



"PROFESOR JUAN BOSCH"

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

**GERENCIA MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA Y
ESPECIALIDADES**

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROTOCOLOS
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
Y ESPECIALIDADES**

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

INDICE

- I. Créditos**
- II. Generales del Departamento**
 - a) Nombre**
 - b) Descripción del Departamento**
 - c) Oferta de Servicios**
- III. División Administrativa**
 - a) Cargos del Departamento**
 - b) Organigrama**
 - c) Requisitos para los Cargos (Perfil Técnico)**
 - d) Línea de Mando, Funciones y Responsabilidades de los Cargos**
- IV. Derechos y Beneficios del Personal del Servicio.**
- V. Disposiciones Generales.**
- VI. Protocolos de Actuación del Departamento**
 - 1. Edema Agudo Pulmonar
 - 2. Trombo embolismo Pulmonar
 - 3. Insuficiencia Cardíaca
 - 4. Neumonía Adquirida en la Comunidad
 - 5. Hipertensión Arterial Sistémica
 - 6. Ataque Isquémico Transitorio
 - 7. Accidente Cerebro Vascular tipo Infarto Cerebral
 - 8. Accidente Cerebro Vascular Hemorrágico (Hemorragia Intracerebral o parenquimatosa)
 - 9. Encefalopatía Hipertensiva
 - 10. Hemorragia Sub Aracnoidea
 - 11. Pancreatitis Aguda
 - 12. Cardiopatía Isquémica: Infarto Agudo al Miocardio
 - 13. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
 - 14. Intoxicación por compuestos orgánicos fosforados
 - 15. Shock Anafiláctico
 - 16. Shock Hipovolemico

I. CREDITOS

Coordinación General:

Dr. José Peguero Calzada

Presidente Comité Pre-apertura

Dr. Ramón Alvarado

Director Regional de Salud

Gerente Medico y Servicios Complementarios:

Dr. Manuel Gil

Jefe Departamento:

Dr. Raúl Núñez Ureña

Consultor Principal:

Dr. Roberto Cerda Torres

Coordinación Técnica Consultoría:

Dra. Juliana Fajardo

Consultor para la Organización Área Clínica y Quirúrgica:

Dra. Violeta González Pantaleón

II. GENERALES DEL DEPARTAMENTO:

a) Nombre: DEPARTAMENTO MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

b) Descripción del Departamento:

Es la unidad clínica la Dirección Médica y Servicios complementario, que servirá de soporte en el manejo y evaluación de los pacientes en los diferentes departamentos quirúrgicos, en la atención clínica de los principales problemas de salud que afecta a la población mayor de 15 años.

c) Oferta de Servicios:

1. **Emergencias:** atención a las principales emergencias clínicas con servicios especializados las 24 horas.

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

2. **Hospitalización e Ínter consulta:** evaluación de los pacientes quirúrgicos hospitalizados que cursan con una entidad clínica.

Insuficiencia renal aguda y crónica. Hemodiálisis. Déficit neurológicos, secuelas neurológicas post trauma. Sepsis, gangrena, encefalitis post trauma. Depresiones, ansiedad, psicoterapia, crisis histérica, trastornos de conducta, intentos de suicidio. evaluación prequirúrgica. Colocación de catéter.

3. **Procedimientos diagnósticos:** como parte de la evaluación prequirúrgica y con fines diagnósticos terapéuticos.

Electrocardiograma, MAPA, Holter, Eco cardiograma, Broncoscopias, Video endoscopia y Colonoscopia. Fondo de ojo. Prueba de esfuerzo. Punción lumbar

4. **Consulta Externa:** patologías propias del área clínica en medicina general y especialidades clínicas: cardiología, medicina interna, gastroenterología, neurología.

