg/kg7dia IV c/6hs + Metronidazol 15-20 Mg./Kg./día IV c/8hs (si hay alergia: Clindamicina 20mg/Kg./día lv c/6hs + Gentamicina 7.5mg/Kg./día IV c/24hs)

2

**URGENCIAS
OBSTETRICA**



URGENCIAS
OBSTETRICA

Urgencias Obstétricas

Rápida Evaluación de la Paciente Obstétrica

Lo que se debe hacer cuando llega la paciente a sala de emergencia

Identificarla:

Nombre, Procedencia, edad, paridad.

Si el interrogatorio es imposible por la incapacidad de la paciente para comunicarse debido a compromiso en su estado de conciencia o dificultad con el idioma, documentarse con familiares.

Obtener fechas de última menstruación y probable de parto.

Identifique los Síntomas, queja principal y luego las demás en orden de importancia.

- Dolor: Localización, inicio, irradiación
- Sangrado: Cantidad, aspecto, recurrente?
- Disnea
- Fiebres
- Cefaleas
- Vómitos o nauseas
- Convulsiones a investigar.
- Tiempo de evolución
- Antecedentes medicamentosos

Interrogue sobre antecedentes

- Médicos
- Quirúrgicos
- Obstétricos-peri natales.

Examen físico

- Aspecto general, signos vitales (pulso, tensión arterial,
- temperatura, respiración, otros)

Examen abdominal:

- Inspección (cicatrices, traumas, altura uterina, contracciones, presentación fetal, auscultación, frecuencia cardiaca fetal y perístalsis.)

Examen ginecológico:

- Con espéculo
- Bi manual

Laboratorio:

- Hemograma completo / tipificación
- Examen completo de orina, otros

Manejo:

- Médico
- Quirúrgico

Labor de Parto Normal en Expulsivo

- Establecer las modificaciones cervicales por medio del tacto vaginal y especuloscopia.
- Precisar el estado de las membranas ovulares. Si existe salida de liquido describir aspecto
- Toma de signos vitales maternos y frecuencia cardiaca fetal. posición, situación, presentación, condiciones, grado de descenso de la presentación,
- Preparación asistencia al parto.
- Vigilar FCF y contracciones cada 15 a 30 minutos.
- Posición de litotomía modificada (decúbito supino, semi sentada, piernas en estribos de la mesa de parto).
- Cateterismo vesical, sólo si se considera necesario, la sonda debe introducirse con maniobras delicadas y en condiciones estrictas de asepsia
- Colocar a la paciente ropa estéril del equipo para parto.
- En las nulíparas realizar episiotomía; y en las multíparas cuando se considere necesario.
- La episiotomía se hace con infiltración local de Lidocaina 2%. Máximo 10-20 cc.
- Instruir a la paciente sobre la forma de pujar con las contracciones.
- Es indispensable controlar la salida de la cabeza del feto para permitir su deflexión en forma progresiva y paulatina.
- Aspiración de las cavidades oral y faríngea del feto al salir la cabeza;
- Facilitar o efectuar la restitución y rotación externa; salida del hombro posterior con movimiento de ascenso; controlar la expulsión del tronco y miembros.
- En caso de circular del cordón procurar su deslizamiento suave sobre el hombro o la cabeza y si el cordón esta tenso colocar 2 pinzas y cortar entre ambas.
- Terminada la expulsión se coloca al recién nacido en posición horizontal o levemente inclinado con el polo cefálico hacia abajo y en un plano inferior al abdomen materno. Se espera a que deje de latir el cordón, después de lo cual se pinza y secciona (esperar siempre que el recién nacido muestre respiración espontánea).

- Entrega del recién nacido al personal de Pediatría para cuidados inmediatos y valoración.
- Colocar al seno lo más rápido posible.

Tercer Período:

- Al iniciarse el despegamiento placentario se sostiene el cordón y se desplaza suavemente el cuerpo uterino hacia la mitad superior del abdomen.
- Se conduce la expulsión de la placenta, membranas, cordón y revisión.
- Efectúe la revisión inmediata del cervix tomándolo con dos pinzas de anillo y visualice vagina y periné.
- En pacientes normo tensas, con sangrado mayor del esperado o por hipotonía uterina, agregar a la solución 10 Unidades de Oxitócina, o administrar Ergonovina, 0.2 mgs. I.M..
- No administrar Oxitócina en bolU endovenoso.

Amenaza de Parto Pretérmino

Definición:

Inicio de labor de parto en paciente con membrana íntegra antes de las 37 semanas

Manejo

- Documentar edad gestacional y la contractilidad uterina anormal
- Establecer las modificaciones cervicales por medio del tacto y especuloscopia vaginal
- Precisar el estado de las membranas ovulares.
- Indicar reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo
- Carga intravenosa de 300 ml. de solución glucosada y/o mixta
- Toma de signos vitales (incluye peso) y frecuencia cardíaca fetal.
- Solicitar biometría hemática, examen general de orina
- Valoración fetal in utero (Sonografía)

Cuando usar:

- Tocolíticos o útero inhibidores.
- 1-Feto aparentemente sano.
- 2-Edad gestacional debajo de 35 semanas o peso fetal menor que 2 000 gr
- 3-Membranas ovulares íntegras.
- 4-Dilatación cervical de 4 cm o menos.
- 5-Que no existan contraindicaciones.

Indicaciones de los tocolíticos

- Amenaza de parto pretérmino con patrón contráctil alterado.
- Detener el trabajo de parto pretérmino con la finalidad de permitir la utilización de inductores de la madurez pulmonar.
- Detener transitoriamente el trabajo de parto a término en algunos casos de sufrimiento fetal agudo (reanimación intra-útero).
- Tratamiento de ciertas alteraciones de la contractilidad uterina.
- Pacientes con contractilidad uterina aislada, menor a 6 en 1 hora, sin modificaciones cervicales, se mantendrán en reposo en decúbito lateral durante 1 hora, permitiendo al cabo de este tiempo si la

contractilidad ha disminuido, indicar reposo domiciliario, tomar líquidos abundantemente y regresar en caso de presentarse aumento otra vez en el número y frecuencias las contracciones

Contraindicaciones de los tocolíticos

Absolutas

- Edad gestacional menor de 20 semanas y mayor de 35 semanas (excepto en el sufrimiento fetal)
- Dilatación de 5 cm o más.
- Madurez pulmonar fetal conocida.
- Hipertensión arterial grave.
- Diabetes mellitus no controlada.
- Retardo del crecimiento intra uterino
- Hipotiroidismo no tratado.
- Ruptura prematura de membranas con sospecha o evidencia de infección.
- Óbito fetal.
- Malformación fetal grave.
- Hemorragia vaginal.
- Desprendimiento prematuro de la placenta.
- Enfermedades cardíacas severas.
- Ritmos cardíacos maternos anormales.

Relativas

- Polihidramnios.
- Rotura prematura de las membranas ovulares sin infección.
- Asma bronquial tratada con betamiméticos.
- Enfermedad renal severa.
- Infección grave de la madre u otras enfermedades médicas.
- Gestación múltiple.
- Leiomiomas uterinos.

Esquema de Útero inhibición

Opción I:

Sulfato de Magnesio, 4 gramos E.V. de inicio y 2 gramos E.V. cada 2 horas, hasta abatir las contracciones uterinas. No usar por más de 24 horas.

Controlar:

- a) Diuresis horaria (> 30 cc por hora)
- b) Reflejos osteotendinosos, en especial el reflejo patelar
- c) Frecuencia respiratoria (>14 por min.)

Efectos secundarios

Depresión respiratoria y cardíaca

Edema pulmonar

Hipermagnesemia (intoxicación)

Antídoto:

Gluconato de calcio. Ampolla de 1 gramo E.V. lento.

Debe estar siempre disponible cuando se administra sulfato de magnesio.

Opción II:

Ritodrina 10 mg. IM ó 0.05 mg/min. hasta 0.3 mg por min

A dosis respuesta por 12 horas y luego continuar vía oral 10 a 20 mg. cada 2 a 4 horas, controlando que la frecuencia cardíaca materna no pase de los 120 latidos por minuto.

Opción III:

Fenoterol 0.5 a 3 microgramos E.V./min. a dosis respuesta.

Complicaciones de los beta-adrenérgicos (Especialmente opciones II y III):

- Edema pulmonar (en gestantes con expansión grande de volumen plasmático-gemelar, sobrehidratación, etc.)
- Hiperglicemia, glucosuria y cetonuria (por aumento de la glucogenólisis y lipólisis acelerada)

Manejo de las complicaciones e intoxicaciones:

- **Suspender** la medicación
- **Solicitar** participación a Medicina Interna
- **Manejo** inicial de cada una de las complicaciones: Edema pulmonar, hipotensión, hipoglicemia, etc.

- **Revisar** tensión arterial y frecuencia cardíaca materna y fetal, cada 15 minutos la primera hora y posteriormente cada 30 min.
- **Evitar** la taquicardia superior a 120 latidos por minuto y la hipotensión de más de 20% de las cifras básales
- **Interrumpir** su uso ante dolor precordial, disnea, nerviosismo extremo o extrasístoles.
- **Abatida** la contractilidad uterina a menos de 3 contracciones por hora, deberá ajustarse la dosis útil menor posible y mantenerla por espacio de 4 horas en sala de emergencia al cabo de las cuales podrá ser enviada a piso.

Parto de Nalgas a Término en Sala de Emergencia

- Múltiparas; se deja evolucionar solo; la intervención del médico básicamente es para la extracción de la cabeza.
- No debe colocar la paciente en la posición de litotomía hasta que la nalga no esté distendiendo el periné.
- Realizar episiotomía amplia, previa analgesia o anestesia local.
- Se ordena a la paciente que puje y no se toca al niño hasta visualizar el cordón umbilical.
- Cuando se visualiza el cordón se procede a realizar el asa de este, extrayendo suavemente con un dedo para evitar estiramiento del mismo. Luego al llegar al parto de los hombros, se introduce el dedo índice por detrás del hombro para liberar el brazo anterior y luego el brazo posterior, con movimientos suaves.
- No permitir que el feto rote a posición posterior. En este caso, o si el feto hace movimientos respiratorios, el obstetra deberá completar los movimientos para extraer el feto.
- Después de la salida de los hombros, se sostiene el feto con una compresa en su pelvis, se tira suavemente hacia abajo haciendo una ligera presión suprapúbica por un asistente, y se coloca el cuerpo fetal sobre la sínfisis sin ejercer presión (maniobra de Bracht).

Distocia de Hombros en Sala de Emergencia

LA RECONOCEMOS EN EL MOMENTO DE LA EXPULSION:

Por el impacto de hombro anterior sobre la sínfisis del pubis. La cabeza una vez salida, queda pegada sobre la vulva. El cráneo y la cara han sido expulsados espontáneamente de manera muy simple, y cuando se quiere asir la cabeza para ayudar a acabar el desprendimiento se experimenta una resistencia; esta queda estrechamente aplicada sobre el orificio vulvar desde el occipucio hasta el mentón.

Este síndrome, de la cabeza pegada a la vulva, se ve únicamente en la distocia de hombros y en algunas malformaciones congénitas raras que aumentan considerablemente el volumen del tórax y del abdomen del feto.

El diagnóstico de la distocia de hombros es, por lo general, muy simple, pero es preciso hacerlo de inmediato, pues cada minuto perdido compromete la vida del feto. Además, hay que recordar que toda tracción lo traumatiza y agrava la distocia.

TRATAMIENTO INTRAPARTO:

- Pedir de inmediato la asistencia del anestesiólogo para sedar, anestesiarse y controlar hemodinámicamente a la paciente.
- Canalizar las venas adecuadas (esto debe realizarse previamente en todo parto considerado distócico).
- Realizar una episiotomía amplia, o ampliar la antes practicada.

Maniobras

- **Maniobra de McRoberts:** consiste en flexionar con fuerza los muslos de la paciente hacia el abdomen, en varias oportunidades, para disminuir o rectificar la angulación sacro-lumbar y que se bascule la sínfisis del pubis en dirección cefálica, con lo que se debe liberar el hombro impactado al traccionarlo sin mucha fuerza. Simultáneamente con esta maniobra se realizan otras.

- **Maniobra de Hibbard:** se debe presionar con fuerza, con una mano, sobre el hombro enclavado encima del pubis; al mismo tiempo se presionará con la otra mano el fondo del útero. No se debe traccionar la cabeza fetal ni estirar el cuello.
- **Fractura digital de la clavícula fetal anterior:** para ello se la presionará con fuerza en su parte media. No siempre se logra fracturarla.
- **Maniobra de Woods o del "atornillado":** consiste en presionar lateralmente y hacia arriba la escápula del hombro posterior de feto, de manera que el hombro anterior rote a un diámetro oblicuo. Con ello puede convertirse el hombro anterior en posterior y lograr su salida.
- **Maniobra de Bellmann y Niesen:** se introduce el dedo medio de la mano que se corresponda con la espalda del feto (la derecha si se trata de un dorso izquierdo) en la axila posterior y se realiza la mayor tracción posible para lograr hacer avanzar el hombro posterior en la excavación del sacro; esto permitirá más espacio y la posibilidad de que el hombro anterior se desprenda y rebase la sínfisis del pubis. Simultáneamente un ayudante debe presionar con fuerza el pubis, en un esfuerzo para que el hombro anterior se encaje y el fondo uterino (para ayudar a su avance); si esto falla....
- **Mantener la acción del ayudante** y desplazar el dedo de la axila al hombro, para moverlo de la línea media y llevarlo hacia un diámetro oblicuo de la pelvis y buscar su descenso; si esto falla....
- **Maniobra de Jacquemier:** consiste en introducir la mano apropiada por la espalda del feto para tomar el antebrazo y extraer el brazo posterior; entonces el hombro y el brazo anterior descienden. Es una maniobra con mucho riesgo de provocar ruptura uterina, por lo que no debe efectuarse si el feto ha muerto, en cuyo caso se recomienda:
- **Cleidotomía o sección de la clavícula** con una tijera fuerte de embriotomía a través de un corte en la piel del feto muerto.

Rotura Prematura de Membranas en Embarazo Pre-termino en Emergencia

Ingresar

Anamnesis, identificar con nombre completo y apodo, dirección y teléfono gesta, para, abortos, cesáreas, edad

Revisar y anotar signos vitales maternos (presión arterial, frecuencia cardíaca, peso, frecuencia respiratoria, condiciones cervicales)

Evaluar FCF, posición, situación, presentación, condiciones, grado de descenso de la presentación

Canalizar con catéter de alto calibre 16 – 18 con solución salina o lactato ringer a velocidad adecuada para el estado o afección de la paciente

Realizar la menor cantidad de tactos vaginales.

Paciente con rotura franca de membranas e inicio de labor de parto antes de las 25 semanas:

La conducta es dejarla evolucionar hasta desembarazarse Como parto inmaduro inevitable, si se detiene la labor de parto, debe iniciarse una conducción.

Parto Vaginal con Labor Establecida en Pacientes con Cesárea Previa a su Llegada por Emergencia

- Ingresar
- Anamnesis identificar con nombre completo y apodo, dirección y teléfono gesta, para, abortos, cesáreas, edad
- Revisar y anotar signos vitales maternos (presión arterial, frecuencia cardiaca, peso, frecuencia respiratoria, condiciones cervicales)
- Evaluar FCF, posición, situación, presentación, condiciones, grado de descenso de la presentación
- Canalizar con catéter de alto calibre 16 – 18 con solución salina o lactato ringer a velocidad adecuada para el estado o afección de la paciente
- Ingresar a toda paciente con 1 ó más cesáreas previas al inicio de su labor de parto, comprobable mediante la realización de un tiempo obstétrico.
- Se ingresarán sin labor de parto cuando la paciente tenga una patología aguda, como preeclampsia, crisis asmática, crisis falciforme, diabetes descompensada, trastorno gastrointestinal o urinario u otras.
- Se ingresarán también cesáreas previas con diagnóstico de patología obstétrica de alto riesgo: RPM, retraso del crecimiento intrauterino, gemelaridad después de las 35 semanas, amenaza de parto prematuro, oligohidramnios y polihidramnios.
- Toda paciente que califique para prueba de trabajo de parto, conforme a las normas de la SESPAS, debe orientarse en ese sentido en la consulta prenatal. Igualmente, la que no califique debe instruirse para no esperar indebidamente más del tiempo necesario en su hogar luego del inicio del trabajo de parto.
- A las 39 semanas de edad gestacional, con fecha de última menstruación segura y confiable, apoyada con el recurso de la sonografía, deben ingresarse las pacientes con cesárea anterior para programar electivamente el procedimiento que corresponde.

Urgencia Durante la Labor de Parto en Casos de Cesárea Previa

- Sangrado transvaginal.
- Dolor intenso en el área quirúrgica.
- Taquicardia y/o hipotensión materna
- Distocia de la contractilidad uterina
- Cese de las contracciones uterinas
- Presencia de meconio en el transcurrir de la labor del parto.
- Falta de progreso de la Labor de Parto.
- Alteraciones de la FCF (DIPS-II). Taquicardia, bradicardia, etc.
- Deformidad uterina

Muerte Fetal Intra-Utero (Óbito)

- Ingresar
- Anamnesis, identificar con nombre completo y apodo, dirección y teléfono gesta, para, abortos, cesáreas, edad
- Revisar y anotar signos vitales maternos (presión arterial, frecuencia cardiaca, peso, frecuencia respiratoria, condiciones cervicales)
- Evaluar, posición, situación, presentación, condiciones.
- Canalizar con catéter de alto calibre 16 – 18 con solución salina o lactato ringer a velocidad adecuada para la el estado o afección de la paciente

Manejo de paciente con diagnóstico confirmado:

- Reposo en cama, absoluto o relativo.
- Tomar muestra de sangre para análisis de laboratorio (10cc):hemograma, tipificación, glicemia, VDRL, HbsAg, retracción de coagulo, si es mayor de 7 minutos completar perfil de coagulación.
- Tomar signos vitales, y anotar.

Terminación del embarazo: Preferiblemente vaginal

Complicaciones del óbito fetal:

- CID (síndrome de coagulación intravascular diseminada)
- Hipotonía uterina
- Hemorragia- Shock hipovolémico
- Sepsis- Shock séptico
- Insuficiencia renal Aguda

La hipotonía se manejará con oxitócicos 20 a 30 unidades en un litro de solución, y ergonovínicos a razón de 0.2 mg IM, si fuere necesario.

(Las pacientes con complicaciones serán trasladadas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y manejadas según protocolo de esa unidad).

Placenta Previa en Sala de Emergencia

- No realizar tacto vaginal
- Ingresar a sala si el sangrado es leve a moderado y a UCI si el sangrado es severo y hay signos de shock.
- Colocar o mantener catéter y soluciones.
- Colocar sonda vesical fija para medir diuresis.
- Tomar muestra de sangre (10cc) para: hemograma, tipificación, cruce sanguíneo. Retracción de coagulo, si es mayor de 7 minutos completar perfil de coagulación
- Mantener reposo absoluto si el sangrado es leve a moderado, mientras dure el sangrado, y si el embarazo es de pretérmino.
- Ultrasonografía para valoración fetal y ubicación placentaria.
- Monitorear signos vitales y frecuencia cardiaca fetal.
- Colocar catéter de PVC si el sangrado es severo.

Quando interrumpir el embarazo:

- Si el embarazo es de término y el sangrado es leve o la paciente no está sangrando en ese momento, se realiza operación cesárea.
- Si el embarazo es de término y el sangrado es moderado o severo, se estabiliza la paciente con transfusiones de sangre total o se lleva de inmediato a cirugía con dos venas canalizadas y transfundiendo.
- Si el embarazo es de pretérmino. Administrar inductores de madurez pulmonar, 24 Miligramos de betametasona en 24 o 48 horas IM.

Complicaciones:

- Maternas: Sangrado post cesárea (manejo en equipo) .Acretismo placentario (histerectomía).
- Fetales: Prematurez, sufrimiento fetal, muerte fetal.

Abrupto Placentae o Desprendimiento Prematuro de Placenta Normalmente Insertada (DPPNI)

Hospitalización en Pre-parto de Alto Riesgo

- Canalizar vena con catéter o aguja #18
- Iniciar administración de soluciones preferiblemente Lactato Ringer o Salina al 0.9% o Salina al 0.33%.
- Monitorizar signos vitales.
- Colocar sonda vesical y medir diuresis
- Tomar muestra de sangre para laboratorio (10cc): hemograma, tipificación, glicemia, VDRL, HbsAG, HIV, cruce sanguíneo, bilirrubina, retracción de coagulo, si es mayor de 7 minutos completar perfil de coagulación, úrea y creatinina.
- Colocación catéter de PVC para controlar volemia.
- Comprobar vitalidad fetal
- Evacuación uterina
- Iniciar transfusión con sangre fresca (menos de 24 horas).
- Si las plaquetas bajan de 50,000, usar concentrados de plaquetas (manejo conjuntamente con servicio de hematología).

Complicaciones Maternas:

- Hipovolemia y shock.
- Coagulación Intravascular Diseminada.
- Isquemia y necrosis de órganos distantes (hipófisis y riñón).
- Atonía Uterina (útero de Couvelaire).

Las complicaciones deben manejarse con el equipo multidisciplinario de UCI, tomando en cuenta que si la atonía uterina no responde con oxitócicos, debe realizarse histerectomía.

Sufrimiento Fetal Agudo en Emergencia

En caso de prolapso del cordón

- Ingresar
- Aumentar la transferencia materno-fetal de oxígeno.
- Administración materna de oxígeno por catéter nasal, es una de las medidas más socorridas para el tratamiento inicial del sufrimiento fetal agudo, cuestionable en cuanto a sus efectos. Debe ser administrado a dosis de 6 litros por minuto y por mascarilla.
- Historia clínica obstetrica
- Determinar FCF
- Realizar tacto vaginal, mantener mano en vagina rechazando presentación y trasladar a sala de cirugía luego de canalizar vena con cateter 16-18
- Cambio de la posición materna a decubito lateral y semi- fowler
- Oxigenoterapia, 6lits/min. Con mascarilla
- Uteroinhibir

Embarazo Cronológicamente Prolongado

Si se confirma que la gestación ha alcanzado las 42 semanas, ingreso de la paciente en la sala de Alto Riesgo (ARO)

Manejo:

- Anamnesis identificar con nombre completo y apodo, dirección y teléfono, gesta, para, abortos, cesáreas, edad
- Revisar y anotar signos vitales maternos y realizar tacto vaginal
- Evaluar FCF, posición, situación, presentación, condiciones, grado de descenso de la presentación.
- Sostén emocional de la paciente. La situación debe ser tratada francamente con la paciente y su esposo o familiar cercano.
- Determinación del estado fetal.
- Recuento de movimientos fetales. Mediante pruebas de perfil biofísico.
- Canalizar con catéter de alto calibre 16 – 18 con solución salina o Lactato Ringer a velocidad adecuada para el estado o afección de la paciente. Si esta en trabajo de parto.
- Determinación del índice de líquido amniótico.
- Esperar el inicio del parto espontáneo en la sala de ARO
Si se confirmara que el embarazo ha alcanzado las 42 semanas, aunque los resultados de las pruebas para determinar el estado fetal sean normales, debe realizarse inducción del parto.

Ruptura Uterina

Criterios clínicos

- Dolor súbito e intenso,
- Hemorragia,
- Shock hipovolémico

Debe sospecharse siempre que se presenten algunas de las siguientes circunstancias:

- Dolor suprapúbico súbito e intenso
- Detención del trabajo de parto
- Hemorragia genital
- Falta de descenso o ascenso de la presentación fetal
- Alteraciones o desaparición de la frecuencia cardíaca fetal
- Taquicardia e hipotensión arterial no explicables
- Hematuria o palpación de partes fetales en forma superficial o en zonas altas del abdomen.

Manejo

- Canalizar vena con catéter o aguja #18, doble vía
- Iniciar administración de soluciones preferiblemente Lactato Ringer o Salina al 0.9%
- Hospitalización en Pre-parto de Alto Riesgo.
- Monitorizar signos vitales.
- Colocar sonda vesical y medir diuresis
- Tomar muestra de sangre para laboratorio (10cc): hemograma completo, tipificación, glicemia, VDRL, HbsAg, HIV, cruce sanguíneo, bilirrubina, Retracción de coagulo, si es mayor de 7 minutos completar pruebas de perfil de coagulación, urea y creatinina.
- Colocación catéter de PVC para controlar volemia.
- Iniciar transfusión con sangre fresca (menos de 24 horas).
- Si las plaquetas bajan de 50,000, usar concentrados de plaquetas
- Revisar y anotar signos vitales maternos (presión arterial, frecuencia cardíaca, peso, frecuencia respiratoria, condiciones cervicales)

Hemorragia Post-parto cuando se ha Realizado un Parto en Sala de Emergencia

Manejo:

- Canalizar Vena con catéter de alto calibre
- Iniciar solución Lactato- Ringer
- Tomar muestra de sangre (10cc) para laboratorio: hemograma, tipificación y cruce.
- Si existe hipotonía, mantener masaje sobre útero e incluir 30 unidades de oxitocina en la solución, si persiste la hipotonía se pueden agregar 10 unidades vía E.V. lento y una ampolla de 0.2 mgs de ergonovina IM.
- Colocar cateter vesical
- Trasladar a sala de partos y revisar útero, cuello y canal vaginal auxiliándose de Anestesiólogo
- Si existen restos placentarios extraerlos con revisión manual y auxiliarse del anestesiólogo.
- Elegir la sedación que menos complicaciones pueda agregar a una paciente hipotensa .
- Si hay desgarros suturarlos.
- Si el sangrado no cede porque la hipotonía no responde, se debe trasladar la paciente al quirófano con transfusión sanguínea, para laparotomía e histerectomía, si fuere necesario.
- Si hubo shock, trasladar a UCI.

Hipertensión Crónica

- Paciente que llega a emergencia en labor de parto.
- Anamnesis : Identificar con nombre completo y apodo, dirección y teléfono gesta, para, abortos, cesáreas, edad
- Revisar y anotar, signos vitales maternos y realizar Tacto Vaginal

Medios diagnósticos

- a) Hemograma Completo
- b) Orina ,
- c) Urea y creatinina,
- d) Glicemia
- e) Retracción del coagulo, si es mayor de 7 minutos completar pruebas de perfil de coagulación
- f) Transaminasas
- g) Electrocardiograma

Evaluar

FCF, posición, situación, presentación, condiciones cervicales, grado de descenso de la presentación.

Se ingresa en Pre-parto de Alto Riesgo y se adoptan las siguientes medidas:

1. Ínterconsulta con Medicina Interna / Cardiología
2. Continuar terapia antihipertensiva de su período prenatal
3. Avisar a Perinatología
4. Valorar por Ultrasonografía, condición fetal si la dilatación cervical lo permite (Descartar retraso del crecimiento intrauterino, hipermadurez placentaria, etc.)
5. Decidir vía del parto conforme a condiciones obstétricas y antecedentes
6. Monitoreo clínico o electrónico de la Frecuencia Cardiaca Fetal

Manejo de la Eclampsia

- **Anamnesis:** Identificar con nombre completo y apodo, dirección y teléfono gesta, para, abortos, cesáreas, edad.

Urgencias Obstetricas

- **Revisar y anotar** signos vitales maternos
- **Evaluar** FCF, posición, situación, presentación, condiciones, grado de descenso de la presentación
- **Canalizar** con catéter de alto calibre 16 – 18, con solución salina o lactato ringer a velocidad adecuada para el estado o afección de la paciente

Medidas Específicas

1. Canalizar vena con catéter o aguja #18.
2. Iniciar administración de soluciones Lactato Ringer o Salina al 0.33%, o Salina al 0.9%.
3. Administrar 4 gramos de Sulfato de Magnesio vía endovenosa lenta (5 minutos).
4. Administrar 5 mgs de Hidralazina vía endovenosa lenta o 500 mgs de Metildopa E. V. Lenta (TA diastólica en 110 ó más).
5. Colocar sonda vesical fija.
6. Reposo absoluto, nada por boca, disminución de ruidos y luces,
7. Toma de tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, y frecuencia cardíaca fetal, cada media hora.
8. Medir diuresis horaria.
9. Tomar muestra de sangre (10cc) para laboratorio: hemograma, tipificación, cruce, glicemia, ácido úrico, urea, creatinina, TGP, TGO, bilirrubina, perfil de coagulación (tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno, plaquetas).
10. Toma de muestra de sangre arterial para electrolitos
11. Colocación de catéter para medir presión venosa central
12. Anotar entrada y salida de líquidos.
13. Protección bucal para evitar trauma por convulsiones

Uso de Medicamentos:

- **Hidralazina**, continuar con 5 mgs vía EV cada 15 minutos, mientras los niveles diastólicos sean de 110 o mayor. La dosis a repetir no debe pasar de 20 mgs y continuar con 10 mgs cada 8 horas vía EV.
- **Metildopa**: Si no se cuenta con Hidralazina se puede administrar 500 mgs de Metildopa vía EV y continuar con 500 mgs cada 6 horas.

- **Sulfato de Magnesio:** Después de la dosis inicial que se Administró a la paciente, se continúa con 1 gramo cada una hora o 2 gramos cada dos horas, EV lento , previo chequeo de diuresis (debe ser mayor de 30 cc por hora) chequeo de reflejo patelar (debe estar presente) y frecuencia respiratoria (mayor de 16 por minuto). Si alguno de estos signos de alarma está presente debe discontinuarse la administración de Sulfato de Magnesio. No debe pasarse de una dosis total de 26 a 28 gramos en 24 horas
- **Gluconato de calcio:** Debe disponerse en la Unidad de Cuidados Intensivos, y en todos los lugares donde se administre Sulfato de Magnesio, para usarse en caso de intoxicación con sulfato de magnesio a razón de 1 gramo endovenoso lento. (Los signos clínicos de intoxicación por magnesio están dados por la depresión respiratoria, oliguria y pérdida del reflejo patelar).

Líquidos:

Se usará de preferencia Lactato Ringer que contiene dextrosa al 5%. La dosis usual es de 60 a 125 ml por hora, a menos que exista una pérdida excepcional por vómitos o diarreas. Es preferible que la administración de líquidos se maneje con la colocación de catéter de PVC, para evitar una posible complicación como edema agudo del pulmón.

- Ingreso a UCI
- Ultrasonografía (si las condiciones lo permiten).
- Evitar ruidos y luces innecesarias
- Cumplir todos los pasos enumerados para el manejo de la pre-eclampsia severa (1 al 14).
- Canalizar otra vena para asegurar una segunda vía.
- Si no se controlan las convulsiones con el Sulfato de Magnesio, administrar 10 mgs de Benzodiacepina vía E.V., y si las convulsiones continúan se puede administrar solo en ultima opción Fenobarbital a dosis de 1 ampolla de 120 mgs. dosis única. Este último medicamento sólo se debe administrar con participación de un anestesiólogo, previa valoración respiratoria y condiciones para que se pueda realizar una intubación si fuere necesario.

- Avisar a equipo multidisciplinario para valorar madre y feto (anestesiología, perinatología, intensivo, cardiología, medicina interna, hematología y nefrología).

COMPLICACIONES DE LA ECLAMPSIA SEVERA

- Ruptura hepática
- DPPNI
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Prematurez
- Edema agudo del pulmón
- Insuficiencia renal aguda
- Accidente cerebro-vascular (ACV).
- Síndrome de coagulación intravascular diseminada.(CID)
- Síndrome de HELLP.
- Muerte fetal intra utero.

Cardiopatía y Embarazo

Manejo en sala de emergencia

- a) Realizar un examen cardiorespiratorio y tomar la temperatura, el pulso, la presión arterial y la frecuencia respiratoria, cada 2 horas o menos hasta llegar a la vigilancia continua del ritmo cardíaco de la parturienta (hacer electrocardiograma). Estar alerta ante los signos de descompensación precoz señalados en el diagnóstico.
- b) Ordenar antibiótico terapia profiláctica, 72 h antes y después del parto con penicilina o sus análogos.
- c) Vigilancia continua a la frecuencia cardíaca fetal.
- d) . Están contraindicados los beta miméticos, pues modifican la hemodinámica y aumentan el gasto cardíaco.
- e) Oxigenación por máscara o tenedor (si es necesario).
- f) Medir diuresis horaria
- g) Control en la administración de líquidos (no más de 75 mL/h).
- h) Colocar vendaje elástico en las extremidades inferiores
- i) Mantener la paciente en posición semi-Fowler o decúbito lateral
- j) Evitar el uso de Ergonovina
- k) Bloqueo de pudendos o peridural

Uso, por razón necesaria, de Oxitocina. Ante una atonía uterina, emplear la Oxitocina por vía intramuscular o en venoclisis concentrada (no administrar en forma de bolus).

- Estrecha vigilancia de signos vitales, monitorización fetal en forma constante (incluyendo medición de presión venosa central)
- La paciente en terapia con anticoagulantes solicitarle TPT.

Diabetes Mellitus y Embarazo

Manejo:

- Ingreso: Inminentemente si existe complicación de: Diabetes/ Embarazo
- Glicemia
- Interconsulta con Endocrinología

Indicaciones para finalizar embarazo

Absolutas.

La interrupción imperiosa del embarazo puede realizarse, independientemente de los indicadores del estado y madurez fetal, determinando la vía de acuerdo a las condiciones obstétricas, fetales.

Se incluyen en este grupo:

- Cetosis (no corregible)
- Infección amniótica
- Toxemia severa.
- Hipertensión arterial crónica, no controlable.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Oligohidramnios marcado.

Relativas.

Todas las complicaciones obstétricas, metabólicas o ambas, constituyen una indicación relativa de interrupción de la gestación. Dependerá de la evaluación materna y fetal.

Canalizar y pasar 1,000 ml de la solución mixta (125 U/hora). Ajustar la dosis de Insulina (mitad o doble) si es necesario.

Los requerimientos de Insulina de acción rápida se calculan de acuerdo a los valores de glucemia, a saber:

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| - 150-200mg/dl | 2U.I Insulina subcutánea. |
| - 201-250mg/dl | 4U.I Insulina subcutánea. |
| - 251-300mg/dl | 6U.I Insulina subcutánea. |
| - Más de 301mg/dl | 8U.I Insulina subcutánea. |

En caso de administrar Insulina rápida, esperar 4 horas antes de la siguiente aplicación.

Anemia Severa y Embarazo

Definición

Se define anemia severa durante el embarazo, como una concentración de hemoglobina menor de 7grs./dl;

Criterios clínicos

- Palidez de piel y mucosas
- Vértigos
- Disnea
- Estados lipotímicos
- Zumbidos de oídos
- Astenia
- Anorexia
- Cefalea
- Pacientes con 8 gramos o menos y con síntomas deben ser ingresadas para seguimiento e interconsulta con hematología.

Manejo

- **Anamnesis** : Identificar con nombre completo y apodo, dirección y teléfono, gesta, para, abortos, cesáreas, edad.
- **Revisar y anotar**: Signos vitales maternos (presión arterial, frecuencia cardiaca, peso, frecuencia respiratoria, condiciones cervicales).
- **Evaluar**: FCF, posición, situación, presentación, condiciones, grado de descenso de la presentación.
- **Canalizar** :Con catéter de alto calibre 16 – 18 con solución salina o Lactato Ringer a velocidad adecuada para la el estado o afección de la paciente
- **Tranfusiones, Indicación**
- Anemia con Hb menor de 7gr/dl y síntomas de descompensación hemodinámica
- Cuadro de anemia aguda con descompensación hemodinamica
- Transfusión Sanguinea en Anemia Crónica En una paciente embarazada con anemia ferropénica, no se debe de administrar sangre total. En estos casos se administrarán transfusiones de paquetes globulares.

Urgencias Obstetricas

Debe hacerse control de hemoglobina 4 horas después de cada transfusión. Por Emergencia se solicitará sangre a los familiares de los pacientes que lleguen con sangrado. Toda paciente Rh Negativo debe depositar una unidad de sangre "O" Negativo

Shock Obstétrico en Emergencia

Manejo:

- 1.- Canaliza con cateter 16-18, dos vías
 - 2.- Muestra de sangre para hemograma completo, tipificación cruce, urea, creatinina, retracción de coagulo, si es menor de 7 minutos completar pruebas de perfil de coagulación,
 - 3.- Oxigeno, 6lits/min. S.O.S
 - 4.- Expansores del plasma
 - 5.- Sonda vesical fija
 - 6- Garantizar un adecuado volumen circulatorio7-Garantizar una transportación de oxígeno óptima.y que exista una hemostasia adecuada.
- En el primer y segundo aspectos la reposición será con cristaloides, coloides y glóbulos, preferiblemente en ese orden; en el tercer aspecto se valora el aporte de plaquetas, fibronectina y factores de la coagulación con plasma fresco y homólogo, concentrado de plaquetas y crioprecipitado.
 - Existen varias fórmulas para calcular el volumen sanguíneo total. Desde el punto de vista práctico describiremos dos formas:En la primera el volumen sanguíneo total en litros se calcula multiplicando el peso en kilogramos por 0.07.En la segunda el volumen sanguíneo total en litros se calcula:
 - 1- Peso en kilogramos por 60 ml, si la paciente es de complejión debil.
 - 2- Peso en kilogramos por 70 ml, si la paciente es de constitución normal.
 - 3- Peso en kilogramos por 80 ml, si la paciente es de complejión atlética

Shock Séptico en Obstetricia

Criterios clínicos

- Sangrado genital
- Fiebre o hipotermia
- Leucorrea purulenta
- Dolor suprapúbico
- Diarrea
- Distensión abdominal
- Taquicardia
- Taquipnea
- Pulso filiforme
- Cianosis labial y ungüeal
- Piel fría, pálida y sudorosa
- Hipotensión
- Dolor abdominal focal o generalizado
- Cervix dilatado
- Dolor a la movilización del cerviz, fondo de saco, útero y anexos

MANEJO

- Anamnesis :Identificar con nombre completo y apodo, dirección y teléfono, gesta, para, abortos, cesáreas, edad.
- Revisar y anotar:Signos vitales maternos , explorar abdomen y genitales en busca de focos infecciosos.
- Evaluar: FCF, posición, situación, presentación, condiciones, grado de descenso de la presentación
- Canalizar, con catéter de alto calibre 16 – 18 con solución salina o lactato ringer, a velocidad adecuada para el estado o afección de la paciente

Medios diagnósticos

- 1- Hematometría completa, con recuento de plaquetas y estudio diferencial de leucocitos.
- 2- Electrolitos
- 3- Glucosa.
- 4- Gasometría en sangre arterial.

- 5- Acido úrico y creatinina.
- 6- Orina.
- 7- Retracción del coagulo, si es mayor de 7 minutos completar perfil de coagulación
- 8- Lactato en suero.9-Cultivos y antibiogramas antes de iniciar el tratamiento.

Muestras de:

- a) Hemocultivos (al menos dos muestras).
 - b) Urocultivos.
 - c) Material endometrial.
 - d) Secreciones intrabdominales, de heridas quirúrgicas u otras.
 - e) Otros sitios (materiales obtenidos por drenaje, esputos, etc.)
- Radiografía de tórax. y abdomen
 - Sonografía pélvica y abdominal

Tratamiento

Vigilancia y terapia intensiva para conservación y estabilidad de funciones vitales.El shock séptico en cualquiera de sus fases es de una gravedad extrema, y simultáneamente con la aplicación de las medidas iniciales se impone una evaluación del caso, para conocer y erradicar de inmediato el foco infeccioso (útero generalmente)

Tratamiento

- Penicilina Cristalina 10,000 millones IV de inicio
- Gentamicina 160 Mg. EV
- Metronidazol 500 Mg. IV en no menos de 30 minutos
- Ingresar a UCI

HIV y Embarazo

- Identificación de la paciente
- Medidas de Bioseguridad
- Evaluación Obstetrica y fetal
- Evaluar por el personal disponible del programa de reducción de transmisión vertical VIH / SIDA

Aborto

Definición:

Perdida del embarazo cuando el producto aun no es viable (22 semanas de gestación)

Tipos de presentaciones clínicas**Amenaza**

Sangrado leve acompañado o no de contracciones moderadas sin cambios cervicales

- No administre medicamentos (hormonales, estrógenos o agentes tocolíticos)
- Indique reposo absoluto, acostada del lado izquierdo
- Hidratación oral.
- Regresar si hay aumento en el sangrado.

Inevitable

- Sangrado moderado
- Contracciones
- Rupturas de membranas y
- Cambios cervicales

Incompleto

Cuando ha ocurrido expulsión parcial de los productos de la concepción, se acompaña de sangrado importante.

Retenido

Retención de los productos de la concepción después de la muerte embrionaria o del feto.

Provocado

Proceso por el cual es terminado el embarazo voluntariamente.

Séptico

Aborto complicado por infección y como consecuencia la sepsis.

Completo

Expulsión de todos los productos de la concepción

Se ingresa cuando hay:

- Presencia de cambios cervicales
- Sangrado
- Contracciones
- Expulsión de restos ovulares
- Sangrados severos o con repercusión hemodinámica

Manejo

- Canalizar vena con catéter o aguja #18
- Iniciar administración de soluciones, preferiblemente Lactato Ringer o Salina al 0.9% o Salina al 0.33%.
- Monitorizar signos vitales.
- Colocar sonda vesical y medir diuresis
- Tomar muestra de sangre para laboratorio (10cc): hemograma, tipificación, glicemia, VDRL, Hepatitis, HIV, cruce sanguíneo, bilirrubina, retracción del coagulo, si es mayor de 7 minutos completar pruebas de perfil de coagulación, urea y creatinina.
- Ultrasonografía pélvica
- Si hay fiebre, administrar Ampicilina, 2g I.V cada 6 horas +Gentamicina 160 Mg. Dosis única / día.
- Metronidazol 500mg I.V cada 8 horas, hasta que la paciente este sin fiebre por 48 horas
- Ingresar en sala cirugía para legrado.

3

**URGENCIAS
GINECOLOGICAS**



URGENCIAS
GINECOLOGICAS

Urgencias Ginecológicas

Aspectos atribuibles a causas ginecológicas

- Sangrado Vaginal
- Dolor Pélvico
- Dolor Abdominal
- Flujo Vaginal
- Disuria
- Amenorrea
- Náusea/vómitos
- Fiebre
- Alteración del Estado de Conciencia (Mareos)
- Palidez

Cuatro Eventos de Riesgo Vital

- Ruptura de Embarazo Ectópico
- Ruptura de Quiste Ovárico
- Ruptura de Absceso Tuboovárico
- Hemorragia Externa por genitales
 - Fibromas
 - Aborto
 - Laceración Y/o Trauma
 - Cáncer

Emergencias Ginecológicas

- Hemorragia Uterina Anormal
- Dismenorrea
- Absceso de Bartholino
- Primoinfección Herpética
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)
- Quiste Ovárico Roto
- Torsión Anexial (Quiste Torcido de Ovario)
- Degeneración Miomatosa

Dismenorrea

Definición

Dolor pélvico/abdominal de inicio durante o en los días previos a la menstruación, con irradiación lumbosacra o a muslos. 50% mujeres postmenarquicas.

10% incapacitadas, 1-3 días

Ciclos anovulatorios / Elevación de Prostaglandinas.

Signos y Síntomas

Náuseas, vómitos, anorexia, diarrea, cefalea, cansancio, cambios de estado de ánimo.

Clasificación

A Dismenorrea Primaria

Ausencia de patología orgánica demostrable

B Dismenorrea Secundaria

Relacionado con enfermedades pélvicas como: Endometriosis, adenomiosis, EPI, tumores, estenosis cervical, DIU, congestión pelviana y anomalías uterinas.

La dismenorrea constituye más frecuentemente un problema crónico, muchas veces asumido por la adolescente como una situación casi normal, pero ocasionalmente puede producirse una exacerbación del dolor en forma aguda, en un ciclo menstrual determinado, lo que motiva la consulta.

La dismenorrea se denomina primaria en ausencia de causa orgánica identificable, y secundaria cuando obedece a alguna causa orgánica (anomalías congénitas, infecciones, endometriosis, quistes ováricos, etc.).

La dismenorrea primaria habitualmente aparece unos meses después de la menarca, cuando se instalan los ciclos ovulatorios y dura los

primeros dos a tres días del ciclo. Cuando aparece más tardíamente y es progresiva, debe pensarse en una causa orgánica, por ejemplo endometriosis.

También debe descartarse una causa orgánica, cuando dura más de 72 hs. Cuando se presenta en forma muy intensa desde las primeras menstruaciones, puede responder a una malformación congénita mülleriana. Debe efectuarse siempre una ecografía pelviana para descartar una causa orgánica. En la dismenorrea primaria, el dolor menstrual está vinculado con la síntesis de prostaglandinas del endometrio, y los inhibidores de la prostaglandina sintetasa han tenido un profundo impacto sobre su tratamiento. Los más utilizados son el ibuprofeno, naproxeno y ácido mefenámico.

Estos medicamentos no sólo reducen la contractilidad uterina, sino que alivian los síntomas asociados como mareos, náuseas, vómitos y cefalea.

Diagnóstico

DISMENORREA PRIMARIA.

- Historia clínica.
- Inicia meses ó 1-2 años luego de la menarquia, cuando los ciclos se hacen ovulatorios. Generalmente Nulíparas
- Exploración bimanual normal
- Ecografía normal
- Laparoscopia

DISMENORREA SECUNDARIA

- La edad del inicio más tardía.
- Análisis de sangre y Eritrosdimentación en busca de un proceso inflamatorio.
- Ecografía positiva
- Laparoscopia, si existe sospecha de alteración orgánica.
- Histerosonografía / Histerosalpingografía si se sospecha anomalía uterina.

Tratamiento

- Analgésicos, Diclofenac 50 mg I.M. profundo.
- Analgésico antiespasmódico
- En casos de dolor severo:
- Antieméticos. Antiespasmódicos, y/o inhibidores de prostaglandinas vía IM o rectal.
- Laparoscopia
- Cirugía
- En casos de Dismenorrea Secundaria tratar la causa de origen.

El Dolor Ovulatorio

Está asociado con la ruptura del folículo y expulsión del óvulo con la consiguiente irritación peritoneal.

Criterios clínicos

- Dolor pélvico. Puede ser severo y de localización, en uno de los cuadrantes abdomen inferior
- Dolor puede durar, desde minuto a horas (24- 48 horas)
- Dolor coincide con la ovulación (raramente más de 48 o 72 hs).
- Ecografía muestra una pequeña cantidad de líquido en fondo de saco de Douglas.

Tratamiento:

- Analgésicos comunes, o inhibidores de las prostaglandinas.

Ruptura de Quistes o Tumores

La ruptura del quiste luteínico se presenta en la segunda fase del ciclo. Cuando es del lado derecho el dolor se ubica por debajo del punto de Mc Burney, y se irradia al recto, vejiga o muslo.

Criterios clínicos

- Dolor abdominal intenso. Comienzo brusco
- Cuadro agudo de hemoperitoneo
- Shock
- Signos de irritación peritoneal

Medios diagnóstico

- Hemograma completo
- Hematocrito seriado
- Tipificación
- Electrolito
- Orina
- Radiografía de abdomen de pies y acostado
- Sonografía pélvica

Manejo y tratamiento:

- Ingreso
- Tomar vía venosa periférica. Solución Lactato en ringer, de acuerdo a edad, peso y grado de hidratación
- Hematocrito seriado,
- Tipificación cruce sanguíneo.

Si cuadro persiste o se agrava, cirugía, que debe ser lo más conservadora posible..

Torsión Anexial

La torsión anexial puede producirse en un anexo sano, pero es más común que se presente como consecuencia de la presencia de un quiste o tumor anexial.

Los quistes y tumores de ovario, tienen más tendencia a la torsión en las niñas y adolescentes que en las mujeres adultas.

Los cistoadenomas y los teratomas, son las masas ováricas más propensas a la torsión.

Criterios Clínicos

- Dolor intenso, localizado en hipogastrio o fosas ilíacas, con irradiación raíz de muslos.
- Posteriormente aparecen náuseas o vómitos, fiebre (no siempre), signos de irritación peritoneal, y de shock.
- La palpación abdominal es dolorosa, y a veces, sobre todo en niñas prepúberes en las que la posición de los ovarios es intraabdominal, puede palparse una masa mal delimitada y muy sensible.
- El hemograma muestra leucocitosis.
- Fiebre. No siempre

Ocurre generalmente en las dos primeras décadas de la vida. Puede involucrar al ovario, trompa o ambos.

Los hallazgos ecográficos en la torsión anexial varían dependiendo de la patología subyacente y de la extensión del edema del estroma ovárico o de la hemorragia interna.

Se puede encontrar una masa sólida, quística o compleja; puede haber líquido en el fondo de saco de Douglas.