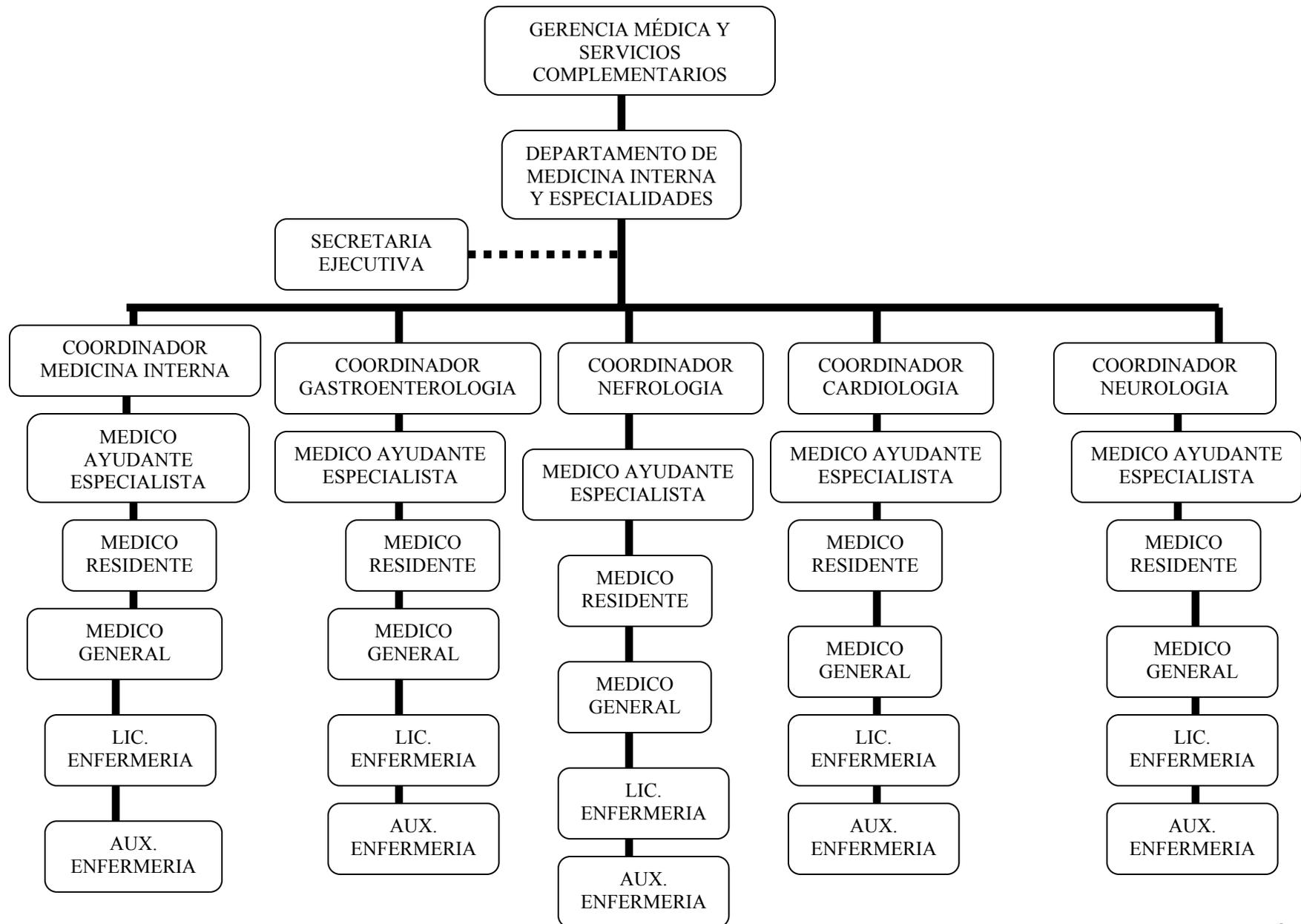
Evaluación y seguimiento ambulatorio del paciente post quirúrgicos, de ínter consultas externas y de casos ambulatorios, diagnósticos y manejos de patologías. Aplicación de tratamientos ambulatorios. HTA Sistémica, Cardiopatías hipertensivas e isquémicas. Anemias. Diabetes tipo 1 Y 2. Asma, Neumonía, Enf. Reumatológicas, otras.

III. DIVISIÓN ADMINISTRATIVA:

a) CARGOS DEL DEPARTAMENTO

- **Jefe Departamento**
- **Coordinadores de Servicios Especialidades Clínicas.**
- **Médicos Ayudantes especialistas**
- **Médicos Residentes**
- **Médicos Generales**
- **Lic. Enfermería**
- **Aux. Enfermeras**
- **Secretarias.**

b) ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO



c) REQUISITOS PARA LOS CARGOS DEL SERVICIO

JEFE DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

- Poseer exequátur de ley.
- Edad promedio 38 a 45 años
- Medico internista graduado en una escuela reconocida y avalada por una universidad reconocida por el SEESCYT.
- Poseer por lo menos 5 años de práctica continua.
- De preferencia haber realizado cursos de post grado en la especialidad.
- Asistido Al menos 1 vez cada año, en los últimos 3 años, a Congresos Nacionales o Internacionales.
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos 3 años, más de 8 horas de duración.
- Haber publicado por lo menos 1 trabajo científico, ligado a su especialidad.
- Poseer capacitación en gerencia de salud (no imprescindible, pero si es elegido en el cargo debe capacitarse en esta área)
- Capacidad de organización y trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Vocación de liderazgo.
- Demostrar competencia para el cargo.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.