El hallazgo más significativo es la presencia de múltiples folículos en la zona cortical de un ovario aumentado de tamaño, unilateralmente. (3 a 4 veces el tamaño de un ovario puberal normal).

Emergencias Infecciosas

ABSCESO DE BARTHOLINO

Obstrucción del conducto, produce retención de secreciones y dilatación quística. Frecuentemente infección secundaria (gonococo, otros)

Criterios clínicos

- Masa dolorosa
- Edema, inflamación
- Fiebre y dispareunia.

Manejo y Tratamiento:

- Analgésicos.
- Baño de asiento
- Drenaje
- Marsupialización
- Extirpación de las glándulas
- Mayores de 40 años biopsia

Primoinfeccion Herpetica

Infeccion causada por herpes virus tipo II en 85%

Criterios clínicos

- -Incubación 2 a 7 días
- -Pródromos: ardor y prurito
- Vesículas
- Ulceras dolorosas
- Disuria, retención urinaria,
- Adenopatía inguinal, fiebre,
- Malestar general, sobreinfección.

50% recurrencia en 45 días promedio.

Criterios de ingreso

Hospitalizacion, si hay retención urinaria, compromiso sistémico severo, fiebre, mayor de 39 grados o lesiones extensas.

Tratamiento:

- Aciclovir.
- Valaciclovir.
- Analgésicos
- Antibióticos en caso de sobreinfección.

Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)

Definición

Consiste en la infección del útero, trompas de Falopio y estructuras pélvicas adyacentes, no asociadas con cirugía o embarazo. También es conocida como **salpingitis**.

Etiología y patogenia

Microbiología: La mayoría de casos documentados de EPI son causados por *C. trachomatis* o *N. gonorrhoeae*. Otras especies bacterianas, incluyendo aerobios y anaerobios, han sido aisladas del endometrio y de las trompas de Falopio (Tabla No. 2).

La infección por *C. Trachomatis* y *N. gonorrhoeae* lesiona el canal endocervical alternando estas barreras protectoras, permitiendo así la infección ascendente.

El ascenso de microorganismos ocurre también, por pérdida del mecanismo de depuración de las células epiteliales, ciliadas tubáricas y uterinas; el daño del epitelio endocervical permite la invasión por flora vaginal.

Tabla No. 2.

GERMENES AISLADOS EN EPI	
<i>Neiseria gonorrhoeae</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Bacterias aerobias	Bacterias anaerobias
Gardenella vaginalis	Peptostreptococcus
Enterobacterias gram negativas	Bacteroides
E. Col	Mycoplasma hominis
Proteus mirabilis	Ureoplasma urelyticum
Klebsiella	Actinomyces israeli
Estreptococo grupo B	Mycobacterium tuberculosis

Criterios clínicos

- Dolor abdominal bajo
- Sensibilidad anexial,
- Fiebre
- Secreción vaginal anormal
- Dolor abdominal, con o sin rebote
- Dolor abdominal usualmente bilateral y bajo
- Dolor a la movilización del cérvix y del útero, y sensibilidad anexial;

Criterios clínicos para el diagnóstico de salpingitis

- Dolor abdominal con o sin rebote.
- Sensibilidad a la movilización del cérvix.
- Sensibilidad anexial.

Los tres criterios anteriores son necesarios para establecer el diagnóstico, con uno o más de los siguientes:

- Extendido de Gram de endocérnix positivo, para diplococos gram negativos intracelulares
- Temperatura mayor de 38°C
- Leucocitosis (mayor de 10.000 por c.c.)
- Material purulento (positivo para leucocitos) en la cavidad peritoneal obtenido por culdocentesis o laparoscopia.

Establecido el diagnóstico clínico de EPI, se debe hacer la definición del estado clínico y anatómico de la patología pélvica:

- a) No complicada (limitada a trompas u ovarios)
 - 1) Sin peritonitis pélvica
 - 2) Con peritonitis pélvica
- b) Complicada
 - 1) Sin peritonitis pélvica
 - 2) Con peritonitis pélvica
- c) Diseminada a estructuras más allá de la pélvis y/o ruptura de absceso tubo-ovárico.

Medios diagnósticos en la EPI aguda

- Prueba de embarazo de buena sensibilidad
- Leucograma, VSG
- Proteína C reactiva
- Cultivo de cérvix para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*
- Prueba de antígeno para Chlamydia
- Cultivo endometrial
- Cultivo de trompas uterinas
- Cultivo de líquido de fondo de saco de Douglas
- Laparoscopia
- Ecografía pélvica
- Biopsia endometrial

Manejo

El objetivo básico de la EPI es la erradicación de los agentes etiológicos, utilizando como mínimo dos antibióticos.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA EPI

HOSPITALARIO

Esquema A

Cefoxitina 2 g IV c/6h más

Doxiciclina 100 mg VO c/12h.

Después de alta:

Doxiciclina 100 mg VO c/12h

- * El régimen es continuado al menos 48 horas, después por 10 a 14 días de la mejoría clínica

Esquema B

Clindamicina 900 mg IV c/8h más

Gentamicina 2 mg/kg IV o IM (dosis de carga).

Continuar 1.5 mg/kg IV o IM c/8h.

Después de alta:El régimen es continuado

Doxiciclina 100 mg VO c/12h

Clindamicina 450 mg VO c/6h

- * El régimen es continuado al menos 48 horas después, por 14 díasde la mejoría clínica

AMBULATORIO

Esquema A

Cefoxitime 2 g IM dosis única, más
Probenecid 1g VO.
Ceftriaxone 250 mg IM u otra
Cefalosporina de tercera generación
Doxiciclina 100 mg VO por 14 días.

Esquema B

Ofloxacina 400 mg VO c/12h por 14 días. Clindamicina 450 mg VO o
Metronidazol 500 mg VO, dos veces al día por 14 días.

Según los esquemas recomendados por los Centro de Control de las Enfermedades (CDC, Atlanta), en el tratamiento de la EPI aguda, durante el embarazo los agentes de elección son la clindamicina, combinada con gentamicina; las tetraciclinas están contraindicadas.

Sí el cultivo- antibiograma-gram: son positivos para gonococo

- Penicilina G procaínica 4.8 millones divididos en 2 dosis en cada glúteo.
- Probenecid 1 gr VO más doxiciclina 100 mg VO c/12h por 10 a 14 días o tetraciclina 500 mg VO c/6h por 10 a 14 días.

Si en 48 horas no hay mejoría: espectinomicina 2 gr IM o cefoxitin 2 mg IM, seguido de doxiciclina o tetraciclina por 10 a 14 días.

Criterios de hospitalización

- Sospecha de embarazo
- Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Leucocitosis mayor de 16000
- Intolerancia al antibiótico oral
- Embarazo
- Peritonitis
- Diagnóstico no aclarado

- Fracaso en el tratamiento ambulatorio
- Presencia de DIU

Tratamiento

- Clindamicina 900 mg IV c/8h o Metronidazol 1 gr IV c/12h, más Gentamicina 2 mg/kg dosis, seguida de 1.5 mg/kg c/8h.

Tratamiento quirúrgico

Solo en los siguientes casos

- Presencia de absceso pélvico,
- :Abdomen agudo,
- Shock séptico,
- Bacteriemia persistente,
- Falla del tratamiento conservador (48-72 horas),
- Bacteriemia, fiebre,
- Peritonitis e íleo persistentes,
- Tumoración creciente,
- Anomalías de laboratorio persistentes,
- Pacientes sin deseo de fertilidad.

El tratamiento quirúrgico: lo más conservador posible.

Es norma realizar colpotomía posterior si hay absceso del fondo de saco de Douglas.

La ruptura del absceso con peritonitis generalizada, debe considerarse y tratarse como una emergencia quirúrgica; generalmente histerectomía abdominal total, con salpingo o forectomía bilateral.

Abdomen Agudo

Definición:

Conjunto de cuadros clínicos caracterizados por manifestaciones abdominales de dolor, que puede ser localizado o difuso, de instalación súbita o gradual, acompañado o no de náusea, vómitos, escalofríos, fiebre, distensión abdominal o cambios en los hábitos intestinales, y que puede ser de manejo clínico o quirúrgico.

Criterios clínicos

- Dolor abdominal severo
- Signos de peritonitis (defensa y rebote)
- Anorexia
- Náuseas
- Vómitos
- Estreñimiento o diarrea
- Fiebre ocasional
- Hipotermia ocasional
- Anemia

Medios diagnóstico

- Hemograma y tipificación.
- Urianálisis
- Amilasa y lipasa
- Glicemia
- Eritrosedimentación
- Urea y creatinina
- Pruebas hepáticas
- Gravindex
- Electrolitos séricos.
- Radiografía de abdomen simple y de pie.
- Radiografía de tórax.
- Ultrasonido pélvico y abdominal.
- Tomografía Axial Computarizada.

Tratamiento.

Quirúrgico

No quirúrgico.

Originado por:

1. Quiste Ovárico Roto/Hemorrágico
2. Torsión Anexial
3. Degeneración Miomatosa

CUADRO GENERAL

- Dolor abdominal severo de inicio agudo
- Sx de peritonitis (defensa y rebote)
- Anorexia, náusea, vómitos
- Leucocitosis
- Fiebre (ocasionalmente)
- Anemia/shock hipovolémico

ABDOMEN AGUDO GINECOLOGICO						
Proceso Patológico	Hemograma	Urianálisis	Gravindex	Culdocentesis	Fiebre	Náusea y vómito
Ectópico Roto	Hcto bajo luego de corregir hipovolemia	Rara vez hematuria	Positivo, B-hCG baja para EG	Hcto alto. Sangre no coagulada sin plaquetas	No	Inusual
EPI	Leucocitosis progresiva	Leucocitos ocasionalmente presentes	Negativo	Liq. Turbio amarilloso, con muchos GB y algunas bacterias	Aumento progresivo. Picos	Inicio gradual con iléo
Quiste Hemorrágico	Hcto puede estar bajo luego de corregir hipovolemia	Normal	Negativo	Puede haber sangre que coagula.}	No	Raro
Torsión Anexial	Normal	Normal	Negativo	Escaso líquido claro	No	Raro
Mioma Deg.	Normal ó leucocitosis	Normal	Negativo	Líquido claro	Posiblemente	Raro

Sangrado Genital Anormal

Definiciones

- Sangrado transvaginal anormal de origen genital.
- Oligomenorrea: Sangrado cíclico con intervalo >35 d
- Hipomenorrea: Sangrado regular <30 ml
- Polimenorrea: Sangrado cíclico c/intervalo <21 d
- Hipermenorrea: Sangrado regular >80 ml o coágulos
- Amenorrea: Ausencia de sangrado por más de 90 d
- Menometrorragia: Ciclos regulares c/sangrado >8 d
- Metrorragia: Flujo excesivo en cantidad y duración con intervalos irregulares.

Clasificación:

1. Orgánica
2. Disfuncional

1. Orgánicas:

- Embarazo
- Cuello uterino
- Endometrio
- Cuerpo uterino
- Síndromes hemorrágicos

2. Disfuncional.

Sangrado uterino anormal como consecuencia de ciclos anovulatorios, en ausencia de patología orgánica o médica

Etiologías clínicas asociadas:

- Síndrome de ovarios poliquísticos
- Obesidad, anorexia, alto stress
- Inmadurez de eje (postpuberal)
- Perimenopausia
- Alteraciones endocrinas (páncreas, tiroides, prolactina)
- Enfermedades sistémicas.

Mecanismos de metrorragias disfuncionales

- Sangrado por supresión de Estrógenos
- Sangrado de disupresión por Estrógenos
- Sangrado por supresión de Progesterona
- Sangrado de disupresion por progesterona.

1.- Sangrado por supresión de Estrógenos

Ejemplos clínicos:

- Ooforectomía bilateral
- Irradiación ovárica
- Descontinuación de Estradiol

2.- Sangrado de disrupcion por Estrógenos

- Relación entre cantidad de E2 y sangrado

Ejemplos clínicos:

Spotting
Metrorragia

3.- Sangrado por supresión de progesterona:

- Ocurre cuando haya proliferación endometrial por estrógenos.

Ejemplos clínicos:

Remoción Qx cuerpo lúteo
Diag. - Prueba de progesterona

4- Sangrado por disrupcion por progesterona

- Ocurre en presencia de relación Progesterona > Estrógenos

Ejemplos clínicos:

Uso de anticonceptivos
Tratamiento. Uso de progesterona depósito.

Dolor Pelviano Agudo en la Adolescencia

El dolor pelviano agudo en la adolescencia requiere rápida intervención y manejo porque algunas de sus causas pueden poner en peligro la vida de la paciente.

Causas ginecológicas son varias:.

- Dismenorrea
- Dolor ovulatorio
- Infección pelviana
- Ruptura de: quiste folicular, cuerpo lúteo quístico, endometrioma, tumor, embarazo ectópico.
- Torsión anexial: (ovario normal, quiste ovárico, ovario tumoral, trompa de Falopio).

Criterios clínicos

La evaluación debe incluir un interrogatorio acerca de:

- Antecedentes patológicos,
- Fecha de última menstruación,
- Actividad sexual,
- Uso de anticonceptivos,
- Cirugías previas,
- Patología pelviana previa,
- Síntomas asociados.
- Signos de irritación peritoneal,

Medios diagnóstico

- Hemograma completo
- Eritrosedimentación
- Urianálisis
- Prueba de embarazo
- Investigación de sangre oculta en heces.
- Cultivo de secreción vagina, endocervical si es sexualmente activa.
- Ecografía pelviana transabdominal y si es posible transvaginal.
- Ecografía Doppler color

Emergencias Ginecológicas en Pediatría

Definición

Aquellas situaciones que ponen potencialmente en riesgo grave, la salud o la vida de la niña o la adolescente. Todo síntoma ginecológico constituye una urgencia, al menos desde el punto de vista emocional y debe ser objeto de atención rápida.

Algunas afecciones o síntomas ginecológicos que requieren una rápida intervención del pediatra o del ginecólogo pediatra:

- 1- Hemorragia genital en edad prepuberal
- 2- Metrorragia en la adolescencia
- 3- Dolor pelviano agudo en la adolescencia

Hemorragia genital en edad prepuberal

- La hemorragia genital en edad prepuberal es uno de los síntomas que más angustia produce en la niña y sus padres, y debe ser cuidadosa y sistemáticamente evaluado.

En el período neonatal puede presentarse hemorragia vaginal visible en 2 a 3 % de las recién nacidas, como respuesta endometrial a la brusca disminución de las hormonas maternas y placentarias. Fuera de este período, toda hemorragia debe ser considerada patológica.

Como orientación para el diagnóstico, conviene distinguir dos situaciones diferentes:

- A) Hemorragia genital acompañada de telarca (desarrollo mamario). El sangrado en estos casos proviene del endometrio.
- B) Hemorragia genital sin desarrollo mamario. El sangrado en estos casos es causado por lesiones locales, vulvares o vaginales.

A- Hemorragia genital con desarrollo mamario

- Por estrógenos exógenos
- Pubertad precoz
- Tumores ováricos funcionantes

Urgencias Ginecológicas

- Quistes foliculares
- Síndrome de MC Cune- Albright

1- La hemorragia genital por estrógenos exógenos.

La ingestión accidental de comprimidos conteniendo estrógenos (ej. anticonceptivos), por su gran potencia, puede inducir rápidamente proliferación del endometrio y producir hemorragia, generalmente profusa, rara vez es producida por contacto con cremas estrogénicas; más comunmente éstas producen telarca aislada.

Crterios clínicos

- Historia Clínica,
- Examen físico,
- Telarca con marcada pigmentación de las aréolas, pezones y labios menores
- Vulva se encuentra turgente y edematosa, y
- Ausencia de vello pubiano.

Tratamiento

- Es autolimitado,
- No requiere habitualmente ninguna conducta terapéutica
- Eliminar el contacto con los estrógenos.

2.- La hemorragia genital por pubertad precoz.

Menarca precoz que ha sido precedida por un período prolongado de desarrollo progresivo de caracteres sexuales que comenzaron antes de los 8 años de edad, de modo que no representa una urgencia, ya que habitualmente la consulta al pediatra se efectúa antes de llegar a esa etapa

3.- Los tumores funcionantes de ovario

Provocan hemorragia genital como consecuencia de la gran secreción de estradiol que los caracteriza de los cuales el más común es el tumor de células de la granulosa, y los quistes foliculares.

Con cierta frecuencia se produce la hemorragia simultáneamente con el inicio de la telarca, o aún en ausencia de desarrollo mamario, a diferencia de lo que sucede en la pubertad precoz, porque el endometrio responde más rápidamente que el tejido mamario cuando los niveles de estrógenos se elevan bruscamente alcanzando concentraciones circulantes muy altas.

Criterios clínicos

- Presentar pigmentación de aréolas y vulva
- Himen engrosado.
- Tumor puede palparse en abdomen.

Diagnóstico

El cuadro hormonal es característico: niveles muy elevados de estradiol sérico (generalmente más de 150 pg/ ml) con gonadotropinas inhibidas por efecto del mecanismo de "feedback" negativo. El elemento auxiliar de diagnóstico más útil es la ecografía, que permite detectar la masa tumoral, heterogénea en el caso de tumor de la granulosa, o unilocular, de paredes finas y lisas, anecoica, en el caso de quiste folicular. Los quistes foliculares pequeños generalmente retrogradan espontáneamente, los mayores de 6 cm es menos probable que lo hagan.

Los tumores de la granulosa pueden ser benignos o malignos, aunque habitualmente el pronóstico es muy bueno en la infancia (92% de supervivencia a 5 años).

Tratamiento

Siempre es quirúrgico y es excepcional que la enfermedad se diagnostique en un estado avanzado, requiriendo en ese caso quimioterapia asociada a la cirugía.

4.- El síndrome de Mc Cune-Albright.-

Es una enfermedad caracterizada por pubertad precoz, displasia fibrosa polioestótica, y manchas "café con leche" en la piel.

Puede acompañarse también de otras endocrinopatías.

Síntomas

Este cuadro es causado por una mutación activante de la proteína Gsa, componente del sistema de AMP cíclico, mutación que produce proliferación descontrolada de determinados tejidos, notablemente los endocrinos.

B- Hemorragia genital sin desarrollo mamario

Nos referiremos a los cuadros más importantes:

1. Vulvovaginitis hemorrágica
2. Cuerpo extraño
3. Traumatismos genitales
4. Prolapso de uretra

1.- La vulvovaginitis hemorrágica:

Puede producirse como consecuencia de una infección vulvovaginal intensa.

Existen determinados gérmenes que producen hemorragia con más frecuencia:

Shigella (en más del 50% de los casos en nuestra experiencia),
Haemophilus influenzae, Estreptococo b hemolítico del grupo A.

Generalmente la hemorragia va precedida o acompañada de flujo vaginal, aunque en algunos casos puede observarse sangrado en forma aislada. En la infección por Shigella puede haber antecedentes de diarrea en la paciente o en algún miembro de la familia.

Criterios clínicos

Se hace por examen bacteriológico de la secreción, que permite aislar el microorganismo responsable, e indicar la terapéutica antibiótica apropiada.

2.- Los cuerpos extraños

Contrariamente a lo que comúnmente se supone, no son una causa muy frecuente de hemorragia vaginal. Normalmente la niña toca y

explora sus genitales, y puede introducirse objetos intencional o accidentalmente.

En la mayoría de los casos se trata de cuerpos extraños blandos, generalmente trocitos de papel higiénico que penetraron accidentalmente al higienizarse . Otros elementos que se han encontrado son fragmentos de cinta scocht, de gomaespuma, lápices, crayones, botones, pequeños juguetes, y objetos punzantes como horquillas, alfileres de gancho, etc. Si el objeto es blando, con el tiempo produce un esfacelo de las paredes de la vagina que provoca el sangrado y a veces flujo sanguinolento, maloliente por la infección bacteriana sobreagregada.

Los objetos punzantes pueden producir lesiones al introducirlos.

Medios diagnóstico:

- Placa simple de pelvis
- Ecografía

Tratamiento:

1.- Los cuerpos extraños blandos pueden ser removidos introduciendo un hisopo seco y girándolo suavemente; se completa el procedimiento irrigando la vagina con solución fisiológica mediante un catéter adosado a una jeringa. Si es necesario se aplica una pequeña cantidad de jalea de xilocaína en el introito para facilitar la introducción de la sonda. Los elementos metálicos pueden ser removidos con pinzas bayoneta.

En algunos casos es necesario recurrir a sedación o anestesia general para realizar este procedimiento.

Después de la extracción de un cuerpo extraño, puede indicarse un estrógeno suave de acción específica sobre el tracto genital inferior, que favorece la reepitelización vaginal.

Los traumatismos genitales más comunes, son los causados por caídas a horcajadas sobre objetos romos: sillas, bicicletas, borde de la bañera, etc. El hematoma más notable aparece sobre la superficie que más ha soportado el impacto (labios mayores, pubis).

2.- La vagina, la uretra y la zona himeneal suelen estar menos afectados en este tipo de traumatismos, aunque puede también haber pequeñas heridas en estas zonas. Otros traumatismos más importantes, como caídas sobre objetos penetrantes, puntiagudos, causan heridas y consiguiente hemorragia. La vulva y el periné son extremadamente vasculares y laxos, por lo que los hematomas suelen ser voluminosos, motivo por el cual el himen y la vagina pueden ser de difícil visualización. Puede haber disuria y retención urinaria por inflamación local o por lesión directa uretral; siempre debe examinarse la orina en busca de hematuria. También debe descartarse el compromiso rectal. Si la retención urinaria no cede espontáneamente se aconseja colocar un catéter suprapúbico.

3.- El tratamiento de los hematomas vulvares es primariamente expectante. La aplicación de compresas con hielo con una cierta presión puede ayudar a controlar el sangrado y el aumento de tamaño del hematoma. Pueden indicarse antiinflamatorios y baños de asiento con soluciones astringentes. Si el hematoma es muy grande, o continúa creciendo, se aconseja incisión, extracción del coágulo y ligadura del vaso sangrante.

4.- Las heridas himeneales pequeñas generalmente producen un sangrado moderado, y no requieren tratamiento. Las heridas penetrantes y profundas, que comprometen la vagina y tejidos adyacentes requieren exploración bajo anestesia general, y tratamiento quirúrgico adecuado. Siempre debe efectuarse la cobertura antibiótica y antitetánica correspondiente.

5.- El prolapso de uretra es un cuadro que produce hemorragia que suele interpretarse como de origen genital y puede confundirse con un tumor. En su patogenia intervienen el hipoestrogenismo propio de la infancia, el carácter laxo de la mucosa uretral y su poca adherencia al tejido conectivo subyacente, y como factores desencadenantes los esfuerzos como tos, llanto, etc.