MEDICO COORDINADOR DE SERVICIO ESPECIALIDADES CLINICAS

- Poseer exequátur de ley.
- Edad promedio 35 a 45 años
- Medico internista con la sub-especialidad específica graduado en una escuela reconocida y avalada por una universidad reconocida por el SEESCYT
- Poseer por lo menos 5 años de práctica medica continua.
- De preferencia haber realizado cursos de post grado en la especialidad a fin.
- Asistido Al menos 1 vez cada año, en los últimos 3 años, a Congresos Nacionales o Internacionales.
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos 3 años, más de 8 horas de duración.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.

MEDICO AYUDANTE ESPECIALISTA DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

- Poseer exequátur de ley.
- Edad promedio 35 a 45 años
- Medico internista graduado en una escuela reconocida y avalada por una universidad reconocida por el SEESCYT
- Poseer por lo menos 5 años de práctica medica continua.
- Asistencia a dos cursos o congresos de su especialidad cada año.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Dominio del Computador. (Microsoft Office)
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.

MÉDICOS RESIDENTES DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

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

MEDICOS GENERALES DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

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

LIC. ENFERMERIA DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

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

AUX. ENFERMERIA DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

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

SECRETARIA DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

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

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

JEFE DEL DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

Superior Inmediato: Gerente Medico y Servicios Complementarios.

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

a) Labores Generales:

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

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

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

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

Actividades Periódicas:

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

Actividades Eventuales:

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

**MEDICO AYUDANTE COORDINADOR DE SERVICIO DEL DPTO.
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES.**

Superior Inmediato: Jefe Dpto. Medicina Interna y Especialidades.

Cargo (s) Bajo su Mando: Médicos Especialista, Lic. Enfermería, Médicos Residentes, Médicos Generales, Aux. Enfermería, Secretaria,

a) Labores Genéales:

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

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Garantizar la organización del área de trabajo.
- ✘ Garantizar la realización de la Historia Clínica en todos los casos hospitalizados dentro de las primeras 24 horas; si no es posible, escribir nota que lo justifique.
- ✘ Poseer el diagnóstico del usuario en las primeras 4 horas de ingresado en el centro; si no es posible, escribir nota que lo justifique.
- ✘ Pasar visita diariamente a todos los usuarios a su cuidado, tomando las medidas (diagnósticas y terapéuticas), indicando por escrito las que se derivan del proceso evolutivo de cada usuario.
- ✘ Garantizar la calidad del llenado de los registros (duros y formato electrónico) del servicio y la institución (Historia Clínica, descripción de cirugías, libros de registros de cirugías, consultas, mortalidad; Hoja de egreso, Biopsias, Laboratorio clínico, Ínter consultas, consentimiento de realización de procedimiento, certificado de defunción, Referencia, Contrarreferencia, entre otros).
- ✘ Dar de alta a los usuarios por orden escrita tomando en cuenta lo establecido en el protocolo de atención, asegurándose que la historia clínica este completa, que se ha realizado el resumen diagnóstico llenando la hoja correspondiente para tal propósito, lo cual certificara con su nombre en extenso y firma.
- ✘ Entrega de los usuarios a su cargo al personal que le sustituye en la guardia y las tareas que se deben realizar durante la guardia. Nunca debe entregar trabajos atrasados que sea de su responsabilidad; si ocurriese, debe tener una buena justificación.
- ✘ Realizar y garantizar la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio.
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe del servicio y sus compañeros.
- ✘ Garantizar y exigir el cumplimiento del trabajo del personal bajo su cargo, demandando disciplina y responsabilidad en la ejecución de las tareas asignadas. Brindando un trato humanizado y de respeto.
- ✘ Participar en las entregas de guardias.

Actividades Periódicas:

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

Actividades Eventuales:

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

MEDICO AYUDANTE ESPECIALISTA DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES.