Se caracteriza por la eversión de la mucosa uretral a través del meato urinario, con gran edema que dificulta la micción. El aspecto es el de

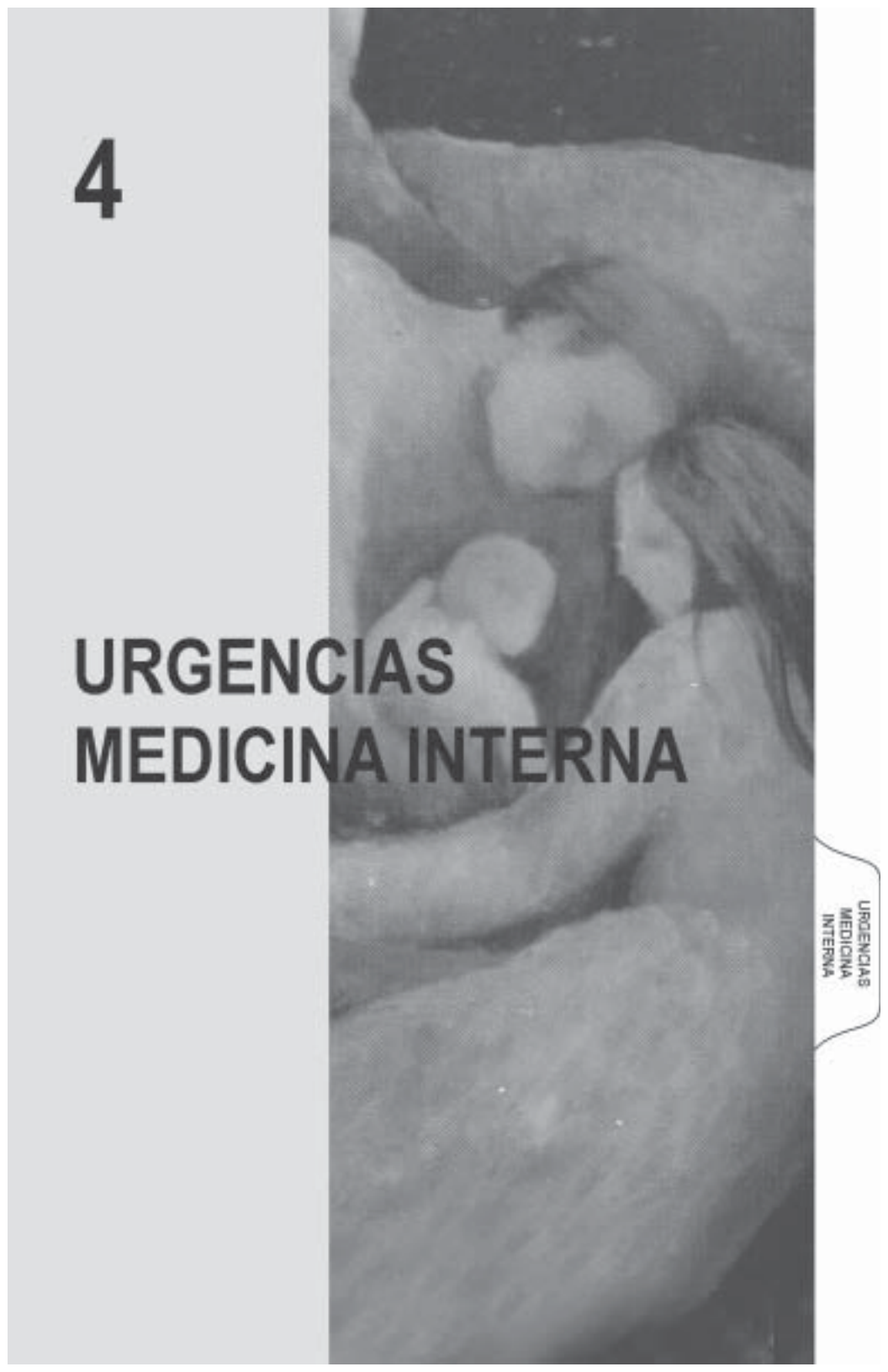
una masa edematosa, rojovinosa, a menudo sangrante y sensible, pudiendo presentar áreas de necrosis.

6.- Es frecuente que los orificios uretral y vaginal queden ocultos por la mucosa prolapsada, y para efectuar el diagnóstico debe observarse el chorro miccional, que emerge del orificio uretral en el centro de la masa.

Cuando la lesión es pequeña y no hay retención urinaria, puede ser beneficioso un corto período de tratamiento con una crema estrogénica. Si se produce retención urinaria que no cede, o si la lesión es necrótica o demasiado grande, está indicada la resección del tejido prolapsado y la inserción de un catéter por 24 horas.

4

**URGENCIAS
MEDICINA INTERNA**

A black and white photograph showing a medical professional, likely a doctor or nurse, examining a patient's arm. The patient is lying down, and the professional is leaning over them, focusing on the arm. The image has a grainy, halftone texture. A speech bubble is located in the bottom right corner of the image.

URGENCIAS
MEDICINA
INTERNA

Urgencias Medicina Interna

Shock Séptico y Sepsis Severa

Criterios clínicos

- Hipertermia o hipotermia
- Taquicardia o hiperventilación e hipoxemia
- Alcalosis respiratoria, con ligera hipoxemia
- Acidosis metabólica.
- Hiperdinamia (taquicardia e hipotensión),.
- Acidosis láctica que lleva a hiperglucemia (fase precoz), e hipoglucemia (fase tardía), hipomagnesemia, hipofosfatemia, hipokalemia, hiponatremia e hipocalcemia.
- Oliguria transitoria,
- - Íleo paralítico,
- Disminución del pH gastrointestinal, y hemorragia digestiva por lesiones de stress.
- Elevaciones de bilirrubina y de las aminotransferasas sericas,
- Leucocitosis, leucopenia o desviación izquierda, trombocitopenia o coagulación subclínica.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Debilidad neuromuscular prolongada (polineuropatía del enfermo crítico)
- Alteraciones del estado mental en forma de confusión(desorientación, letargia, agitación, obnubilación e incluso coma).
- Hipovolemia,(piel fría, oliguria, obnubilación e hipotensión grave.)

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Urea y Creatinina

- Electrolitos
- Tiempos de coagulación
- Examen de orina
- Hemocultivo
- Urocultivo
- Se efectuarán un mínimo de dos hemocultivos, un urocultivo y cultivo de esputo y/o de cualquier otra secreción o producto biológico del paciente que pueda estar infectado.
- Radiología de tórax y abdomen,
- Sonografía Abdominal.
- Tomografía axial computarizada,
- Punción lumbar, según la clínica del paciente.
- Presión Venosa Central.

Manejo

- Mantener las constantes vitales,
- Controlar estrechamente la diuresis
- Vigilar la función respiratoria.
- Medidas generales de soporte.
- Evaluación del ABC (vía aérea, respiración, y circulación).
- Intubación endotraqueal cuando hay alteración del sensorio
- Ventilación mecánica asistida
- **Corregir déficit de volumen**, Infusión con 250 a 2000 cc de cristaloides o 500 cc de coloides. Si el paciente tiene coagulopatía y esta sangrando activamente, el plasma fresco es el coloide de elección, junto con concentrados de hematies.

Utilizar vasopresores, si la hipotensión persiste a pesar del tratamiento de reponer adecuadamente los líquidos, Dopamina (3 a 10 nanogramos / k / min), Noradrenalina (0.03 a 1.5 microgramos / kg / min), Fenilefrina (0.5 a 8 nanogramos / kg / min), Adrenalina (1 a 2 nanogramos /K/ min.)

Tratamiento

- **Drenaje**, ante el hallazgo de cualquier colección
- **Tratamiento antimicrobiano(iniciarse precozmente).**

Crisis Hipertensiva

Urgencia Hipertensiva: Elevación brusca de la presión arterial sin que exista disfunción o daño de los órganos diana. La presión en estos pacientes puede bajar en horas o días.

Emergencia hipertensiva: Situaciones en que la elevación de la tensión arterial produce alteraciones orgánicas o funcionales en los órganos diana del proceso hipertensivo: Cerebro, Riñón, Retina, Corazón y Vasos Sanguíneos, por lo tanto es obligatorio descender la presión arterial en minutos u horas.

Clasificación

- Encefalopatía Hipertensiva.
- Edema agudo de Pulmón.
- Hemorragia intracraneal.
- Cardiopatía isquémica.
- Aneurisma disecante de la aorta.
- Eclampsia.

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Glicemia
- Urea y Creatinina
- Examen de orina
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax PA

Criterios de admisión:

- Todos los pacientes con emergencia hipertensiva.
- Se ingresaran en área de observación a aquellos pacientes, cuya urgencia hipertensiva no se ha controlado con los dos primeros escalones terapéuticos . Igualmente de no ser posible el ingreso a UCI pueden hacerlo en esta área aquellos enfermos con emergencia hipertensiva y buena respuesta inicial al tratamiento.

Manejo de la emergencia hipertensiva

- Canalización venosa periférica con suero glucosado al 5%, iniciando a dosis de mantenimiento a razón de 7 gotas/min
- Monitorización de la tensión arterial y de la frecuencia cardiaca
- Sonda vesical

Tratamiento :

Antihipertensivo

- Descender las cifras de tensión arterial sistólica de 160/170mmHg a 100/110 mmde presión diastólica o/a 120/130 mmHg de tensión media
- Los fármacos antihipertensivos se utilizaran inicialmente de manera aislada y a la dosis más baja recomendada
- Incrementar dosis de no obtenerse respuesta; asociar otros fármacos hipotensores

Tratamiento Urgencia Hipertensiva.

- Captopril sublingual
- Furosemida 20 Mg. Ev

Emergencia hipertensiva

- Nitropusiato de sodio: diluir la ampolla en 250cc de suero glucosado al 5% y se perfunde a velocidad de 7 gotas/min.
- Nitroglicerina intravenosa: diluir 3 ampollas de 5 miligramos en 250 cc de solución dextrosa al 5% y se perfunde a razón de 7 gotas / min. (21cc/hora)
- Enalaprilato a dosis de 1.25 /5 Mg. Cada 6 horas, con un inicio de acción a los 15 minutos
- Hidralacina. En la hipertensión inducida por el embarazo, una dosis de 20 Mg. Por vía intramuscular
- Nifedipina sublingual, 10mg

Tromboembolismo Pulmonar

Criterios clínicos.

- Diseña súbita
- Taquicardia
- Dolor pleurítico
- Hemoptisis
- Cianosis
- Antecedente de inmovilidad

El diagnóstico es eminentemente clínico

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Velocidad de eritrosedimentación
- Glicemia
- Nitrógeno ureico y creatinina
- Tp, TPT
- Electrolitos
- Gases arteriales
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax

Criterios de ingreso

- Sospecha clínica

Tratamiento

- Oxigenoterapia
- Heparina de bajo peso molecular o heparina convencional, 25,00Uds EV en infusión continua en 24 horas ó 10,000 Uds. en bolus y 1,000Uds EV horaria en infusión continua.

Síndrome Coronario Agudo

Angina Inestable.

Se considera angina inestable:

- El primer episodio de angina
- El aumento en el número de episodios y duración de los mismos
- Angina en reposo
- Necesidad de utilizar mayor cantidad de fármacos para el control del dolor
- Angina post infarto
- Angina de Prinzmetal

Criterios clínicos.

- Dolor precordial
- Disnea
- Palpitaciones
- Sudoración fría

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Glicemia
- Examen de orina
- Colesterol
- Triglicéridos
- Sodio y Potasio
- Urea y Creatinina
- Troponina
- CK-MB
- Radiografía de tórax PA
- Electrocardiograma en reposo cada 12 horas

Criterios de ingreso

- Todos los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos

Infarto Agudo del Miocardio

Clasificación

- Sin onda Q sin elevación del segmento ST
- Con onda Q con elevación del segmento ST

Criterios clínicos:

- Dolor precordial de fuerte intensidad irradiado a la espalda, brazo izquierdo, cuello o epigastrio, acompañado de náusea
- Sudoración fría y/o palpitaciones de aparición en reposo o ejercicio de más de 30 minutos de duración y que no cede con la administración de nitroglicerina sublingual

Medios Diagnósticos

- Hemograma Completo
- Glicemia
- Examen de orina
- Colesterol
- Triglicéridos
- Urea y Creatinina
- Sodio y Potasio
- TP-TPT
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax PA
- Ecocardiograma

Diagnóstico

Se fundamenta en la presencia de dos de los siguientes criterios

- 1.- Presencia de dolor típico de acuerdo a las características antes señaladas
- 2.- Hallazgos electrocardiográficos
 - Elevación del segmento ST
 - Ondas Q sugestivas de necrosis
 - Alteración de la onda T
- 3.- Elevación de cualquiera de las enzimas en suero
 - CK total (creatinfosfoquinasa)

- CK-MB (fracción MB de la CK)
 - Troponina I y Troponina T
 - Mioglobina
- 4.- Alteraciones de la movilidad segmentaria en electrocardiograma bidimensional o déficit de radio isótopos

Criterios de Ingreso

- Todos los pacientes deben ser ingresados a la unidad coronaria

Manejo

- Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos
- Oxigenoterapia de 2-4 litros por mascarilla
- Reposo absoluto
- Nada vía oral
- Monitoreo de la presión arterial, Frecuencias Cardíaca
- Canalizar vía venosa

Tratamiento

- Ácido Acetil Salicílico 325-500mg masticado
- Dimetrato de Isosorbide 5mg, sublingual
- Morfina o derivado Nubain
- Copridogrel, 225mg (3 comprimidos de 75 mg VO)
- Atenolol, 25mg c/12 hs VO
- Captopril, 12.5mg c/12 hs VO
- Dimetrato de Isosorbide, 10mg c/6hs VO
- Solución dextrosa al 5% en agua, 1000cc a 14 gotas/ min.
- Heparina de bajo peso molecular o heparina convencional a dosis de 10,00Uds IV de inicio, 1000Uds/h en infusión continua
- Estreptoquinasa, 1.5 millones de unidades disuelta en 100cc de solución fisiológica para administrar durante 1 hora.
- Atorvastatina, 20mg o Sinvastatina 20mg c/24 horas

Síncope

Definición:

Pérdida de la conciencia y del tono muscular, de corta duración, (segundos o minutos) y con recuperación espontánea, secundaria a la disminución o interrupción del flujo cerebral.

Criterios clínicos

- Visión borrosa,
- Náuseas, vómitos,
- Debilidad,
- Diaforesis,
- Acúfenos,
- Palidez, hipotensión,
- Pérdida de la conciencia.

** El diagnóstico del Síncope es eminentemente clínico

Medios diagnóstico

- Hemograma,
- Glicemia,
- Urea, creatinina,
- Electrolitos séricos,
- Gases arteriales.
- Electrocardiograma. .
- Radiografía P.A y lateral de tórax.

Criterios de Ingreso.

- Paciente de riesgo de IAM, ACV o TIA.
- Paciente en riesgo por arritmia maligna, enfermedades cardíacas orgánicas, dolor de pecho, o historia de tomar fármacos pro-arrítmicos.
- Pacientes ancianos, cuando para su manejo lo amerite debido a la causa que lo produce.

Manejo

- Canalizar una vía periférica.
- Posición en decúbito supino o en posición de trendelenburg.
- Vigilar signos vitales.
- Evitar bipedestación prolongada.
- Prescripción de medias elásticas, en el Síncope ortostático.

Tratamiento.

- Trihexifenidilo (Artane MR), 5 mg vía oral cada 8 horas.
- Dihidroergotamina (Tonopan MR), 0.5mg a dosis inicial de 2 grageas para continuar con una gragea cada 6 horas por vía oral.
- **Por valvulopatía** aórtica valorar intervención quirúrgica.
- **Por arritmia;**
- **Por mio-cardiopatía hipertrófica obstructiva:** betabloqueantes como Atenolol 50mg y 100mg; a dosis inicial de 50mg cada 24 horas.EV ó VO
- Bloqueo AV completo,marcapaso

Edema Agudo del Pulmón Cardiogénico

Definición:

Cuadro clínico secundario a insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo con el consiguiente aumento de la presión capilar pulmonar y paso del líquido al espacio intersticial e intra alveolar.

Etiología:

Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica, Cardiopatía Valvular y Congénita, Insuficiencia Cardíaca Izquierda o Derecha.

Criterios Clínicos:

- Disnea Súbita.
- Ortopnea.
- Oliguria.
- Hipotensión o hipertensión dependiendo de la causa
- Sudoración fría
- Crepitantes pulmonares húmedos en marea ascendente,
- Ritmo de galope.

Medios Diagnósticos.

- Hemograma,
- Glicemia,
- Examen de Orina,
- Creatinina,
- Sodio y Potasio.
- EKG de reposo.
- Rx Tórax si las condiciones del paciente lo permiten.

Criterios de Ingreso:

Todos los pacientes deben ser ingresados a una sala de Cuidados Intermedio o a UCI.

Manejo:

- Colocar vía venosa. Sol D-5% a 7 gtas/min.
- Colocar paciente sentado con las piernas colgando.
- Oxígeno al 50% mediante mascarilla.
- Monitorear Presión Arterial.
- Monitorización electrocardiográfica continua.

Tratamiento Farmacológica:

- Nitroglicerina: 20 microgramos / min. Si PA es > 160/90 mmHg.
- Furosemida: 2 amp. de 20 mg EV.
- Morfina: 4mg EV a ritmo de 2 mg/min. Se puede repetir en 10 min.
- Teofilina: Si existe Broncoespasmo a dosis de 3-5 mg/kg de peso.
- Digoxina: Solo cuando existe fibrilación auricular con repuesta ventricular rápida sin hipotensión.
- Dosis: - 0.50 mg dosis inicial.
 - 0.25 mg c/6 horas hasta completar 1.0-1.5 en 24 horas.
- Dopamina: Indicada en el EAP con normotensión cuando no responde a las medidas anteriores. Se inicia con 3 microgramos /kg/ min. hasta 20 microgramos/kg/min.
- Dobutamina: Indicada en ausencia de hipotensión grave cuando persiste la inestabilidad hemodinámica pese a dosis máxima de Dopamina.
- Dosis:5-20 microgramos/kg/min.
- Si hay hipertensión arterial mayor de 160-110 mmHg: Se puede administrar 25 mg de Captopril sublingual.
- Si la presión arterial sistólica es menor de 80 mmHg: Administrar Dopamina en dosis progresiva de 5-20 microgramos/kg/min.

Criterios de Intubación:

- Hipoxemia progresiva a pesar de suplementos de O2 Pa O2 < 50mmHg.
- Acidosis respiratoria. Pa CO2 > 50mmHg y PH < 7.2
- FR > 40 resp/min.
- Bicarbonato de Sodio: Si existe acidosis metabólica PH < 7.2

Formula de administración:

Déficit total CO₃H 0.3 x Kg peso x Exceso de base.

Se administra el 50% solamente en 30 minuto

Pancreatitis Aguda

Definición:

Trastorno inflamatorio de páncreas, con activación intra pancreática de enzimas que también puede afectar al tejido peri pancreático y/o a órganos distantes.

Criterios clínicos

- Hipersensibilidad y defensa en epigástrico; el dolor suele aparecer bruscamente y alcanza su intensidad máxima en 10-30 minutos y se prolonga durante varias horas sin aliviarse.
- Sonidos intestinales hipo activos (por íleo).
- Taquicardia, shock (por disminución del volumen intramuscular).
- Confusión (por anomalías metabólicas).
- Fiebre
- Taquicardia, disminución de sonidos respiratorios (atelectasia, derrame pleural, SDRA).
- Ictericia (por obstrucción o compresión del tracto biliar)
- Ascitis (por desgarro del conducto pancreático, que puede dar lugar a la formación de un pseudo quiste.
- Masa abdominal palpable (seudoquiste, flemón, absceso, carcinoma).
- Evidencia de hipocalcemia (signo de Chevostek, signo de Triusseau).
- Datos de hemorragia intra abdominal (pancreatitis hemorrágica):
 1. Coloración gris-azulada alrededor del ombligo (signo de Cullen).
 2. Coloración azulada en los flancos (signo de Grey-Turner).

Nódulos subcutáneos dolorosos (por necrosis grasa subcutánea.

Medios diagnóstico

Enzimas pancreáticas

- Aumento de amilasa, por lo general durante los 3-5 primeros días de pancreatitis aguda.

- La lipasa sérica aumenta en la pancreatitis aguda La elevación de la relación lipasa amilasa sugiere pancreatitis alcohólica.
- Recuento sanguíneo completo: revela leucocitosis; el hematocrito puede aumentar inicialmente por hemoconcentración; la disminución del mismo puede indicar hemorragia o hemólisis.
- El nitrógeno ureico sanguíneo aumenta como consecuencia de la deshidratación
- Glucemia elevada en un paciente con cifras previas normales relacionado con la mayor liberación de glucógeno.
- Las Pruebas de función hepática: la AST y la LDT aumentan debido a la necrosis; la bilirrubina y la fosfatasa alcalina pueden estar elevadas por la obstrucción de conducto biliar común.
- Gasometría arterial: la Pao₂ puede disminuir por SDRA, derrame pleural; el pH por acidosis láctica, acidosis respiratoria e insuficiencia renal.
- Electrolitos séricos: el potasio puede aumentar por acidosis o insuficiencia renal y el sodio puede elevarse por deshidratación.
- La radiografía simple de abdomen es útil para descartar otros procesos capaces de imitar a la pancreatitis (perforación de una víscera); puede revelar íleo localizado (asa centinela), calcificaciones pancreáticas (pancreatitis crónica), dilatación del colon transversal o cálculo biliar calcificados
- La radiografía de tórax puede mostrar elevación de uno o ambos hemidiafragmas, derrame pleural, infiltrados basales y atelectasias laminares.
- La ecografía abdominal es útil para detectar cálculos biliares. También para detectar pseudoquistes pancreáticos.
- La TC es superior a la ecografía para identificar la pancreatitis y definir su extensión y también en el diagnóstico de los pseudoquistes. La TC secuencial intensificada con contraste es útil para detectar necrosis pancreática.

MANEJO Y TRATAMIENTO

- Canalizar vía venosa e Hidratar
- Nada vía oral
- Sonda Nasogástrica

Urgencias en Medicina Interna

- Control de dolor: los analgésicos orales pueden causar espasmo del esfínter de Oddi (es posible que la Meperidina provoque menor constricción que los otros analgésicos).
- Corrección de las anomalías metabólicas (p. ej. Sustitución de calcio y magnesio, según sea necesario).
- No deben administrarse antibióticos i.v. profilácticos; su administración está justificada en pacientes con evidencia de septicemia, absceso pancreático o pancreatitis secundaria a cálculos biliares.

Intoxicación Bacteriana por Alimentos

Definición:

La intoxicación alimentaria es una afección causada por la ingestión de alimentos contaminados con bacterias y/o toxinas bacterianas

Clasificación

- Inflamatoria (invasiva)
- No inflamatoria:
 - **No inflamatoria:** B. Céreus, S. áureas, C. botulinum, C. perfringens, V. cholerae, E. coli enterotoxigénico (ECET) y E.coli enterohemorrágico (ECEH); microorganismos productores de toxinas no invasivos; no se observan leucocitos en las heces.
 - **Inflamatoria:** Campylobacter, E.coli enteroinvasivo (ECEI), Salmonella, Shigella, V. parahaemolyticus y Yersinia; la enfermedad se debe a invasión del tejido intestinal; se observan leucocitos en las heces.

Criterios clínicos

- Combinación de síntomas gastrointestinales y fiebre.

Medios diagnósticos

- Examen de heces para leucocitos
- Remitir muestras de heces para cultivo y examen de huevos y parásitos.
- Muestras de heces para determinar toxina de C. Difícil si existe toma actual o reciente de antibióticos.
- Si se sospecha botulismo, remitir muestras de alimento, suero y heces para determinación de toxinas.
- Hemocultivos (si hay fiebre)

Manejo y Tratamiento

- Hidratación adecuada
- Sulfametoxazol-trimetoprim, una tableta de doble concentración 2 veces al día durante 3 días
- Ciprofloxacino, 500 mg v.o. 2 veces al día durante 3 días.
- Doxiciclina 100 mg v.o. 2 veces al día durante 3 días
- Sulfametoxazol-trimetoprim, una tableta de doble concentración 2 veces al día durante 3 días.
- En la gastroenteritis por Salmonella el tratamiento antimicrobiano no está indicado. Los pacientes con riesgo elevado de bacteriemia pueden ser tratados durante 48-72 horas (V. Salmonelosis)
- La shigelosis tiende a ser una enfermedad autolimitada, los antibióticos acortan el curso de la enfermedad y pueden limitar la transmisión (v. Shigelosis)
- Los pacientes con diarrea moderada o intensa por Campylobacter pueden beneficiarse con el tratamiento:
 - Eritromicina, 500 mg v.o. 4 veces al día durante 5 días
 - Ciprofloxacina, 500 mg. v.o. 2 veces al día durante 2 semanas
- Si se sospecha botulismo, hay que administrar antitoxina lo antes posible (v. Botulismo)
- La mayoría de las infecciones son autolimitados y no requieren tratamiento
- Las complicaciones graves son posibles en pacientes inmunocomprometidos o con enfermedades subyacentes.

Intoxicación por Organos Fosforados

Criterios clínicos:

- Exposición al tóxico
- Olor al tóxico
- Alteración del estado de conciencia desde confusión al coma
- Náuseas, vómitos, cefalea
- Diarrea
- Hipersecreciones
- Disartria
- Fasciculaciones
- Miosis intensa
- Bradicardia

Medios diagnóstico

- Hemograma completo
- Urea y creatinina
- Electrolitos
- Examen de orina
- Determinación de colinesterasas (baja)
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma

Criterios de ingreso

- Signos de intoxicación moderada ó severa

Manejo y Tratamiento

- Nada vía oral
- Sonda nasogástrica
- Sonda Folley
- Monitorización
- Toma de vía endovenosa
- Baño del paciente
- Lavado gástrico (dependiendo del caso)
- Vía aérea permeable
- Atropina 0.4-2mg c/15min (vigilar signos de atropinización)
- Pralidoxina en las primeras 6 horas 1gramo en 250cc de solución glucosada al 5%, después de atropinizado el paciente

Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Definición

Es la incapacidad del corazón de satisfacer las demandas metabólicas de los tejidos y en caso de hacerlo es a expensas del aumento de su presión de llenado.

Clasificación

- Derecha
- Izquierda
- De Gasto Alto
- De Gasto bajo
- Anterograda
- Retrograda
- Diastólica /sistólica
- Aguda Crónica

Criterios Clínicos

- Presencia de Disnea
- Ortopnea
- Disnea Paroxística Nocturna
- Edema de Miembros Inferiores
- Taquicardia
- Tercer Ruido del Corazón
- Tos
- Cardiomegalia
- Hipertensión venocapilar
- Pulmonar
- Crecimiento del VI y sobrecarga sístole / diastólica
- Cardiomegalia y datos de disfunción sistolo- diastólica.

Medios Diagnósticos

- Radiografía de tórax PA
- Ecocardiograma
- Electrocardiograma

Criterios de Ingreso

Todos los pacientes con signos de descompensación aguda.

Tratamiento

El tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca va dirigido a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Manejar adecuadamente Los factores pre disponentes.

Control efectivo del estado de fallo cardíaco.

- 1) Reducción de sobredosis de trabajo cardíaco.
Reposo físico y emocional.
Reducir la obesidad.
Terapia vasodilatador
- 2) Mejorar la función de bomba cardíaca.
Glucósidos digitálicos.
Drogas simpático miméticas.
Marcapaso.
- 3) Control de la retención excesiva de sal y agua.
Dieta baja en sodio.
Diuréticos.
Otros: Diálisis.
- 4) Oxigenoterapia.

Tratamiento Farmacológico.

Diuréticos de ASA:

Furosemida: dosis 20-1000 mgr. I.V.

Las dosis respuesta está en relación con los niveles de excreción urinaria y la frecuencia en la excreción de sodio.

Digitálicos:

Digoxina: dosis de 0.75-1 mgr I.V.

Dosis mantenimiento: 0.25 a 0.5 mg V.O- IV.

Vasodilatadores:

Nitroglicerina: Dosis 25-500 mg/min IV, 5-60 mgr transdermica.

Dinitrato de Isosorbide: Dosis 5-20mg SL cada 2 horas, 10-60 mg V.O cada 4 horas.

Nitroprusiato: Dosis 5-150 mg/IV.

IECA

Captopril: Dosis 6.25-25 mg C/6-8 horas VO.

Enalapril: Dosis de 2.5 mg C/8 horas a 15 mg C/12 horas V.O.

Lisinopril: Dosis de 5-40 mg C/8 horas V.O.

Hidralazina: Dosis de 10-100mg C/6 horas V.O.

Agentes Inotrópicos No Glucósidos.

Dopamina.

Dobutamina.

Betabloqueantes.

Carvedilol: 6.25 mg V.O C/12-24 horas.

Bisoprolol: 2.5 mg V.O C/ 24 horas.

Anticoagulantes y Antiagregantes Plaquetario.

Fraxiparine: 0.3-0.6 ml S.C C/12-24 horas.

Clexane: 40 mg S.C C/ 24 horas.

Aspirina: 305 mg V.O C/24 horas. Oxigenoterapia: 4-6 litros por min.

Insuficiencia Cardíaca Congestiva Con Descompensación Aguda.

Aumentar la dosis de Furosemida.

Si la TA sistólica es menor de 90 mmHg, - Administrar Dopamina a razón de 3-20 mg/kg/min.- Agregar Nitroprusiato de Sodio a razón de 10-300 mg/min.

Si la TA sistólica es mayor de 90 mmHg, - Nitroprusiato de Sodio a razón de 10-300 mg/min. – Si la presión sistólica se mantiene o está por encima de 90 mmHg, - Administrar Dobutamina 20-50 mg/kg/min.

Después de 24-48 horas se inicia la terapia oral, con Captopril 6.25-25 Mg., tid ó Hidralazina 100mg, tid ó Dinitrato de Isosorbide 40-60 mg C/ 4-6 horas.

Hipertensión Arterial

Definición

Es la presencia de niveles de presión arterial iguales o superiores a 140/90 mmHg de forma sostenida, o la necesidad de utilizar tratamiento antihipertensivos.

Clasificación:

1) De acuerdo a la etiología:

- a) Primaria.
 - b) Secundaria.
- ### 2) De acuerdo a los niveles:
- a) Presión normal.
 - b) Presión normal alta.
 - c) Hipertensión estadio I.
 - d) Hipertensión estadio II.
 - e) Hipertensión estadio III.
 - f) Presión sistólica aislada.
- ### 3) De acuerdo a los factores de riesgo:

Grupo A: Menos de dos factores de riesgo que no sea diabetes.

Grupo B: Más de dos factores de riesgo que no sean D.M.

Grupo C: Uno o más factores de riesgo que incluyen la diabetes.

Criterios Clínicos:

Generalmente no da síntomas aunque algunos pacientes podían referir cefalea, mareo y nauseas.

Medios Diagnósticos

- Medición correcta de la presión arterial y la demostración de niveles iguales o mayor de 140/90mmHg las dos o tres tomas en momentos diferentes.
- Hemograma Completo
- Glicemia en ayuna,
- Examen de orina
- Urea – Creatinina
- Colesterol, triglicéridos, LDL – HD

Urgencias en Medicina Interna

- Sodio y Potasio.
- Electrocardiograma de reposo.
- Radiografía de Tórax P.A.

Criterios de Ingreso:

Emergencias y Urgencias Hipertensivas:

- Encefalopatía hipertensiva.
- Edema agudo del pulmón.
- Eclampsia.
- Crisis de Feocromocitoma.
- Glomérulo nefritis aguda.
- Crisis de supresión de la clonidina.
- Hipertensión incontrolable.
- ACV. - Síndrome coronario agudo.

Tratamiento No Farmacológico:

- 1) Modificar estilo de vida.
- 2) No fumar.
- 3) Disminuir el consumo de sal en la dieta.
- 4) Practicar actividad física rutinaria.
- 5) Bajar de peso.
- 6) Disminuir el consumo de alcohol.
- 7) Aumentar el consumo de frutas, vegetales y alimentos ricos en potasio.
- 8) Disminuir el consumo de grasas.

Si las medidas no farmacológicas no reducen a niveles normales la PA se inicia tratamiento farmacológico. Paciente con lesiones de órganos diana o con diabetes, deben recibir tratamiento farmacológicos junto a las medidas generales.

Tratamiento Farmacológico:

1) Diuréticos: Iniciar tratamiento con bajas dosis de diuréticos. Hidroclorotiazida 25mg. / Clortalidona 50mg.

Si HAS en estadio II – III se puede iniciar con Betabloqueadores ó IECA ó CCB.

2) Si luego de 6 semanas de tratamiento:

- a) La presión se normaliza continuar tratamiento igual.
- b) Presión se reduce pero no a lo normal se aumenta la dosis del medicamento o se combina con otro a baja dosis.
- c) Si PA igual que en la evaluación inicial, cambia por otra droga de efecto farmacológico diferentes

DROGAS

RANGO DE DOSIS

Diuréticos

Hidroclorotiazoda	25-50 mg / día
Clortalidona	50 mg / día

Betabloqueadores

Atenolol	25-100 mg / día
Metropolol	25-100 mg / día

Inibidores

Enalapril	5-10 mg dos veces al día
Lisinopril	5-10 mg dos veces al día
Captopril	25-50 mg tres veces al día

Antagonistas del Calcio

Amlodipina	5-10 mg C/24 horas
Nifedipina	20-30 mg C/8-12 horas
Nitrendipina	10-20 mg C/12 horas
Felodipina	5-10 mg C/24 horas

Antagonista de Los Receptores de Angiotensina

Ibersatan	150-300 mg C/24 horas
Candesartan	8-16 mg C/24horas

Complicaciones:

- Hipertrofia del Ventriculo Izquierdo.
- Insuficiencia Cardíaca.
- Insuficiencia Renal.
- Accidente Cerebro Vascular.
- Vasculopatía Arterial Periférica.

Cardiopatía Isquémica. Angina Estable

Definición

Presencia de dolor precordial de origen coronario, retro esternal, irradiado a la espalda, el cuello, el epigastrio o el brazo y hombro izquierdo, de menos de 20-30 minutos de duración que se desencadena con el esfuerzo físico y desaparece con el reposo o la administración de Nitroglicerina sublingual.

Criterios clínicos

- Dolor precordial acompañado en ocasiones de Palpitaciones,
- Disnea, Puede existir solo disnea como equivalente anginoso
- Sudoración fría.

Clasificación Funcional.

- I. La actividad física ordinaria, como caminar o subir escaleras, no provoca angina. Puede aparecer angina con el ejercicio extenuante, o rápido, tanto en el trabajo como en actividades de ocio.
- II. Ligera limitación de las actividades ordinarias. Aparecen síntomas al caminar o subir escaleras de prisa, caminando en una pendiente cuesta arriba, al caminar o subir escaleras después de las comidas, en ambiente frío, con viento, o bajo situaciones de estrés emocional, o solamente pocas horas después de levantarse de la cama. Aparecen síntomas caminando más de dos manzanas en llano, o subiendo más de un piso de escaleras en condiciones normales y a un paso normal.
- III. Marcada limitación de las actividades físicas ordinarias. Aparecen síntomas al caminar de una a dos manzanas en llano y al subir más de un piso de escaleras en condiciones normales.
- IV. Incapacidad de realizar actividad física, sin la aparición de síntomas, puede aparecer dolor anginoso en reposo.

Presentación Clínica de Los Síndromes de Angina Estable.

- **Angina de Esfuerzo:** Angina durante niveles predecibles de esfuerzo o durante el estrés emocional (isquémica por aumento de la demanda).
- **Angina con Adaptación al Ejercicio:** Angina al inicio del ejercicio, que remite al continuar con el ejercicio (isquemia por reducción en el aporte).
- **Angina Vaso espástica:** Angina de reposo, no provocada por el ejercicio (Isquemia por reducción en el aporte).
- **Angina Nocturna:** Angina que ocurre poco después de costarse, al adoptar la posición de decúbito (isquemia por aumento de la demanda).
Angina que ocurre varias horas después de acostarse (isquemia por reducción en el aporte).
- **Angina Post prandial :** Angina que ocurre durante o poco después de la comida (isquemia por aumento de la demanda y por reducción en el aporte).
- **Síndrome X:** Angina de esfuerzo (vaso dilatación coronaria anormal durante el ejercicio) o vasoconstricción en respuesta a determinados estímulos en presencia de arterias epicárdicas angiográficamente normales.

Medios diagnósticos:

- ElectroCardiograma: puede ser normal, fuera de los episodios del dolor y durante los mismos podrían aparecer ondas T negativas y simétricas o altas picudas y simétricas.
- Prueba de Esfuerzo convencional: en la cual si es positiva pueden reproducirse los hallazgos clínicos o pueden presentarse infradesnivel del segmento ST-T de 1-2mm.
- Cateterismo Cardíaco: Comprobación del lugar y grado de obstrucción coronaria

Criterios de Ingreso.

Persistencia del dolor pese al tratamiento convencional.

Tratamiento:

- 1) Nitroglicerina 2.5 – 5.0 mg sublingual para los episodios de dolor.
- 2) Atenolol 25mg C/12h. vía oral.
- 3) Nitroglicerina 10mg C/6h via oral.
- 4) Acido Acetil Salicilico 325mg C/24h.
- 5) Atorvastatina o simvastatina 20mg. C/24 h via oral (8pm).

El tratamiento intervencionista depende de los hallazgos de la coronariografía.

Angina Inestable

Síndrome Coronario Agudo

Definición

Presencia de dolor torácico o su equivalente (disnea, etc.) de origen coronario.

Se Considera Angina Inestable:

- 1) El primer episodio de Angina.
- 2) El aumento en el número de episodios y duración de los mismos.
- 3) Angina en reposo.
- 4) Ante la necesidad de utilizar la mayor cantidad de fármacos para el control del dolor.
- 5) Angina post-infarto.
- 6) Angina de Prinzmetal.

Criterios clínicos

- Dolor precordial,
- Disnea,
- Palpitaciones,
- Sudoración fría.

Criterios de Ingreso.

- Todos los pacientes con alta probabilidad deben ser ingresados en la unidad de cuidados coronarios.
- Los pacientes con probabilidad intermedia pueden ser ingresados en sala de cuidados intermedios
- Los pacientes con baja probabilidad pueden ser observados por 24 horas.

Clasificación:

Clase I

Angina acelerada, severa o de reciente aparición.

Pacientes con angina de menos de 2 meses de duración, angina severa o que aparece tres o más veces al día, o la angina que es

característicamente más frecuente y se ve desencadenada con menos esfuerzo; no existe dolor en reposo en los últimos 2 meses.

Clase II

Angina de reposo; subaguda.

Paciente con uno o más episodios de angina de reposo durante el mes anterior pero no dentro de las 48 h previas.

Clase III

Angina de reposo; aguda.

Pacientes con un episodio o más de reposo en las 48 h previas.

Criterios clínicos

Clase A

Angina inestable secundaria.

Existe una enfermedad claramente identificada que es extrínseca al lecho vascular coronario y que ha intensificado la isquemia miocárdica; por ejemplo, anemia, infección, fiebre, hipotensión, taquiarritmia, tirototoxicosis, hipoxemia secundaria a insuficiencia respiratoria.

Clase B

Angina inestable primaria.

Clase C

Angina inestable postinfarto (aparición a las 2 semanas de un infarto demostrado).

Medios diagnósticos

- ECG en reposo C/12 horas.
- Radiografía de Tórax PA.
- Hemograma, Glicemia, Orina, Colesterol, Triglicéridos, Creatinina, Sodio y Potasio.
- Troponina, CK-MB C/8 horas.
- Ecocardiograma Bidimensional. Con / sin desviaciones transitorias del segmento ST o cambios en la onda T.

Tratamiento.

1) Medicamentos Generales:

- a) Reposo.
- b) Dieta suave
- c) Laxantes.
- d) Canalizar con D-5% en agua.
- e) Monitorear PA y FC.

2) Medicamentos en emergencias.

- a) Nitroglicerina sublingual para el dolor.
- b) Heparina de bajo peso molecular.
- c) Nadoparina 0.6 ml C/12h. S.C.
- d) Atenolol 25mg C/12h vía oral.
- e) Acido acetil salicilico 325mg C/24 h.
- f) Nitroglicerina vía EV.
Dosis: 5 – 10 Microgramos / minuto Infusión continua.
- g) Atorvastatina 20mg C/24h. (8pm vía oral).
- h) Nitratos. Dinitrato de Isosorhide 10mg. C/6h. o mononitrato de Isosorhide 20mg C/24 h.

Nota:

- a) A los pacientes de alta probabilidad y dolor resistente al tratamiento convencional deben realizarse cateterismo cardiaco.
- b) Los pacientes que no toleran el bloqueador beta pueden recibir verapamil o diltiazem.
- c) Los pacientes que no toleran la aspirina deben recibir 3 comprimidos de 75mg de cloridogril en una sola toma o ticlodipina.
- d) Los pacientes con presión arterial alta deben recibir su tratamiento convencional.

Infarto Agudo al Miocardio

Definición:

Cualquier cantidad de necrosis del músculo cardiaco provocada por oclusión de las arterias coronarias.

Clasificación.

Sin onda Q

Sin elevación del segmento ST.

Con onda Q

Con Elevación del segmento ST.

Criterios clínicos

- Dolor precordial de fuerte intensidad irradiado a la espalda, brazo izquierdo, cuello o epigástrico, acompañados de :
- Náusea,
- Sudoración fría y/o palpitaciones de aparición en reposo o ejercicio de más de 30 minutos de duración y que no cede con la administración de nitroglicerina sublingual.

Medios diagnóstico:

- ECG de 12 derivaciones.
- Radiografía de Tórax PA.
- Ecocardiograma
- Hemograma completo
- Glicemia,
- Orina,
- Colesterol,
- Triglicéridos,
- Urea y Creatinina,
- Sodio
- Potasio.

Diagnóstico:

- 1) Presencia de dolor típico de acuerdo a las características antes señaladas.
- 2) Hallazgos electrocardiograma:
 - Elevación del segmento ST.

- Ondas Q sugestiva de necrosis.
 - Alteraciones de la onda T.
- 3) Elevación de cualquiera de las enzimas en suero:
 - CK total (creatin fosfoquinasa).
 - CK-MB (fracción MB de la CK).
 - Tropanina I y tropanina T.
 - Mioglobinas.
 - 4) Alteraciones de la movilidad segmentaria en el ecocardiograma bidimensional o déficit de radio isótopos.

Manejo:

- 1) Ingreso en UCI.
- 2) Oxigenoterapia a 2 – 4 lts/vía por mascarilla.
- 3) Reposo absoluto.
- 4) Nada por boca por 12 horas.
- 5) Monitoreo de PA y FC y oximetría.

Tratamiento:

Medidas de Urgencia:

- 1) Acido acetil salicilico 325 – 500 mg. masticado.
- 2) Dinitrato de isorbide 5mg sublingual.
- 3) Cloruro morfico 2 – 5mg y EV. Repetir cada 5 – 10 minutos en caso necesario sin pasar de 10-12 mg.
- 4) Clopidogril 225mg (3 comp. De 75mg vía oral.

Criterios de Ingreso.

Todos Los pacientes deben ser ingresados a la unidad de coronaria.

- 1) Presencia de dolor torácico menos de 12 horas.
- 2) Elevación del segmento ST igual o mayor de 1.0 – 1.5mm en dos o más derivaciones contiguas a una misma cara del corazón.
- 3) No contraindicación para el uso de trombolíticos

Tratamiento Médico:

1. Atenolol 25mg C/12h vía oral.
2. Captopril 12.5mg C/12h vía oral.
3. Dinitrato de isasorbide 10mg C/6h vía oral.

Urgencias en Medicina Interna

4. Solución D-5% en H₂O 1,000 cc a 14 gts/min.
5. Nardoparina o enoxaparina sódica. Dosis: 0.6 ó 80mg C/12h S.C.
ó Heparina 10,000 unds EV y luego 1,000 unds por hora en infusión continua
6. Estreptoquinosa: 1.5 millones de unidades disueltas en 100cc. De solución fisiológica para administrar durante 1 hora. Atorvastatina: 20mg o sinvastatina 20mg C/24h vía oral (8pm).
7. Aspirina: 325mg C/24h vía oral.

Disnea Aguda

Definición:

Se trata de una respiración anormal dificultosa, con la percepción de mayor trabajo respiratorio, que se instaura en un breve periodo de tiempo y que puede aparecer en reposo o tras una leve o moderada actividad física.

Clasificación.

"Grado Disnea"

- | | |
|------------|---|
| Clase I: | Ausencia de síntomas con la actividad habitual. |
| Clase II: | Síntomas con actividad moderada. |
| Clase III: | Síntomas con escasa actividad. |
| Clase IV: | Síntomas en reposo. |

Criterios clínicos.

- Disnea acompañada de inestabilidad hemodinámica
- Insuficiencia respiratoria

Se deben ingresar todos los pacientes, independientemente del proceso causante de la misma.

Medios diagnósticos

- Radiografía de Tórax.
- Electrocardiograma.
- Gammagrafía pulmonar.
- Ecocardiograma.
- TAC torácico.
- Hemograma.
- Gases arteriales.

Manejo:

- Oxigenoterapia.
- Tratar la patología de base.

Trastorno del Equilibrio Hidrosalino

Definición

Deshidratación con depleciones relativamente puras de agua que cursan con hipernatremia.

Criterios clínicos

Oscilan desde formas asintomáticas, hasta alteraciones profundas del nivel de conciencia y fracaso multiorgánico, si la depresión de volumen se acompaña de hiponatremia o hipernatremia, aparecerá sintomatología derivada de la alteración de la osmolaridad plasmática que conlleva.

Medios diagnósticos

- Hemograma completo. El hematocrito suele estar elevado por la hemoconcentración.
- Urea, creatinina
- Glucosa,
- Calcio,
- Proteínas totales y osmolaridad.
- Examen de orina
- Gases arteriales
- Electrolitos

Criterios de ingreso

- Depleción hidrosalina moderada con intolerancia oral.
- Depleción hidrosalina grave, considerándose como tal aquella que provoca repercusión hemodinámica, alteración de nivel de conciencia, insuficiencia renal y/o acidosis metabólica.

Manejo:

- Tensión Arterial.
- Frecuencia Cardíaca.
- Diuresis.

Tratamiento:

Depleción leve

Sin intolerancia oral, aumento de la ingesta oral de agua y electrolitos, para ello es necesario ingerir 3 litros de agua y 8 a 13g de sal al día.

Depleción Moderada con Intolerancia General.

Administración de suero salino fisiológico, a razón de 3 litros en 24 horas. Corrección de las alteraciones crónicas.

Depleción grave.

Administración suero fisiológico a razón de 500 a 1,000 mililitros por hora, durante las dos primeras, continuar con suero fisiológico por vía intravenosa a la dosis mínima de 3 litros por día.

Tratamiento de la causa descendente.

Corrección de las alteraciones electrolitos.

Hiponatremia

Definición:

Existe hiponatremia cuando la concentración plasmática de sodio es <130 MEG/L.

Clasificación.

- Hiponatremia asociada a depleción de volumen extracelular.
- Hiponatremia con sobrecarga de líquido extracelular y edema.
- Hiponatremia con isovolemia.

Criterios clínicos

- Confusión
- Anorexia
- Letárgia
- Vómitos
- Convulsiones

La gravedad de los síntomas viene determinada por la rapidez de instauración de la hiponatremia y por su intensidad.

Medios diagnóstico

- Bioquímica sanguínea que incluya
- Urea, creatinina,
- Glucosa,
- Electrolitos
- Calcio
- Proteínas totales y osmolaridad.
- Hematometría completa .
- Examen de orina
- Radiografía P.A y lateral de tórax; simple de abdomen.

Criterios de Ingreso.

Ingresaran siempre en área de observación, todos los pacientes que presenten hiponatremia moderada (Na = 115-125 meg/l), de etiología

desconocida, o lo que cursen con hiponatremia grave.

En la hiponatremia leve la indicación de ingreso depende de las patologías subyacentes.

Tratamiento.

El tratamiento depende de la gravedad y del volumen extracelular existente.

Hiponatremia grave ($\text{Na} < 115 \text{ meq/l}$) y/o síntomas neurológicos acompañantes:

- El tratamiento se realizará en el área de observación, con mediación de diuresis horaria y si es necesario, de la presión venosa central.
- Suero salino hipertónico, al 3% para ello se diluyen 120 ml de ClNa al 10% (12 ampollas) en 400 ml de suero fisiológico (0.9%).

Hipernatremia

Definición:

Cuando el sodio plasmático es >145 meq/l, lo que conlleva a un aumento de la osmolaridad plasmática que estimula los receptores fisiológicos, produciendo sed como mecanismo defensor.

Clasificación.

- Hipernatremia con hipovolemia.
- Hipernatremia con hipervolemia.
- Hipernatremia con isovolemia.
- Hipernatremia grave. Cuando las concentraciones de sodio sean <160 meq/l.

Criterios clínicos

- Inquietud
- Irritabilidad
- Letárgia.
- Contracturas musculares,
- Convulsiones
- Coma.
- Hemorragias cerebrales.

La sintomatología neurológica es secundaria a la deshidratación celular. La hipernatremia grave aguda (>160 meq/l), puede producir sintomatología focal neurológica secundaria

Medios diagnósticos:

- Hemograma completo
- Electrolitos
- Glucosa,
- Urea, Creatinina,
- Calcio,
- Proteínas totales y osmolaridad.
- Examen de orina

Tratamiento.

- Corrección del déficit relativo o absoluto de agua:
Déficit de agua (litros) = $[(Na \text{ actual} / Na \text{ deseado}) \times ACT] - ACT$.
ACT = agua corporal total = x peso corporal al déficit resultante
hay que añadirle las pérdidas mínimas diarias de agua, estimadas en ml/día.
- La mitad del déficit calculado se administrará en las primeras 24 horas y la otra mitad en las 48 horas siguientes. Esta reposición se hará en forma de suero glucosado al 5%, aunque si la hiperosmolaridad es muy intensa, puede ser necesario el empleo de suero salino hipotónico.
- La corrección lenta de hipernatremia se hace con el fin de prevenir el edema cerebral.

Corrección de la Volemia.