Superior Inmediato: Coordinador del Servicio

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

a) Labores Genéales:

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

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

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

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

Actividades Periódicas:

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

Actividades Eventuales:

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

MEDICO RESIDENTE DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES O ROTANTE.

Superior Inmediato: Medico Ayudante Especialista

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

a) Labores Genéales:

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

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

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

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

Actividades Periódicas:

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

Actividades Eventuales:

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

MEDICOS GENERALES DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

Superior Inmediato: Medico Ayudante Especialista

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

a) Labores Genéales:

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

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

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

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

Actividades Periódicas:

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

Actividades Eventuales:

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

LIC. ENFERMERIA DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

Superior Inmediato: Medico Especialista, Medico Residente y General

Cargo (s) Bajo su Mando: Aux. Enfermería

a) Labores Genéales:

a) Labores Genéales:

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

b) Labores Especificas:

Actividades Diarias:

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

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

Actividades Periódicas:

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

Actividades Eventuales:

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

AUX. ENFERMERIA DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

Superior Inmediato: Lic. Enfermería

Cargo (s) Bajo su Mando: Ninguno

a) Labores Genéales:

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

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

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

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

Actividades Periódicas:

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

Actividades Eventuales:

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

SECRETARIA DPTO. MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES

Superior Inmediato: Jefe Dpto. Medicina Interna y Especialidades.

Cargo (s) Bajo su Mando: Ninguno

a) Labores Genéales:

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

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

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

Actividades Periódicas:

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

Actividades Eventuales:

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

IV. DERECHOS Y BENEFICIOS DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO.

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

V. DISPOSICIONES GENERALES DEL DEPARTAMENTO.

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

VI. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DEL DEPARTAMENTO.

- 1. Edema Agudo Pulmonar**
- 2. Trombo embolismo Pulmonar**
- 3. Insuficiencia Cardiaca**
- 4. Neumonía Adquirida en la Comunidad**
- 5. Hipertensión Arterial Sistémica**
- 6. Ataque Isquemico Transitorio**
- 7. Accidente Cerebro Vascular tipo Infarto Cerebral**
- 8. Accidente Cerebro Vascular Hemorrágico (Hemorragia Intracerebral o parenquimatosa)**
- 9. Encefalopatía Hipertensiva**
- 10. Hemorragia Sub Aracnoidea**
- 11. Pancreatitis Aguda**
- 12. Cardiopatía Isquemica**
- 13. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**
- 14. Intoxicación por compuestos órganos fosforados**
- 15. Shock Anafiláctico**
- 16. Shock Hipovolemico**

1. EDEMA AGUDO PULMONAR (J81.X)

1.1 Concepto:

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

1.2 Clasificación:

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

1.3 Signos y Síntomas:

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

1.4 Como se realiza el Diagnostico:

Historia Clínica y Examen físico
Rx tórax
EKG

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

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

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

1.6 Criterios para la hospitalización:

- Todo paciente en Edema Agudo pulmonar debe ser hospitalizado.

1.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Dieta cero hasta nueva orden
- Oxigenoterapia 4 lit/min.
- Signos vitales cada 30 min.
- Diuresis horaria y anotar
- Posición Sentada
- Torniquetes rotatorios en miembros (Sangría blanca)
- Solución Dextrosa al 5 % 1000 cc para vía. Si es diabético valorar solución Normofundin.
- Digoxina 0.50 mg de inicio, luego 0.25 mg EV cada 8 horas hasta completar 1.5mg
- (Esto si el paciente no ha estado tomando digoxina)
- Furosemida 20-60 mg EV cada 6 horas
- Aminofilina 125 mg EV cada 8 horas
- Si el paciente tiene HTA valorar antihipertensivos
- Capoten 50mg sub lingual y vía oral cada 8 horas
- Nitroprusiato de NA a 0.3-0.8 mcg/kg/min EV.
- Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas
- Gabinete: Ecocardiograma, EKG, Rx tórax PA
- Laboratorio: Electrolitos, (Na, K, Calcio, Mg), Aminotrasferasas(TGO,TGP), Hemograma, Orina, Glicemia, Urea, Creatinina.

1.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Pase de visita cada 1 hora, hasta que el paciente este hemodinamicamente mejor
- Vigilar estado de consciencia e hidratación
- Alimentación
- Búsqueda de los resultados de laboratorios
- Procurar que los estudios sean realizados a la menor brevedad posible.
- Evolución del paciente por lo menos 2 veces/día

1.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Usuario hemodinamicamente estable
- Con todos los estudios y/o procedimientos realizados que confirman el origen del evento.