Si existen síntomas secundarios a la hipovolemia, iniciaremos la infusión de líquido con suero salino isotónico (fisiológico), hasta corregir la volemia si existe insuficiencia renal puede ser necesaria la hemodiálisis.

Hipopotasemia

Definición:

Cuando la concentración plasmática de potasio es <3.5 meq/l.

Criterios clínicos

- Parestesia
- Debilidad
- Hiperreflexia
- Ileo paralítico
- Arritmias
- Hipersensibilidad a la acción tóxica de los digitálicos.
- Predominan los síntomas musculares

Medios diagnósticos

- Hemograma completo
- Glucosa
- Urea, Creatinina
- Electrolitos
- Calcio
- Proteínas totales.
- Examen de orina
- Gases arteriales
- ECG

Tratamiento.

- **Hipopotasemia leve** ($x=3-3.5$ EG/L): Es suficiente la suplementación dietética con alimentos rico en potasio como los zumos de frutas, si existe intolerancia oral administramos CLK, se administrará en perfusión continua no superando Los 20 MEG/ hora ni realizando diluciones superiores a 60 MEG/L.
- **Hipopotasemia moderada** ($k=2.5$ -MEG/L): Si existe intolerancia oral se administra CLK por vía intravenosa. Si no existe intolerancia oral administrativa junto a una dieta rica en potasio, sales de potasio por vía oral a dosis de 20-25 MEG/8 horas: Gluconato potásico; Citrato potásico.
- **Hipopotasemia grave** ($K<2.5$ MEG/L): Se administra cloruro potásico intravenoso diluido preferiblemente en suero fisiológico.

Crisis Convulsivas

DEFINICIÓN:

Estado epiléptico se refiere a >30 min de: 1) actividad convulsiva continua o 2) dos o más ataques secuenciales sin recuperación completa de la conciencia entre los mismos.

Criterios clínicos

- Los signos dependen de la etiología subyacente y de la duración
- Las crisis convulsivas pueden evolucionar hacia movimientos sutiles faciales u oculares, o hacia un aspecto de coma, a pesar de la actividad convulsiva electroencefalográfica continuada.

Medios clínicos

- Hemograma completo
- Electrolitos,
- Urea y creatinina,
- Gasometría arterial,
- Glucosa,
- Examen de orina.
- Punción lumbar en niños, con fiebre y adultos en los que se sospeche meningitis.
- Se recomienda TC lo antes posible una vez controladas las convulsiones.

Tratamiento en urgencias

- Administrar oxígeno con cánula nasal.
- Mantener la presión arterial
- Mantener la temperatura corporal
- Controlar el ECG
- Obtener acceso i.v.

Tratamiento a corto plazo

- Tiamina, 100 mg i.v.m y glucosa, 50 mg D50 en bolu i.v. (2 ml/kg D25 en niños), a no ser que exista hiperglucemia.

Urgencias en Medicina Interna

- Lorazepam, 0.1 mg/kg i.v. a 2 mg/min.
- Si las convulsiones persisten, fosfenitoína, 20 mg/kg i.v. a 150 mg/min (si no está disponible, aplicar fenitoína, hasta 50 mg/min según tolerancia).
- Si las convulsiones persisten, consulta neurológica urgente.

Cefalea de Tensión

Definición

La cefalea de tensión dolor, que dura entre 30 minutos y 7 días, sin náuseas ni vómitos y con al menos dos de las características siguientes: dolor con carácter opresivo o de tirantez, intensidad ligera o moderada, localización bilateral y no agravamiento con la actividad física habitual

Criterios clínico

- Dolor cefalico opresivo
- Intensidad ligera o moderada
-

Medios diagnóstico

- Cualquier cefalea de comienzo reciente, requiere historia clínica y exploración física concienzudas.
- Estudios de diagnóstico por imagen para descartar anomalías intracraneales: radiografía de cráneo.
- TC y/o RM, para excluir patología intracraneal como causa de la cefalea de comienzo reciente.

Diagnóstico diferencial

- Jaqueca
- Enfermedad de la columna cervical
- Masa intracraneal
- Hipertensión intracraneal idiopática.
- Cefalea por rebote debida al agudo de analgésicos

Tratamiento no farmacológico

- Relajación. Ejercicios de estiramiento
- Calor.Masaje

Enfermedad Ulcera Péptica

Criterios Clínicos:

- Historia clínica (aunque un porcentaje de pacientes es asintomático)
- Síndrome Ulceroso Típico: epigastralgia ardorosa, con ritmo, periódico y cronicidad.

Medios Diagnósticos

- Endoscopia digestiva
- Hemograma
- Glicemia
- Leucograma
- Nitrogeno Ureico, Creatinina
- Radiografía de abdomen simple que evidencia aire sub-diafragmático
- En ausencia de Gastroscopio: Serie gástrroduodenal con fluoroscopia

Criterios de Ingreso:

- Sangrado digestivo alto
- Penetración o perforación
- Síndrome pilórico
- Resistencia al tratamiento médico
- Degeneración o sospecha de cáncer Gástrico
- Grupos sanguíneos raros
- Shock
- Epigastralgia persistente a pesar del tratamiento ambulatorio o causado por factores ambientales (stress, trabajo, familiar, etc.)

MANEJO Y TRATAMIENTO				
DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	GABINETE	TRATAMIENTO
1	<p>*Dieta antiulcerosa de 6 tiempos</p> <p>*Signos por turno</p> <p>*Reposo relativo.</p>	<p>*Hemoglobina</p> <p>*Hematocrito</p> <p>*Leucograma</p> <p>*Glicemia</p> <p>*Nu, Creat.</p> <p>*Guayaco en heces seriado</p>	<p>*Gastroscoopia con biopsia Gástrica</p> <p>*US de Abdomen según criterio</p> <p>*Estudios de acidez gastrica según criterio</p>	<p>*Inhibidores de receptores H2 (Ranitidina-Famitidina Nizatidina), como terapia de mantenimiento.(*)</p> <p>*Inhibidores de la bomba de protones como Omeoprazole, Lanxoprazole</p> <p>*ASOCIADO a Antibióticos como Amoxicilina, Claritromicina, Tinidazole para terapia de curación y erradicación de Helycobacter.</p> <p>*Prostaglandinas en ulceras secundarias a AINES</p> <p>*Líquidos parenterales de acuerdo a condición clínica</p>
2-3	<p>*Control de signos cada 24 horas</p> <p>*Reposo Relativo o Actividad libre</p>		<p>(*) Cimetidina 400 Mg c/12 horas o Famotidina 40 Mg c/12 horas.</p> <p>*Bloqueadores H2 horas sueño.</p>	

Hemoptisis

Definición

Expectoración de sangre proveniente de la vías aéreas inferiores, o sea por debajo de las cuerdas vocales

Criterios Clínicos

Si es un esputo Hemoptoico es posible que el paciente no presente ningún síntoma de importancia relacionado con este, que no sean los síntomas propios de la enfermedad causante de la misma.

Cuando la Hemoptisis es masiva se van a presentar signos y síntomas relacionados con la hipoxia, como son intranquilidad, alteración del estado de conciencia y los relacionados con la pérdida de sangre, la cual se estima en más de 600cc en 24-48 horas.

Mecanismo de muerte:

Asfixia

Medios diagnósticos

- Hemograma completo
- Tiempo de coagulación
- Radiografía de tórax PA y lateral

Criterios de ingreso

- Todo paciente con hemoptisis constante
- Pérdida de más de 600cc de sangre en 24 horas
- Paciente con pérdida de sangre mayor de 150-200cc/hora
- Hemoptisis y cambios hemodinámicos
- En el que se sospeche un carcinoma broncogénico

Manejo

- Canalizar vía venosa periférica con Solución Mixta
- Cuantificar sangrado
- Realizar broncoscopia
- Reservar sangre

- Reposo en cama en posición decubito lateral, del lado que se sospecha el sangrado
- Control de signos vitales cada 4 horas
- Tranquilizar al paciente
- Dieta corriente
- Interconsulta con Cirugía General

Tratamiento

- Antitusígenos:
 - Codeína 30 Mg. c/6 hrs Vía oral
 - Bromohidrato de dextrometorfan 25-50mg /k c/4-6hs

Úlcera Gastroduodenal

Criterios Clínicos :

- Epigastralgia ardorosa con ritmo y periodicidad:
- Pirosis,
- Llenura Post Prandial,
- Alteración hábitos defecatorios,
- Pérdida de peso, Náuseas-Astenia y Adinamia
- Sangrado digestivo alto y bajo

Procedimientos diagnósticos

- Hemograma completo
- Heces por Guayaco No. 3
- Heces por parásitos No. 3
- Gastroscopia

Manejo

- Dieta
- Modificar factores precipitantes (Evitar medicamentos asociados)
- Vigilar interacciones medicamentosas

Tratamiento

- Tratamiento agudo: Famotidina 40 mgs/diario V.O.
- Tratamiento de Mantenimiento:
 - a) Famotidina, uso indicado por 6 meses
 - b) Utilizar antiácido durante el día; no utilizar una hora antes de la administración de bloqueador H₂, para que este se absorba adecuadamente
- Si la Biopsia y el cultivo reporta H. Pylori ó C.Yeyuni:
- Amoxicilina 500 mgs, cada 8 horas por 15 días más
- Bismutos 2 cds cada 8 horas por 15 días
- Famotidina 40 mgrs hs/vo. Por 6 meses.

Coma Cetoacidotico

Criterios clínicos:

- Polidipsia y/o poliuria de relativa larga evolución
- Pérdida de peso
- Astenia y Adinamia
- Parestesias, Dolor abdominal
- Alteración del estado de conciencia, desde somnolencia hasta el coma profundo
- Deshidratación
- Aliento cetónico
- Respiración de factores predisponentes

Medios Diagnósticos

- Hemoglobina-Hematocrito, elevados por hemo concentración
- Glicemia (alta desde 250 hasta 600 mgs)
- Glucosuria (positiva)
- Cetonuria (+),Cetonemia (+)
- PH sanguíneo menor 7.35
- Natremia y Kalemia normales o elevados
- Nitrogeno ureico y creatinina
- EKG (alterado)
- Radiografía tórax
- Ultrasonido abdominal, para buscar foco infeccioso

Criterios de ingreso

- Deshidratación con desequilibrio hidro-electrolítico
- Alteración del estado de conciencia
- Acidosis
- Enfermedades concomitantes.

MANEJO Y TRATAMIENTO				
DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	GABINETE	TRATAMIENTO
1	<p>NVO de acuerdo al estado de conciencia o vomito</p> <p>SNG si es necesario</p> <p>Decúbito dorsal</p> <p>Signos cada hora hatas que mejore su estado de conciencia y el DHE</p> <p>Sonfa Foley = Medición de diuresis horaria</p> <p>Tomar vía periférica y Central (suero fisiológico)</p> <p>Linea arterial</p> <p>Monitoreo</p>	<p>1. Glicemia casa hora hasta llegar a cifras de glicemia o menor 250/dl</p> <p>2. N.U. creatinina, Calcio, orina</p> <p>3. Hemograma</p> <p>4. Glucosurias y centonurias cada hora hasta que mejore estado clínico. Luego cada 4 horas</p> <p>5. Sodio y potasio de control c/2 horas a 4 horas</p> <p>6. Cetonemia c/4 horas</p> <p>7. PH SANGUINEO C/4 HORAS (GASOMETRIA)</p> <p>8. Cloro, Bicarbonato y calcio</p> <p>9. Enzimas cardiacas caso necesario</p> <p>10. Urocultivo</p> <p>11. Otros cultivos PRN</p>	<p>*Gastroscoopia con biopsia Gástrica</p> <p>*US de Abdomen según criterio</p> <p>*Estudios de acidez gastrica según criterio</p>	<p>1. INSULINA SIMPLE 20 A 50 IV DIRECTAS.</p> <p>2. INSULINO TERAPIA EN INFUSIÓN CONTINUA 0.1 UNIDADES DE INSULIA POR KILO POR HORA HASTA LLEVAR GLICEMIA A 250 MG/DL Y OBTENER MEJORIA CLINIA</p> <p>3. SI NO SE DISPONE DE BOMBA DE INFUSIÓN USAR DOSIS DE INSULINA SIMPLE EN FORMA HORARIA (0.1 UNIDAD/ KG/ HORA).</p> <p>4. ESTABILIZADO EL PACIENTE INSULINA SIMPLE C/6 HORAS POR VIA SUB-CUTANEA EN DOSIS DE ACUERDO A GLICEMIA</p>

Coma Hiperosmolar

Criterios clínicos:

- Poliuria
- Polidipsia
- Astenia, adinamia, pérdida de peso, parestesias
- Alteración del estado de conciencia
- Deshidratación severa

Medios Diagnósticos

- Glicemias aumentada (de 600 mgs/DHL)
- Glucosurias (+)
- Cetonuria (-)
- Cetonemia (-)
- Ph sanguíneo normal
- Na+ elevado
- K+ normal o elevado
- Nitrógeno Ureico y Creatinina, Elevados
- Osmolaridad plasmáticas aumentada de 300
- (OSMOLARIDAD = $(Na+ \times 2) + (Glicemia/18)$)

Criterios de ingreso

- Deshidratación (DHE severa)
- Deterioro del estado de conciencia
- Poliuria y polidipsia

MANEJO Y TRATAMIENTO				
DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	GABINETE	TRATAMIENTO
1	1. N.V.O. 2. S.N.G. 3. Sonda folley 4. Vía central y periférica 5. Monitoreo 6. Signos c/hora 7. Diuresis horaria	1. Glicemia horaria hasta estabilización en 250 mg/dl 2. Electrolitos c/6 horas 3. Nitrogeno . Ureico, Creatinina., hemograma. orina, cultivo y otros cultivos de acuerdo a patología Generada 4. Gasometría	1. Rx de tórax 2. EKG 3. U.S. en caso necesario	1. Tener mayor cuidado con producción del hipoglicemia 2. Solo en casos muy severos con hipermolaridad intensa usar soluciones hipotóxicas (Na+ aumentar de 155 Mcg) 3. No usar bicarbonato
2 y +	Dieta diabética SS/SNG SS/S. folley SS/P.V.C signos vitales y Diuresis x turno			

Neumonía/ Bronconeumonía

Criterios clínicos:

- Fiebre
- Dolor de tórax
- Tos productiva
- Crepitantes a la auscultación
- Disnea
- Inicio agudo o sub agudo
- Anorexia, debilidad, letárgia, confusión mental
- Aumento de la frecuencia respiratoria
- Presencia de crepitantes.

Medios Diagnósticos

- Esputo (Gram debe mostrar más de 25 polimorfo nucleares, y menos de 10 células epiteliales escamosas, en campo de bajo poder o 100x, antes de iniciar antibióticos)
- Aspirado bronquial. Hemocultivo #3
- Radiografía de tórax, infiltración neumónica única o múltiple
- Leucograma con desviación izquierda
- VES aumentada
- Gases arteriales (a pacientes cianótico, taquicárdico, portador de EPOC)

Criterios de ingreso

- Neumonía con patología preexistente, patología agregada (EPOC, Diabetes, Insuficiencia Cardiaca)
- Neumonía complicada (con derrame pleural)
- Neumonía en que se sospecha un germen que no sea Neumococo (Klebsielle, BK, etc.)
- Todas las neumonías de tipo lobar
- Mayor de 60 años

MANEJO Y TRATAMIENTO				
DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	GABINETE	TRATAMIENTO
1	1. Reposo relativo: flowler O semifowler 2. Líquido abundante 3. Signos x turno 4. Curva febril de c/4/h por 48 horas 5. Oxigenoterapia de acuerdo a condición clínica y/o gases arteriales 6. Fisioterapia de tórax	* Estudio de esputo por BK piógenos y hongos *N.U. Creat., glicemia *Gases arteriales *Hemocultivo	*Tele de tórax (si no tiene de ingreso) *E.K.G.	1. Antibioticoterapia Penicilina sódica (como primera elección) 2. Otro antibiótico si se sospecha germen que no sea neumococo 3. Antipirético y/o analgésico en caso necesario 4. Sospecha de otro germen que no sea neumococo o resistente a la penicilina cuando la fiebre de decae en 48 horas

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Criterios clínicos:

- Disnea crónica
- Tos y expectoración crónica

Medios Diagnósticos

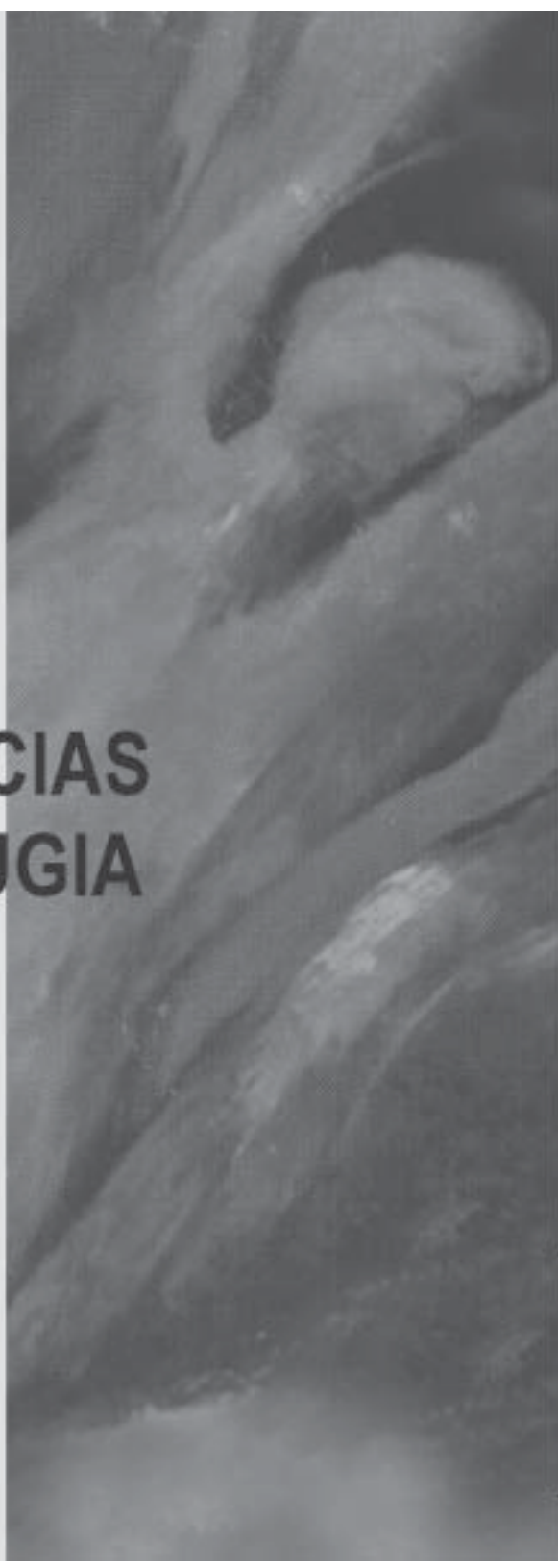
- Hemograma completo
- Espirometría (obstrucción no reversible o parcialmente reversible)
- Gases arteriales (hipoxemia e hipercapnea)
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Volumen de aire residual
- Capacidad de difusión

Criterios de ingreso

- Insuficiencia respiratoria (complicaciones infecciosas de la enfermedad)
- Hemodinámica
- Otras complicaciones (Embolismo pulmonar)

5

**URGENCIAS
EN CIRUGIA**



Urgencias en Cirugía

Dolor Abdominal Agudo

Definición:

Conjunto de cuadros clínicos de diferentes etiologías, que tienen como síntoma común el dolor abdominal, de aparición brusca y cuyo tratamiento muchas veces es quirúrgico

Clasificación:

- Quirúrgico
- No quirúrgico

Criterios clínicos

- Dolor agudo, urgente, puede ser de instalación lenta y progresiva.
- Evoluciona con rapidez acompañado de otros síntomas locales y generales, alarmantes, que ocasionan sensación de enfermedad grave.
- Rápida aparición del dolor,
- Dolor que precede al vómito, náuseas, fiebre, anorexia, distensión abdominal, ausencia de expulsión de heces y gases.
- Antecedentes conocidos de intervención quirúrgica abdominal.
- Los signos de Peritonitis (dolor a la descompresión, defensa, y ausencia de ruidos intestinales), indican un proceso intra-abdominal grave.
- La fiebre y leucocitos son datos útiles.

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Bioquímica
- Tiempo de Coagulación

- Examen de orina
- Prueba de embarazo
- Electrocardiograma: Fundamental para descartar Infarto agudo del miocardio, en dolor epigástrico
- Radiología de tórax postero-anterior y lateral
- Radiografía simple de abdomen (de pies y acostado)
- Ecografía abdominal y/ o pélvica
- Enema opaco, paracentesis diagnóstica, punción- lavado peritoneal

Manejo:

Paciente inestable:

- Canalizar dos vías venosas periféricas
- Monitorización, si el dolor es alto .
- Realizar exploración abdominal inicial
- Extraer muestras de sangre y orina, hemograma, bioquímica (incluyendo CK, CK-MB, amilasa, GOT y LDH), coagulación, gasometría venosa, sedimento y amilasa y pruebas cruzadas con sangre en previsión.
- Colocación de sonda nasogástrica (SNG)
- Nada vía oral
- Sonda vesical.
- Radiografía de abdomen de pie y acostado
- Radiografía de tórax PA
- Realización de Sonografía abdominal de urgencias
- No Analgésico (excepto sí se ha decidido cirugía).

Paciente estable

- Realizar historia clínica.
- Solicitar EKG
- Nada vía oral
- Colocación de SNG
- Canalizar una vía venosa periférica
- Extraer muestras de sangre y orina, según la sospecha diagnóstica.
No olvidar la realización de un test de embarazo, ante la sospecha de patología ginecológica.
- No se administrará analgesia hasta que no tengamos un diagnóstico
- Radiografía de abdomen de pie y acostado y tórax PA

Dolor Abdominal Idiopatico

Si el dolor dura más de seis meses y ha sido evaluado el paciente en múltiples ocasiones, la probabilidad de encontrar una enfermedad orgánica estructural específica es muy baja.

ANAMNESIS

Es fundamental realizar una buena Historia Clínica de urgencias.

Localización del dolor

El dolor vago y difuso, en la línea media, casi siempre es de origen visceral.

Hipocondrio derecho	Colecistitis aguda, cólico biliar, úlcera duodenal, neumonía con reacción pleural, pancreatitis aguda, pielonefritis aguda, hepatomegalia congestiva, herpes zoster, angor, absceso hepático, IM, cólico nefrítico, Infección aguda al miocardio
Epigastrio	Úlcera péptica, IAM, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, vólvulo gástrico, esofagitis.
Hipocondrio izquierdo	Vólvulo gástrico, úlcera péptica, neumonía con reacción pleural, pancreatitis, pielonefritis, IAM, perforación gástrica, cólico nefrítico.
Fosa ilíaca derecha	Apendicitis, hernia incarcerada, litiasis renal. Quiste ovario derecho, adenitis mesentérica. Salpingitis aguda, embarazo ectópico, cólico nefrítico.
Periumbilical	Trombosis mesentérica, pseudo obstrucción intestinal, obstrucción intestinal de aorta, apendicitis aguda, divertículo de Meckel.
Hipogastrio	Pseudo obstrucción intestinal, patología urogenital.
Fosa ilíaca izquierda	Diverticulitis, hernia incarcerada, litiasis renal Vólvulo sigmoideo
Espalda	Aneurisma aorta abdominal, cólico nefrítico, Colecistitis, Colelitiasis, Pancreatitis, UPP
Sin localización concreta	Obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, vólvulo colónico, gastroenteritis, intoxicación alimentaria, intoxicación por plomo, alcohol metílico, Tumoraciones, Colitis

*** La parasitosis Intestinal puede producir dolor en cualquier región Abdominal.

Forma de instauración del dolor:

Es fundamental conocer las horas de evolución del mismo, el comienzo del mismo, su relación con las comidas (ulcus péptico, pancreatitis, etc.), y lo que agrava o mejora el mismo.

Instauración Brusca o rápida	Vólvulo colónico o gástrico, infarto de algún órgano abdominal, Nefrolitiasis, IAM, TEP (Tromboembolismo pulmonar), aneurisma aórtico disecante, rotura de embarazo ectópico, neumotórax espontáneo
	Trombosis arterial mesentérica, trombosis venosa mesentérica, perforación de víscera hueca, estrangulación de víscera hueca, pancreatitis, colecistitis aguda (Litiasica o no), diverticulitis, apendicitis, obstrucción intestinal alta.
Instauración gradual	Apendicitis, hernia abdominal estrangulada, colecistitis, pancreatitis, diverticulitis, perforación tumor digestivo, isquemia intestinal, gastroenteritis, retención urinaria, obstrucción intestinal baja, salpingitis. Parasitosis Intestinal, Colitis.

Características del dolor:

- **Constante:** Procesos que se acompañan de irritación peritoneal, Colecistitis aguda, pancreatitis aguda, isquemia mesentérica, disección aórtica.
- **Cólico:** afectación de vísceras huecas, trombosis mesentérica, obstrucción intestinal y otras patologías relacionadas con vísceras huecas y riñón
- **Intenso:** estado general grave, isquemia intestinal, disección aórtica o pancreatitis aguda.

Irradiación del dolor:

- A- Patología del tracto biliar, Escápula derecha
- B- Patología pancreática, Directamente a espalda "en cinturón"
- C- Patología hepatobiliar, Hombro derecho
- D- Patología renoureteral, fosas ilíacas, genitales externos y región lumbar.

Otros síntomas acompañantes

Escalofríos	Peritonitis, colangitis, Infección vías urinarias.
Náuseas, vómitos	Colecistitis, pancreatitis, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, úlcus pépticos, Apendicitis.
Diarrea	Isquemia mesentérica, absceso pélvico, Enfermedad inflamatoria intestinal, pseudoobstrucción intestinal, parasitosis, Síndrome de mala absorción.
Estreñimiento	Pseudoobstrucción intestinal / Obstrucción Intestinal.
Pérdida de peso	Trombosis mesentérica, úlcus pépticos, pancreatitis crónica, Tumores.
Ictericia	Colecistitis, colangitis, Pancreatitis, Tumores de vías biliares.
Disnea, tos y fiebre	Neumonía.
Fibrilación auricular	Trombosis mesentérica.
Síntomas miccionales o urinarios	Cólico renoureteral, pielonefritis, tumores vesicales.
Flujo vaginal	Embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, vaginitis.

La presencia de fiebre $> 39^{\circ}$ ante un dolor abdominal agudo de inicio sugiere afección extrabdominal (neumonía, infección urinaria, etc.) y/o perforación con producción de peritonitis.

EXPLORACIÓN FÍSICA EN SALA DE URGENCIAS

Estado general

- A Determinar frecuencia cardíaca,
- B- Frecuencia respiratoria,
- C- Tensión arterial,
- D- Temperatura y pulsos arteriales (amplitud y frecuencia)
- E- Valorar el nivel de conciencia.
- F- Grado de hidratación, coloración de piel y mucosas (palidez, ictericia, cianosis).
- G- Posición adoptada por el sujeto. El paciente, guarda una posición antiálgica, que mantiene el abdomen inmóvil para intentar aliviar el dolor. Puede que se encuentre agitado, inquieto e hiperkinético, lo que nos debe orientar hacia una patología quirúrgica

Exploración torácica:

- 1.- Inspección
- 2.- Auscultación (descartar la fibrilación auricular, neumonía, etc.),
3. - Palpación.

Exploración abdominal:

Inspección:

- Valorar la actitud del paciente, la inmovilidad y la respiración superficial, típicos del abdomen agudo.
- La existencia de cicatrices de laparotomía previa, que nos pueden orientar a la existencia de bridas o adherencias postoperatorias, como responsables del dolor.
- Signos externos de procesos infecciosos y traumáticos, fístulas, heridas, hematomas.
- Distensión abdominal, Obstrucción intestinal, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea. Peristaltismo visible, Obstrucción intestinal.
- Lesiones ó erupciones cutáneas, Herpes zoster, etc.
- Red venosa visible, Hipertensión portal
- Asimetrías tumores abdominales.

Auscultación abdominal

Efectuarla antes de la palpación, para no alterar la frecuencia de los ruidos intestinales, y se prolongará más de tres minutos en búsqueda de :

- Peristaltismo ausente; íleo intestinal, peritonitis, pancreatitis, obstrucción intestinal
- Peristaltismo aumentado, gastroenteritis aguda, inicio de obstrucción intestinal.
- Ruidos hidroaéreos o borborismos: son ruidos de lucha cuando hay aire y líquido abundantes en la luz intestinal.
- Ruidos metálicos: obstrucción intestinal avanzada
- Soplos arteriales: estenosis o aneurismas de las arterias abdominales de mayor calibre.

Palpación abdominal:

- La palpación abdominal (superficial y profunda) sistemática, debe hacerse con suavidad y con las manos calientes, comenzando lo más lejos posible de la zona dolorosa, Valoraremos la tensión del abdomen y la presencia de masas u organomegalias.
- Maniobra de Blumberg o signo del rebote: el dolor selectivo a la descompresión abdominal es un dato esencial en el diagnóstico de irritación peritoneal.
- La contractura: es un signo fidedigno de peritonitis. Suele ser una contractura parcial y cercana a la zona afectada. En la peritonitis generalizada, el dolor es difuso y puede estar rígido el abdomen (vientre en tabla). Ausente en pacientes ancianos y/o niños ó en los pacientes a los que se les ha administrado analgésicos.
- El signo de Murphy: dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho durante la inspiración; es característico de la colecistitis aguda.
- Signo de McBurney: compresión dolorosa en el punto de Mcburney (trazando una línea desde el ombligo a la espina iliaca anterosuperior derecha, en la unión del 1/3 inferior con los 2/3 superiores, (apendicitis aguda).
- Signo de Rovsing: dolor en el punto de McBurney al comprimir la fosa iliaca izquierda, apendicitis aguda.
- Signo de Courvoisier- Terrier: palpación del hipocondrio derecho biliar, colecistitis, ictericia obstructiva baja.
- Signo de Klein: dolor que cambia al colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo, (apendicitis aguda, adenitis mesentérica, masa abdominal en el paciente anciano, colecistitis aguda, diverticulitis, absceso pericólico, impactación fecal), etc.
- Es fundamental la exploración genital y de los orificios herniarios sistemáticamente. No olvidar la búsqueda de los pulsos femorales. La palpación de una masa abdominal pulsátil, dolorosa, debe hacer pensar en un aneurisma de aorta abdominal. La presencia de globo vesical suele ser muy doloroso y de fácil resolución, mediante el vaciado vesical.

Percusión abdominal:

Lo habitual es la matidez hepática y la presencia de aire de forma discreta, en el resto del abdomen. En la obstrucción intestinal la percusión va a ser fundamentalmente timpánica. No debemos olvidar la puño percusión renal bilateral.

Se pierde la matidez hepática cuando hay aire libre, como en la perforación de víscera hueca

Se aprecia onda líquida en presencia de líquido libre en cavidad (ascitis)

Tacto rectal y vaginal:

- Inspección de la zona sacrocoxígea, anal y perianal, fisuras, hemorroides, sangre, abscesos, prolapsos, tumores
- Valorar: tono del esfínter, dolor al tacto, hipotonía
- Presencia de masas, zonas ulceradas, fecalomas
- Presencia o ausencia, y consistencia de heces, secreciones (sangre, pus, moco) en ampolla rectal.
- Dolor a la movilización del cerviz o ambas fosas ilíacas, ocupación del saco de Douglas (pared anterior), tumoraciones, flujos
- Tamaño, forma y consistencia de la próstata.
- Siempre debe observar el dedo de guante, sangre, mucosidad, color de las heces.

CRITERIO DE GRAVEDAD EN LA EXPLORACIÓN ABDOMINAL

- Frecuencia respiratoria >30 ó < 10 r/min..
- Ausencia o asimetría de pulsos periféricos
- Disminución del nivel de conciencia
- Signos de hipoperfusión en piel y mucosas
- Distensión abdominal
- Hematomas o heridas.
- Ruidos de lucha o silencio abdominal
- Duración >6 horas del cuadro doloroso
- Presencia de masa pulsátil
- Disminución de tensión arterial
- Aumento de la frecuencia cardíaca

DOLOR PELVICO GINECOLOGICO

Puede presentarse de forma aguda o crónica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las patologías ginecológicas más frecuentes que pueden presentarse como Abdomen Agudo más frecuentes son:

TUMOR OVARICO TORSIONADO O RETORCIDO	Dolor abdominal, náuseas, vómitos. Defensa muscular, taquicardia Realizar Ecografía
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA	Dolor en hipogastrio
MIOMA UTERINO CON COMPLICACIONES AGUDAS	Necrosis, Torsión, Infección, signo de compresión y sensación de peso.
HEMORRAGIA INTERNA DE CAUSA GINECOLOGICA	Rotura folicular, embarazo ectopico roto Cuerpo lúteo hemorrágico
EMBARAZO ECTOPICO	Dolor abdominal, sangrado escaso transvaginal, amenorrea de corta duración, menstruación previa atípica y generalmente escasa. Si presentara rotura alorar signos de hipovolemia y choque(taquicardia, hipotensión).

Obstrucción Intestinal

Definición

Impedimento del tránsito de las heces a través de la luz intestinal
Puede ser completa o parcial.

Criterios clínicos

- Dolor abdominal,
- Distensión abdominal,
- Vómitos y ausencia de emisión de gases y heces.
- Deshidratación, con los consecuentes cambios hemodinámicos que origina (taquicardia, disminución de la Presión Venosa Central (PVC) y del Gasto Cardíaco), desencadenarán hipotensión y shock hipovolémico.
- Oliguria,
- Hiperazoemia y hemoconcentración. Aumento de la presión intraabdominal,
- Disminución del retorno venoso de las piernas
- Hipoventilación y translocación bacteriana y sepsis.

Medios diagnósticos

- Inspección distensión, deformidad o asimetría.
- Palpación, dolor difuso o generalizado
- Exploración sistemática y metódica de los orificios herniarios en busca de hernias encarceradas.
- Exploración rectal, en busca de masas intra lumbinales, fecalomas, restos hemáticos, neoplasias, etc.
- La auscultación abdominal, revela un peristaltismo aumentado de intensidad en la primera fase, y una ausencia del mismo según progresa el cuadro.
- Pruebas de función renal; La deshidratación produce hemoconcentración
- El hematocrito puede estar aumentado por la hemoconcentración. Puede existir leucocitosis, como consecuencia de la propia hemoconcentración, o bien indicando sufrimiento del asa intestinal.
- Radiografías Se solicitan radiografía simple de abdomen y en

bipedestación o decúbito lateral. Nos ofrece datos acerca de la altura de la obstrucción. Cantidades anormalmente grandes de gas en intestino y la aparición de niveles hidroaéreos. Los pacientes con obstrucción mecánica de intestino delgado no suelen tener gas en colón, y, se observa una dilatación intestinal generalizada de todo el tubo digestivo si observamos heces en ampolla y/o gas distal, debemos sospechar un íleo paralítico y dudar del diagnóstico de obstrucción mecánica.

Manejo

- Sonda nasogástrica
- Nada vía oral,
- Control de electrolitos
- Reposición hidroelectrolítica adecuada.. Prestando atención al grado de distensión, grado de dolor, presencia o no de ruidos peristálticos, cantidad de aspiración nasogástrica y estado general, se efectuarán controles radiológicos.
- Si el cuadro no mejora en un plazo de 24-48 horas, está indicada la intervención quirúrgica urgente.

Apéndice Aguda

Definición:

Afectación obstructiva inflamatoria del apéndice vermiforme

Criterios clínicos:

- Dolor Abdominal cuadrante inferior derecho
- Dolor hipocondrio derecho y/o epigastrio o región lumbar derecha
- Fiebre o febrículas
- Leucocitosis
- Náuseas y vómitos
- Dificultad para deambular
- Cambio habito intestinal
- Anorexia

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo.
- Grupo RH
- Orina
- Amilasemia y amilasuria opcional
- Glicemia
- Nitrógeno Ureico, Creatinina; si hay signos de deshidratación electrólitos
- Valoración respiratoria y cardiopulmonar según patología de fondo y edad.
- Electrocardiograma
- Rx de tórax PA
- Rx abdomen simple
- Ultrasonido (necesario en mujeres)

Criterios de ingreso

- Dolor cuadrante Inferior derecho que no desaparece
- Signos de irritación peritoneal.
- Criterios clínicos positivos (2 ó más)
- Náuseas y vómitos
- Masa palpable en fosa iliaca derecha (plastrón apendicular)

APENDICITIS COMPLICADA = PERITONITIS GANGRENOSA

DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	GABINETE	TRATAMIENTO
1	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	PATOLOGIA ASOCIADA	SOLO POR APLICACION	ATIBIOTERAPIA 7 DIAS INTRAVENOSO Y ORAL POR 8 DIAS

APENDICITIS COMPLICADA = PERITONITIS GENERALIZADA

DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	GABINETE	TRATAMIENTO
1	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	PATOLOGIA ASOCIADA	SOLO POR APLICACION	ATIBIOTERAPIA 7 DIAS INTRAVENOSO Y ORAL POR 8 DIAS

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	GABINETE	TRATAMIENTO
1	TX. QUIRÚRGICO	SEGÚN PATOLOGÍA AGREGADA	SOLO POR APLICACION	Analgésia I.M. ·LISALGIL ·MORFINA ·TRAMAL SUEROTERAPIA y restitución de líquidos

Colelitiasis

Criterios Clínicos

- Dolor hipocondrio derecho
- Clínica de colecistitis
- Clínica de cólico vesicular

Medios Diagnósticos

- Hemograma
- Grupo Rh
- Orina
- Nitrógeno Ureico,
- Creatinina
- Pruebas función hepática
- Valoración cardiológica dependiendo de edad y antecedentes.
- Ultrasonido

Criterios de ingreso

- Clínica de proceso agudo inflamatorio y o infeccioso
- Presencia de deshidratación, e intolerancia a vía oral
- Náuseas y vómitos
- Abdomen agudo
- Pancreatitis concomitante
- Ancianos, inmunosuprimidos

Procedimientos Diagnósticos

- Ultrasonido

Manejo y tratamiento

- Tomar vía endovenosa periférica
- Analgésicos
- Antimicrobianos
- Cirugía

Colecistitis Aguda

Criterios Clínicos:

- Dolor Cuadrante Superior Derecho. (Murphy +)
- Fiebre
- Náuseas y/o vómitos
- Examen físico: Murphy positivo y/o vesícula palpable

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Amilasemia
- PFH: Bilirrubina transaminasas, fosfatasa alcalina, T.P.
- RX simple del Abdomen
- Sonografía abdominal

Criterios de ingreso

Síntomas persistentes.

- Leucocitosis
- Hiperbilirrubinemia
- Elevación de fosfatasa alcalina
- Todos o uno de los anteriores
- Confirmación diagnóstica por Ultrasonido
- Pacientes mayores de 50 años o menores con patología de riesgo asociada: Nitrógeno ureico, Creatinina, Glicemia, P.A. Tórax, EKG

Manejo y tratamiento

- Tomar vía endovenosa periférica
- Analgésicos
- Antimicrobianos
- Cirugía

Hernia Inguinal Encarcerada - Estrangulada

Criterios Clínicos

- Dolor inguinal o abdominal
- Masa palpable región inguinal que no reduce espontáneamente
- Signos y síntomas de obstrucción

Medios Diagnósticos

- Patología eminentemente clínica
- RX simple de abdomen de pie y acostado
- Radiografía de tórax

Manejo

- Hemograma completo
- Grupo RH
- Nitrógeno ureico, Creatinina
- Electrolitos
- RX simple de abdomen de pie y acostado
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Valoración cardiología, si es mayor de 35 años o tiene una patología de riesgo, además pedir:
 - a) Electrocardiograma
 - b) Rx de tórax
 - c) Nitrógeno Ureico
 - d) Creatinina

Criterios de ingreso

Se interna todo paciente con hernia encarcerada o estrangulada

Todos los casos son de resolución quirúrgica

Manejo y tratamiento

Similar al aplicado en la obstrucción intestinal.

Quemaduras

Criterios clínicos::

Evidencia de exposición a vapor de agua, químicos , electricidad o flama. Antecedentes de quemadura, presencia de lesiones por calor (enrojecimiento, flictenas o escaras), nivel de conciencia, ventilación, oxigenación, presencia o eminencia de choque.

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Grupo Rh
- TPT, TP.
- Na-K-Urea-Creatinina
- Glicemia
- Mioglobina en orina
- Gases arteriales
- Orina
- Osmolaridad
- Rx de tórax y espinal cervical
- Electrocardiograma
- Frotis y cultivo de herida

CRITERIOS DE INGRESO

- Quemaduras de tercer grado más del 2% superficie corporal quemada
- Quemaduras de segundo grado más del 15% superficie corporal en adultos y más del 10% en niños.
- Quemaduras en pies, manos, genitales, cara, cuello.
- Sospecha de quemadura vías aéreas superiores, hipoxia, quemaduras eléctricas.

MANEJO Y TRATAMIENTO				
DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	GABINETE	TRATAMIENTO
1	<p>*Cálculo de área de superficie quemada Profundidad. Calcular el área por esquema de regla de nueve; usar fórmula: *Hidratación.: Si la superficie corporal quemada es mayor de 25% usar I.V. 4 cc/kg peso/% SCQ. Pasar la mitad en 8 horas y el resto en 16 horas * Si es menor 25% SCQ usar vía oral en hidratación *Sonda folley Catéter Swan-Ganz mantener cantidad de orina mínimo 3cc/kg/hora *NVO *Evaluación horaria del estado del sensorio, orina, PA, pulso, ventilación, Temperatura. *Estudios de laboratorio cada 6 horas. *Intubación endotraqueal si hay edema facial temprano o hipoxia. *Curación con sulfadiazina de plata *Vigilar circulación periférica.</p>	<p>1. Hematocrito 2. Hemoglobina 3. Grupo RH 4. TPT, TP, (Tiempo de coagulación) 5. Urea-electrolitos-creatinina 6. Gases arteriales 7. Orina 8. Cultivo de herida</p>	<p>*Rx tórax, columna cervical *EKG</p>	<p>1- Sulfadiazina de plata 2- Toxoide 3- Analgésicos 4- Antibióticos (Metronidazol, amikacina, clindamicina) 5- Manitol 6- Tranquilizantes 7- Valorar Tx para gastritis. 8- PACIENTE DEBE SER MANEJADO EN AISLAMIENTO</p>

Hemorragia Gastrointestinal

Hemorragia digestiva alta.

Perdida sanguínea proveniente del esófago, estómago o del duodeno por encima del ángulo de Treitz.

Manejo:

1. Cuando el paciente llega a la emergencia diciendo que presenta hematemesis y/o melena y no es un hepatópata crónico conocido se procede a:

A. Verificar el sangrado:

- Obtener signos vitales, y luego cada 20 min. ½ hora, 1 hora, 4 horas, etc., dependiendo de la condición del paciente.
- Realizar la prueba de Still para ver si hay signos clínicos de descompensación hemodinámica.
- Canalizar por dos (2) vías con solución **Lactato de Ringer o Solución Salina 0.9 %**.
- Tomar muestra para realizar hemograma completo, con plaquetas, monogramas, TP, TPT, tipificación y cruce, úrea. Creatinina.
- Pasar sonda nasogástrica y si es positivo:
- Realizar lavado con solución fisiológica, agua o salina hasta que este salga claro.

B. Inter consulta a Gastroenterología para manejo del paciente. Hacer nota de evolución y realizar endoscopia digestiva dentro de las 4-6 horas siguientes, siempre que el paciente lo tolere. Durante el procedimiento endoscópico si es posible se procederá a realizar esclerosis del vaso afectado. Sea con adrenalina o catéter de orobipolar.

C. Interconsulta consulta a Cirugía, si el paciente tiene criterios quirúrgicos o no, teniendo en cuenta los hallazgos del endoscopista y su recomendación.

Várices Esofágicas

Tratamiento:

Farmacológico:

- **Somastostatina:** en bolus inicial de 250 mg, luego 250 microgramos cada hora hasta 5 días por vía IV.
- **Octreotide:** 25 microgramos continuo cada hora por vía endovenosa.

Endoscópico:

- Ligadura de várices esofágica.
- Esclerosis de várices esofágica: **polidocanol**.

Radiología intervencionista (TIPS):

- Shunt intrahepático transyugular.

Prevención de la recidiva hemorrágica:

- **Propranolol:** 80 mg cada 12 horas por vía oral

Sangrado Gástrico

Farmacológico:

Bloqueadores de los receptores de la histamina

- **Ranitidina** 300 mg, dosis única antes de acostarse por vía oral
- **Famotidina** 40 mg dosis única antes de acostarse

Inhibidores de la bomba de protones

- **Omeprazol:** 20-40 mg al día por vía oral por 4-6 semanas.
- **Lansoprazol:** 30-60 mg al día por vía oral por 4-6 semanas.
- **Pantoprazol:** 20-40 mg al día por vía oral por 4-6 semanas
- **Rabeprazol:** 10 mg al día por vía oral por 4-6 semanas

Endoscópico:

- Térmico: electrocauterio bipolar
- Mecánico: clips para nicho ulceroso sangrante.
- Quirúrgico

Hemorragia Digestiva Baja

Definición:

Es el sangrado intraluminal distal al ligamiento de Treitz. Puede objetivarse rectorragia, hematoquezia y melena.

Tratamiento:

Farmacológico:

- Se utiliza el tratamiento específico para estas enfermedades (colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, diverticulosis con diverticulitis)

Endoscópico:

Las lesiones diagnosticadas y tratadas mediante endoscopia corresponden a:

- Los pólipos del colon: polipeptomía mediante cauterio, mono o bipolar.
- Extasis vascular: mediante cauterio bipolar o laser.
- Hemorroides internas: ligaduras de las mismas.

Quirúrgico:

- Sangrado por Diverticulitis que no cede a tratamiento médico
- Polipos de base ancha (sesiles) que dificultan su resección endoscópica
- Divertículo de Meckel (sangrado por ulcera del mismo)

Politraumatismos

Definición:

Condición que compromete dos o más regiones corporales conllevando a gravedad que puede causar la muerte, envuelve órganos y/o sistemas vitales

Manejo

- 1.- Asegurar vía aérea
- 2.- Canalización venosa
- 3.- Inmovilizar cuello
- 4.- No movilizar al paciente
- 5.- Control de hemorragia evidente
- 6.- Valoración estado neurológico
- 7.- Reconocimiento de lesiones menores concomitantes o secundarias.
- 8.- Identificación de cuadro de intoxicación alcohólica y/o estupefacientes concomitantes.
- 9.- Hemograma completo
- 10.- Tipificación

Fractura Expuesta

Criterios Clínicos

- Antecedentes trauma-dolor
- Impotencia funcional
- Movilidad anormal de la zona
- Herida, sangrado

Medios Diagnósticos:

- Hemograma Completo
- Glicemia, Urea, Creatinina, Glicemia.
- Rx Ap y Lateral
- Otros de acuerdo a la patología concomitante
- Revisión apósitos- sistemas
- Inmovilización miembro afectad
- Grupo RH
- Resto de laboratorio de acuerdo a patologías preexistentes.

Criterios de ingreso

- Todas las fracturas expuestas deben ser ingresadas

** Toda fractura expuesta se lava en cirugía.

MANEJO Y TRATAMIENTO					
DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	GABINETE	TRATAMIENTO	OTROS
1	*Lavado Qx	*Hemograma *Grupo RH *Cultivo *Urea, Creatinina *Glicemia	*Rx	*G. 1 Cefalosporina primera generación 1-2 gramos en inducción anestésica, luego 1 gramo I.V. por 48 horas. *Asociar metronidazol 500 Mg c/6 Hrs IV por 48 Hrs. En caso de heridas muy contaminadas. *G. II igual esquema *G. III: se pueden aplicar cualquiera de los siguientes - esquemas: 1- GENTAMICINA: 1-2 Mg/Kg en la inducción seguido por 3-7 Mg/kg/día mas CLINDAMICINA 600 Mg c/6 hrs. I.V. 2- CEFALOTINA: 1gr. c/4 hrs. IV mas CLINDAMICINA 600 Mg c/6 hrs. IV. 3- CIPROFLOXACINA 500Mg c/12 hrs. V.O. mas CLINDAMICINA 600 Mg c/6 hrs. I.V. ESTA TERAPIA SE MANTENDRA POR 5 DIAS MODIFICABLES SEGÚN CULTIVO	En todos los casos aplicar antitetánica.

Trauma de Cuello

Criterios Clínicos:

- a.- Contuso
- b.- Penetrante

El penetrante es aquel que atraviesa el patisma o el muculo cutáneo del cuello

El contuso puede ser de intensidad moderada o severa que conlleva a:

- Disnea
- Respiración estertorosa
- Enfisema subcutáneo
- Aumento de la circunferencia del cuello con o sin deformidad.