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

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

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

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

2. TROMBO EMBOLISMO PULMONAR (126. X)

2.1 Concepto:

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

2.2 Clasificación: No aplica

2.3 Signos y Síntomas:

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

2.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

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

2.6 Criterios para la hospitalización:

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

2.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Oxigenoterapia 4-6 lit/min.
- Mantener vía canalizada con Solución Salina 0.9 % a 30 gotas por min.
- Heparina 5000-10000 UI de inicio, luego 1000 a 1500 UI cada 1 hora en infusión continua (15-25 UI/kg/Hora)

- También se puede utilizar: Heparina 10,000 UI de inicio, luego 5000 UI cada 4 horas midiendo el TC sin superar 2,5 veces el TC inicial.
- Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas
- Doloket 1 amp EV cada 8 horas
- Se debe iniciar tratamiento con Warfarina Sodica si es posible antes del 3er día de ingreso, seguido de Controles de TP y INR La dosis inicial es 5 mg VO.
- Si el usuario tiene TEP masivo y se encuentra hemodinamicamente inestable y tiene además disfunción diastolica del Ventrículo derecho y Hipertensión Pulmonar esta indicado el tratamiento fibrinolítico.
- Estreptoquinasa: 250,000 UI en 20 min., seguidos de 100,000 UI/h en 24 horas.
- Gabinete: Ecocardiograma, TAC helicoidal del tórax, Ecodoppler Ms Is,
- EKG, Gammagrafía V/P Rx tórax PA, Gases Arteriales. Dimero -D
- Laboratorio: Hemograma, orina, glicemia, TP, TPT, TC, TS, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, Electrolitos (Na, K, calcio) Dimero – D, acido úrico, transaminasas (TGO- TGP) , PCR, Eritrosedimentacion.

Nota: Si el paciente tiene deterioro hemodinámica debe ser manejado en sala de intensivos desde su inicio.

2.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Dieta cero
- Signos vitales cada 30 min. y -Diuresis horaria
- Temperatura por turnos de enfermería
- Vigilar estado general, consciencia,, función respiratoria.
- Medir PO2

2.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica general
- No signos infecciosos
- Estudios de gabinete completados
- Pacientes con anticoagulacion oral instaurada y medida por TP.

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

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

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

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

3. INSUFICIENCIA CARDIACA (150.X)

3.1 Concepto:

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

3.2 Clasificación:

Clase I: sin limitaciones. La actividad física ordinaria no ocasiona síntomas

Clase II: Ligera limitación de la actividad física. La actividad física ordinaria causa síntomas.

Clase III: Marcada limitación a la actividad física. Una actividad física menor a la ordinaria desencadena síntomas

Clase IV: Incapacidad para efectuar cualquier actividad sin síntomas. Síntomas presentes en reposo y estos son exacerbados con actividad ligera.

3.3 Signos y Síntomas:

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

3.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

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

3.6 Criterios para la hospitalización:

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

3.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Dieta hiposódica estricta con poco líquido
- Signos vitales cada 2 horas
- Temperatura por turnos de enfermería
- Vigilar función respiratoria, estado general, consciencia
- Oxigenoterapia 3-6 lit/min. SOS
- Solución D-5% 1000 cc para vía. Si es Diabético Solución Normofundin.
- Digoxina 0.25mg EV cada 8 horas hasta completar digitalización 1.5mg, luego 0.25 mg iba oral cada día.
- Carvedilol 6.25 mg VO cada 24 horas
- Enalapril 5 mg VO cada 24 horas
- Si no existe Enalapril se pueden utilizar Captopril 12.5mg, Lisinopril 5mg, Monopril 5 mg cada 24 horas.
- Agregar 20 meq de CLK a la solución (previa confirmación de que el paciente no tiene datos de IRC)
- Furosemida 20-40mg EV cada 12- 8- 6 horas dependiendo del edema y de la TA del paciente.
- Algunos pacientes necesitan Inotropo positivo no digitalico: Se utilizan Dobutamina a 4mg/kg/min. EV o Dopamina 5-10mg/kg /min.
- Anrinona 5mg/kg/min. (si esta disponible)
- Aspirina 325mg VO cada 24 horas.
- Estudios Complementarios: Ecocardiograma, EKG, Rx tórax,
- Laboratorios: Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, electrolitos, transaminasas, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, proteínas totales.