En ambas situaciones se requiere evaluación urgente por el cirujano quien determinara conducta a seguir.

Trauma Columna Vertebral

Trauma raquis medular

Crterios Clínicos:

- 1.- Historia de antecedentes traumático
- 2.- Dolor
- 3.- Impotencia funcional

Medios Diagnósticos.

- Radiografía AP y Lateral de columna
- Hemograma completo
- Grupo sanguíneo
- Examen de orina

Manejo y tratamiento

- Inmovilización inmediatamente ocurrido el accidente
- Collar cervical rígido con abertura anterior
- Movilización con maniobras gentiles
- Evaluación neurológica completa
- Sonda vesical
- Canalizar con lactato ringer
- Esteroides
- AINES
- Valoración por ortopedia y neurocirugía

Crterios de ingreso

- Siempre se ingresan

Trauma Torácico

- Contuso por objeto no cortante o por accidente de tránsito o caídas
- Heridas, por objeto cortante, punzantes o proyectiles, arma de fuego

Criterios clínicos

- Dolor al respirar y/o al movimiento del torso
- Dificultad respiratoria
- Inestabilidad respiratoria y/o hemodinámica.
- Disnea, dolor, tos y taquicardia.
- Hipotermia, cianosis, shock

Entidades potencialmente afectadas

- 1.- Fractura de costillas y/o esternón
- 2.- Neumotorax
- 3.- Hemotorax
- 4.- Hemoneumotorax

Nota: el 2,3 y 4 son expresiones de una lesión parietopleural, pleuropulmonar o mediastínica y puede ser la presentación de lesiones pulmonares, cardíacas, grandes vasos, diafragma etc.

Medios Diagnósticos:

- Radiografía de tórax PA en bipedestación o sentado

Manejo:

- 1.- Fractura simple de costillas (jóvenes y ancianos no neumopatas), analgesia y observación
- 2.- Heridas no penetrantes (sin disnea y con radiografía de tórax normal), sutura o cura y analgesia y observación general
- 3.- Trauma contuso amplio no penetrante: ingreso para observación. Electrocardiograma, ecocardiograma, tomografía axial computarizada
- 4.- Traumas penetrantes y perforantes:
 - Ingreso y manejo por cirujanos

Urgencias en Cirugía

- Toracotomía (drenaje pleural bajo sello de agua) en la mayoría de los casos. Cierre de la herida
- Toracotomía (cirugía a tórax abierto) raramente es necesario

Nota: en lesiones toracoabdominales generalmente se resuelve con:

- a) Toracotomía (drenaje pleural)
- b) Laparotomía.

En todos los casos que se coloque el drenaje torácico, este permanecerá 48-72 horas mínimo, luego de la expansión pulmonar y sin fuga de aire y/o sangre, para su retiro.

Trauma Abdominal

Clasificación

- Cerrado
- Punzopenetrante

Criterios clínicos:

- Mecanismos de producción del trauma
- Detección de víscera lesionada (hueca o maciza)
- Datos de hipovolemia indican hemorragia interna o lesión de víscera sólida (hígado, bazo) o lesión de gran vaso sanguíneo (vena cava, arteria aorta)
- Herida visible con exposición de órganos intra abdominales.

Manejo

- Canalizar vía
- Estabilizar hemodinamicamente
- Hemograma
- Tipificación
- Examen de orina

Fractura se Clavícula

Criterios Clínicos:

- Antecedente de trauma
- Dolor
- Deformidad
- Edema
- Impotencia funcional

Medios Diagnósticos

- Hemograma Completo
- Tipificación
- Radiografía PA de hombro

Criterios de ingreso

- Fratura bilateral de clavícula
- Fracturas expuestas
- Fracturas muy desplazadas

Tratamiento

- Analgésicos
- Tratamiento conservador
- Vendaje en 8

Fractura de Húmero

Criterios Clínicos

- Edema
- Dolor
- Impotencia funcional

Medios Diagnósticos

- Hemograma
- Tipificación
- Radiografía AP y Lateral

Criterios de ingreso

- Expuestas
- Fracturas múltiples
- Lesiones neurovasculares

Manejo:

- Valoración por ortopedista

Fractura de Codo

Criterios Clínicos:

- Antecedente de trauma
- Deformidad
- Dolor
- Edema
- Impotencia funcional

Medios Diagnósticos

- Hemograma Completo
- Tipificación
- Radiografía Ap y Lateral de codo

Criterios de ingreso

- Fractura de la cabeza del radio
- Fractura de olecranon desplazado
- Fractura de la paleta humeral (del condilo, de la troclea)
- Fracturas expuestas

** Debe evaluarse la condición neurovascular distal.

Manejo:

- Analgésicos
- Valoración por Ortopedia.

Fractura de Hombro

Criterios Clínicos:

- Antecedentes de trauma
- Deformidad
- Dolor
- Edema
- Impotencia funcional

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Tipificación
- Radiografía Ap de hombro

Criterios de Ingreso

- Fracturas expuestas
- Lesiones asociadas

Manejo

- Analgésicos
- Valorar por Ortopedia

Fractura de Pelvis

Criterios Clínicos:

- Antecedentes de trauma
- Deformidad
- Dolor
- Edema
- Impotencia funcional
- Equimosis
- Rotación anormal
- Acortamiento de miembros inferiores

Medios Diagnósticos

- Hemograma
- Tipificación
- Examen de Orina
- Radiografía Ap ,Lateral, oblicuas a 45 grados; AP con 30 grados de inclinación cefálica y podálica
- Tomografía Axial Computarizada
- Urecistografía retrograda en caso de lesión uretral
- Tacto Rectal y Vaginal

Criterios de ingreso

- Todas se ingresan

Manejo

- Canalizar vía (Solución Lactato Ringer)
- Analgésicos
- Antimicrobianos

Fractura de Cadera

Criterios Clínicos:

- Antecedentes de trauma
- Deformidad
- Dolor
- Abultamiento de región del trocánter
- Acortamiento
- Rotación anormal del miembro
- Impotencia funcional

Medios Diagnósticos

- Hemograma Completo
- Tipificación
- Examen de Orina
- Electrocardiograma
- Radiografía de pelvis AP con foco en pubis
- Tomografía Axial Computarizada de cadera afectada

Criterios de Ingreso

- Todos se ingresan

Manejo

- Analgésicos
- Manejo por Ortopedia

Fractura de Femur

Criterios Clínicos:

- 1.- Historia de trauma
- 2.- Dolor
- 3.- Impotencia funcional
- 4.- Deformidad
- 5.- Acortamiento
- 6.- Aumento de volumen

Medios Diagnósticos:

- Hemograma
- Tipificación
- Radiografía de pelvis AP
- Radiografía de muslo Ap
- Radiografía Lateral de rodilla

Criterios de Ingreso

- Todos se ingresan

Manejo y tratamiento

- Canalizar vena (Lactato en Ringer)
- Inmovilización con férula y/o tracción
- Evaluar estado vasculo nervioso
- Evaluación general del paciente
- Heparina de bajo peso molecular
- Manejo por ortopedista

Fractura de Rotula (PATELAR)

Criterios Clínicos:

- Historia de trauma
- Dolor
- Edema
- Impotencia funcional

Medios Diagnósticos

- Hemograma
- Tipificación
- Radiografía AP y Lateral de Rodilla

Criterios de ingreso

- Fractura expuesta
- Fractura con más de 2 milímetros de desplazamiento

Manejo y tratamiento

- Canalizar vena (Solución Lactato Ringer)
- Inmovilizar con férula
- Manejo por ortopedista

Fractura de Tibia

Criterios clínicos:

- Historia de trauma
- Edema
- Dolor
- Deformidad
- Impotencia funcional

Medios Diagnósticos:

- Hemograma
- Tipificación
- Radiografía Ap y lateral de rodilla, pierna y tobillo.

Criterios de Ingreso

- Fractura Expuesta
- Fracturas muy desplazadas
- Fractura intraarticulares con desplazamiento de más de 2 milímetros

Manejo y Tratamiento

- Canalizar vena (Solución Lactato en Ringer)
- Inmovilizar
- Avisar a ortopedia
-

Fractura de Tobillo y Pie

Criterios Clínicos:

- Historia de trauma
- Dolor
- Edema
- Impotencia funcional

Criterios Diagnósticos:

- Hemograma
- Tipificación
- Radiografía Ap y Lateral de Tobillo y Pie

Criterios de Ingreso

- Fracturas Expuestas
- Compromiso neurovascular
- Fractura por aplastamiento

Manejo y Tratamiento

- Canalizar Vena(Solución Lactato Ringer)
- Inmovilización
- Manejo por Ortopedia

Fracturas Expuestas

Criterios Clínicos:

- Historia de trauma
- Dolor
- Herida, sangrado
- Movilidad anormal de la zona
- Edema
- Impotencia funcional

Criterios Diagnósticos:

- Hemograma
- Tipificación
- Glicemia
- Urea, creatinina
- Cultivo de área expuesta
- Radiografía Ap y Lateral

Criterios de Ingreso

- Toda fracturas expuestas se ingresan

Manejo y tratamiento

- Canalizar Vena(Solución Lactato Ringer)
- Analgésicos
- Antimicrobianos
- Inmovilización
- Manejo por Ortopedia

Heridad de Extremidades por Arma Blanca y de Fuego

Criterios Clínicos:

- Historia de heridas por arma blanca y/o de fuego
- Dolor
- Edemas
- Impotencia funcional
- Sangrado

Medios Diagnósticos:

- Hemograma
- Tipificación
- Radiografía Ap y Lateral
- Toda herida articular

Criterios de Ingreso

- Toda herida de arma de fuego se ingresa
- Heridas profundas por arma blanca que compromentan músculos, tendones, vasos o nervios
- Herida por arma blanca que comprometa músculos, tendones, vasos, venas y tejido óseo

Manejo y Tratamiento

- Canalizar Vena(Solución Lactato Ringer)
- Analgésicos
- Manejo por Ortopedia

Trauma Vascular en Extremidades

Definición:

Por su condición particular se debe sospechar en cualquier tipo de trauma (contuso, cortante o penetrante)

Criterios Clínicos

- Disminución o ausencia de pulsos periféricos
- Frialidad de extremidad afectada
- Pérdida de sensibilidad, parestesia, calambre
- Soplos
- Sangrado evidente (pulsátil- venoso)
- Hematoma en expansión
- Hipotensión
- Lesión asociada de nervios relacionados
- Cianosis de extremos distal (dedos)

Manejo

- Medidas de soporte general
- Control local del sangrado
- Inmovilizar extremidad afectada
- Canalizar extremidad contralateral
- Aviso urgente al cirujano

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo
- Tipificación
- Rx Ap y Lat de extremidad afectada

Criterios de ingreso

- Lesión traumática sitios cercanos a los vasos, con o sin trauma ósea asociado, debe internarse hasta descartar lesión

Síndrome de Compartimiento

Sospecharlo luego de trauma contuso o penetrante

Criterios Clínicos:

- Aumento de la circunferencia de la extremidad afectada
- Dolor severo
- Edema de la extremidad
- Déficit sensorial
- Disminución de pulsos distales al sitio de la lesión
- Imposibilidad para la marcha

Manejo

- Elevar extremidad afectada
- Analgésia
- No canalizar ni puncionar extremidad afectada
- Valoración Urgente por Cirujano

Herida Penetrante Toracica, Arma Blanca o de Fuego

Criterios clínicos

1. Evaluar penetrancia, mediante exploración bajo anestesia local y azul de metileno, en ausencia orificio salida, cuando así lo amerite.
2. Evaluar por posible evolución mórbida de lesiones menores

Medios Diagnósticos

- Hemograma completo, Grupo Rh,
- Pruebas cruzadas
- Rayos de Tórax. PA. Lateral
- RX simple de abdomen simple pie acostado
- Esfagograma con medio hidrosoluble
- Broncoscopía flexible
- TAC
- Ultrasonido Abdominal

Criterios de ingreso

- Ingresar en todo caso de lesión más allá de tejido superficial.
- En presencia de complicaciones neumotórax, hemotórax, insuficiencia respiratoria, taponamiento cardíaco, confusión pulmonar, contusión miocárdica.
- En presencia de lesión otros sistemas

MANEJO Y TRATAMIENTO				
DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	GABINETE	TRATAMIENTO
A	Lesión penetrante superficial, sin complicación: Ingresar N.V.O. *Signos horarios *Control ingesta excreta *Vigilar por S.I.R.	*Hemograma seriado cada 8 horas. *Electrolitos *N.U. *Creatinina *Orina	*Rx Tórax Pa y lat y control c/8 horas *Evaluar *ECO *Esofagograma *Broncoscopia *Angiografía	*Hidroterapia toxoide tetánico Cefalotina I.V. u otro Analgésico I Na en 24 hrs luego oral
B	Lesión penetrante complicación menor. Neumotórax, hemotórax, leve moderada, S.I.R leve, contusión pulmonar Igual At. Toracostomía Sonda torácica, sistema drenaje.	*Igual a A. *Igual a A y B	Igual A Monitoreo E.K.G P.A. Oximetría continuo	Igual a A transfundir hemoderivados Si requiere
C	Penetrante complicación mayor. Toracostomía en urgencias o en hospital nacional de acuerdo a evolución	*Igual a A y B	*Igual a A y B	Igual a A y B y de acuerdo a requerimientos de complicación

Trauma Cráneo-Encefálico

Criterios Clínicos:

- Historia de trauma
- Antecedentes de pérdida de conocimiento
- Lesiones evidentes de trauma
- Valoración neurológica actual
- Asumir trauma de columna vertebral hasta descartarlo
- Mantener inmovilización cervical hasta descartar lesión vertebral

Medios Diagnósticos:

1. Radiografía de columna cervical (paciente en decúbito supino y foco lateral)
2. Radiografía de cráneo A/P y lateral
3. Completar radiografía de columna cervical, si lateral es normal
4. Radiografía de Tórax (pulmón-costillas-vértebras)
5. Radiografía en proyección de Towne / Water según criterio médico
6. Radiografía de columna lumbar (puede haber más de una lesión vertebral)
7. Hemograma completo
8. Hemograma seriado en lactantes si hay Fx de cráneo
9. coagulación, Sangría y Tipificación
10. Otros exámenes de laboratorio a criterio médico
11. Tomografía Axial Computarizada de Cráneo si:
 - a) Paciente comatoso o Escala de Glasgow d" 13
 - b) Desigualdad pupilar
 - c) Signos de focalización
 - d) Se sugiere en todos los niños con Escala de Glasgow <13
 - e) Si hay deterioro neurológico

Criterios de ingreso

1. Todo paciente con historia de inconsciencia
2. Si hay evidencia de trauma craneal importante o sugerencia de intoxicación
3. Trauma abierto o herida penetrante
4. Pacientes con fractura de cráneo o vertebral

5. Si hay rinorragia u otorragia
6. Convulsiones post-trauma
7. Síntomas y signos neurológicos transitorios
8. Lesiones en otros sistemas

Para Hospitales Regionales no ingresar pacientes, si hubo pérdida de conocimiento o déficit neurológico, estos deben ser trasladados a Hospitales Nacionales

Otros:

Criterios de traslado:

1. Antecedentes de pérdida de conocimiento
2. Escala de coma de Glasgow d"13
3. Escala de trauma para adultos d"11
4. Escala de trauma pediátrico <9
5. Compromiso neurológico focal
6. De acuerdo a los hallazgos radiológicos
 - a) Lesión vertebral
 - b) Tomografía axial computarizada, anormal
7. Otorragia

Criterios para observar en Emergencia 12 horas:

1. Historia dudosa
2. Si no hay signos neurológicos ni estudios anormales
3. Ancianos y alcohólicos con historia dudosa
4. Lactantes con grandes hematomas de pericráneo

Criterios clínicos de egreso

Para pacientes que se observan en Emergencia

1. Si no hay cambios en la conducta
2. No déficit neurológico
3. Descartada otra patología

Egresar los casos de conmoción cerebral después de 24 horas si no hay complicaciones.

Puede requerir ingreso por lesión de otro sistema

Trauma Craneoencefálico sin Pérdida de Conocimiento

Criterios Clínicos:

1. Antecedentes de trauma
2. Cefalea
3. Vómitos
4. Patología cervical asociada

Medios diagnósticos:

1. Radiografía lateral de columna cervical
2. Si la radiografía lateral cervical es normal, hacer AP
3. Radiografía de cráneo AP y lateral

Criterios de ingreso:

1. Antecedentes de trauma
2. Vómitos
3. Cefalea importante

Criterios de egreso:

1. No cambios en la conciencia
2. No déficit neurológico
3. Descartada otra patología

Egresar 12 horas después de su ingreso si no hay complicaciones

Puede requerir internamiento si hay lesiones de otros sistemas

Hemorragia Subaracnoidea

Criterios clínicos:

1. Cefalea intensa de aparición brusca
2. Trastorno de la conciencia
3. Náusea – vómito
4. Crisis convulsiva
5. Rigidez de nuca
6. Déficit neurológico

Medios diagnósticos:

1. TAC sin contraste inicial
2. Punción lumbar si
 - a) Sospecha clínica
 - b) TAC negativa
 - c) Si no hay hipertensión intracraneal
3. Arteriografía de 4 vasos o Angio-TAC
4. Hemograma, Glicemia, BUN, Creatinina, TP, TPT

En Urgencias:

1. Reposo Absoluto
2. Asegurar vía aérea
3. Canalizar vena
4. Tomar muestras para laboratorio

Criterios de ingreso

Todo paciente con hemorragia subaracnoidea debe ser admitido a la Unidad de Cuidados Intensivos

Neumotórax

Criterios Clínicos

- Insuficiencia respiratoria progresiva
- Ingurgitación yugular
- Cianosis
- Desviación de la traquea al lado contra lateral
- Inestabilidad hemodinámica
- Hipo ventilación pulmonar lado afectado
- Antecedentes de trauma o herida punzo cortante o arma de fuego del lado afectado
- Trauma contuso tórax afectado
- Antecedente de neumotórax espontáneo previo
- Antecedente de E.P.O.C. o alguna neuropatía existente

Medios Diagnósticos

- Rx de tórax AP y lateral
- Rx de abdomen pie y acostado
- Gases arteriales
- Hemograma completo
- Grupo Rh
- TAC ante la sospecha de otra lesión agregada
- Ecocardiograma si sospecha de trauma miopericárdico

Criterios de ingreso

1. Insuficiencia respiratoria que requiere intubación y ventilación mecánica
2. Cianosis severa persistente
3. Neumotórax en asociación patología agregada intratoraxica: Hemotórax-Tórax inestable, Contusión pulmonar, Ensanchamiento de mediastino-Quilo tórax, etc.
4. Patología agregada extratoráxica en abdomen, Sistema Nervioso Central, osteomuscular, etc.

MANEJO Y TRATAMIENTO				
DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	GABINETE	TRATAMIENTO
A	<p>A: NEUMOTORAX SIMPLE</p> <p>1- Reposo</p> <p>2- Dieta</p> <p>3- O₂ a 2 litros por Minuto</p> <p>4- Vía intravenosa para Fluidos</p> <p>5-Toracostomia si neumotórax mayor 20% y colocación de sello de agua; si se resuelve en 48 hrs y no hay patología agragada, retiro de tubo traqueal en 48 hrs previo control Rx de tórax</p>	<p>1- Hemograma</p> <p>2- Grupo Rh</p> <p>3- Na-K-Ca</p> <p>4- Rx de tórax PA y LAT</p> <p>5- Gases arteriales</p>	<p>1- Rx tórax PA y LAT.</p> <p>2- Rx de tórax control post toracostomia y control en 48 hrs para valorar retiro de tubo pleural en neumotórax simple</p> <p>3- EKG</p>	<p>1- Fluidoterapia mantener via intravenosa</p> <p>2- Voltaren 1 amp IM c/8 hrs</p> <p>3- Acetaminofén + codeina 1 c/8 hrs por 12 días</p> <p>4- Keflin 1g. IV cada 6 hrs.</p> <p>5- Si se retira tubo en 48 hrs mantener por 5 días antibioticos por V.O.</p>

Trauma Vascular de Cuello

Criterios clínicos:

Abierto

1. Herida
2. Sangrado Arterial (pulsátil)
3. Soplo
4. Sangrado venoso
5. Disnea
6. Apoplejía
7. Shock hipovolemico-hipotensión
8. Crepitantes
9. Disminución ó pulsos
10. Lesión de nervios

Cerrado:

1. Contusión
2. Edema
3. Disnea

Medios Diagnósticos

- Hematocrito
- Grupo Rh
- Rx cuello
- Este paciente no se ingresa, se traslada según criterios:

Manejo:

- Vía aérea permeable
- Control hemorragia (ligadura o pinzamiento)
- Inicialmente solo compresión
- Vía parenteral venosa- reposición. Volumen
- Inmovilización de cuello
- Traslado a Hospital Regional

Criterios de ingreso

1. Verificar existencia de cirujano capacitado. Si no Trasladar
2. Disnea: Valorar criterio de intubación o traqueotomía en emergencias
3. Sangrado incoherente
4. Hipovolemia; Shock hipovolemico; Restablecimiento de volumen de inmediato
5. Lesión pulmonar Asociada: Sonda tórax en emergencia

Medios diagnóstico

- Radiografía cuello y tórax
- Hematocrito seriado c/8 hrs
- EKG
- Arteriografía del arco aórtico y selectiva
- Dopplex carotideo
- TAC con medio de contraste
- Laringoscopia – Broncoscopia
- Esófagograma ó esófagoscopia

Trauma Uretral con Lesión Ósea

Criterios clínicos:

1. Antecedentes de trauma perineal o pélvico
2. Uretrorragia
3. Imposibilidad miccional
4. Hematomas perineales y suprapubicos
5. Lesiones de pelvis ósea

Medios Diagnósticos

1. Hemograma completo
2. Grupo Rh
3. Uretrografía retrograda
4. Ultrasonido de vías urinarias

Criterios de ingreso

1. Ruptura uretral ya sea parcial completa

MANEJO Y TRATAMIENTO				
DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	TRATAMIENTO	OTROS
1	1. Cirugía urgente Cistostomía y alineamiento uretral. *Drenaje hematoma	1. Hemoglobina 2. Hematocrito	1. Analgésicos 2. Antibióticos (aminoglicosidos) 3. Antiespasmódicos	1. dieta corriente
2	1. Curación 2. Valoración permeabilidad de la sonda 3. Valoración por ortopedista			

Trauma Uretral sin Lesion Osea

Criterios clínicos:

1. Antecedentes de trauma perineal o pélvico
2. Uretrorragia
3. Imposibilidad miccional
4. Hemartrosis perineal y suprapubicas

Medios Diagnósticos

1. Hemograma completo
2. Tipificación
3. Uretrografía retrograda
4. Ultrasonido de vías urinarias

Criterios de ingreso

1. Ruptura uretral ya sea de pared o completa

MANEJO Y TRATAMIENTO				
DIA	PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	TRATAMIENTO	OTROS
1	1. Cirugía urgente Citostomia y alineamiento uretral. *Drenaje hematoma	1. Hemoglobina 2. Hematocrito 3. Grupo Rh 4. Urea/ Creatinina. 5. Glicemia	1. Analgésicos 2. Antibioticos (aminogluocosidos) 3. Antiespas- modicos	
2	1. Curación 2. Valoración permeabilidad de la sonda		identico	1. Levantarlo
3	1. Movilizar drenaje *Curación *Vigilar sonda	1. Hematocrito 2. Hemoglobina 3. Urocultivo	identico	2. Dieta
4	1. Retirar dreño		identico	1. Salida

Enfermedad Acido Peptica Quirurgica

Criterios clínicos:

1. Falla en tratamiento médico (3 meses tomando medicamentos y persisten síntomas y úlcera demostrable por endoscopia)
2. Estenosis pilórica
3. Sangrado (viejos, grupo y Rh inusuales, shock persistente)
4. Perforación
5. Penetración

Medios Diagnósticos

1. Exámenes preoperatorios según conducción del paciente
2. Gastroscopía
3. Serie Gastro duodenal
1. Ultrasonido
2. Curva acidez gástrica
3. Medición de gástrina, casos seleccionados

Tratamiento

Analgésicos: Lisalgil. Tamal

Antibioticoterapia

Criterios de ingreso

1. Determinación clínica de la enfermedad
2. Evidencia de complicaciones