3.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Pasar visita diariamente
- Evolución diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.
- Pesar al paciente diario.

3.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Paciente estable hemodinámico
- No complicaciones agregadas.
- Pruebas y estudios realizados

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

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

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

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

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

4.1 Concepto:

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

4.2 Clasificación: No aplica

4.3 Signos y Síntomas:

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

4.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

- Identificar pacientes de alto riesgo y bajo riesgo y factores de comorbilidad.
Alto riesgo: ICC, EPOC, DM, IRC, Enf Coronaria, Hepatopatía Crónica, Inmunosupresión, alcoholismo, Trastornos neurológicos (ACV etc), TX con inmunosupresores, mayores de 65 años.
Bajo riesgo: pacientes jóvenes, sin enfermedad comorbida agregada
- Analítica básica: Hemograma, eritosedimentación, PCR, orina, PO₂.
- Rx de tórax AP y lateral.

4.6 Criterios para la hospitalización:

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

4.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Ingreso a sala
- Dieta dependiendo del estado del paciente y condiciones previas (HTA, DM)
- Oxigenoterapia 3-6 lit/min. x cánula nasal (si PO₂ es menor de 80).
- Signos vitales, diuresis, Temp. cada 2 horas

- Vigilar estado general, función respiratoria
- Solución Parenteral cada 8 horas de acuerdo a condición previa del paciente
- Sol Mixta 0.33% nacl (Ptes normales) Solución Salina 0.9% (diabético)*
- Antibioterapia: Dependerá de los Gérmenes mas frecuentes (forma empírica)
Sptrectococo Pneumonia, H. Influenzae, M. Catarralis, M. Pneumonia.
1-Maxifloxacin 400 mg EV cada 24 horas (solo)
2-Levofloxacin 750mg EV cada 24 horas
3-Ceftriazona 1 gramo EV c/12 hs + Claritromicina 500 mg EV c/12 hs 4-
Cefotaxima 1 gr EV c/ 12 hs + Claritromicina 500 EV c/12 hs
5- Amoxicilina /Clavulanato 1 g EV c/ 6 h.+ Claritromicina + Azitromicina EV
6- Betalactamico (penicilina Cristalina 4millones EV cada 4 horas) +
Claritromicina o Azitromicina 500 mg VO cada 24 horas
- Antipiréticos: Acetaminofen 500 –1 gr VO cada 6 o 8 horas, Metamizol sodio
1g EV cada 8 a 6 horas
- Mucolíticos:
Bromexina 1 ampolla EV cada 8 horas
Acetilcisteina (Fluimucil) 1 amp EV cada 8 o 6 horas
Ambroxol (Mucosolvan) 1 ampolla EV cada hora
- En caso de broncoconstriccion:
Aminofilina 5 mg /Kg. peso en 20 min. EV lenta) o 0.2 –0,6 mg/Kg. en
infusión
Hidrocortisona 100 mg EV cada 6 o 8 horas
Salbutamol 0.5 a 1cc diluido en 3cc solución salina cada 8 o 6 horas
(nebulizado)
- Realizar Rx tórax control
- Laboratorio: Hemocultivo, Cultivo de esputo, cultivo liquido pleural si tiene
datos de Derrame pleural, urea, gases arteriales, Electrolitos (na, k, calcio)
transaminasas, ERS, PCR, creatinina.

Condiciones especiales:

- Si sospechamos Pseudomonas: el tratamiento antibiótico podrá ser:
Ciprofloxacina 200 mg EV cada 12 horas
Amikacina cada 12horas a razón de 15 mg/kg peso.
Tazobactam 3 gr EV Cada 6 horas
Cefipime 1-2g EV cada 12 horas
- Si sospechamos de Anaerobios
Maxifloxacin 500mg Ev cada 24 horas + Ceftriazona 1gr EV cada 12 horas
Amoxicilina/Clavulanato 1g EV c/ 6 hs + Clindamicina 300-600 mg EV c/ 8 h.

4. 8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Cuidados de enfermería oportuno
- Vigilancia de signos vitales
- Alimentación
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita diariamente
- Evolución diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.

4.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad respiratoria y hemodinámica
- Ausencia de fiebre en 48 horas
- Saturación de oxígeno correcta
- Analítica reportada y estudios completados

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

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

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

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

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

5.1 Concepto:

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

5.2 Clasificación:

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

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

5.3 Signos y Síntomas:

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

5.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

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

- Toma de muestra para Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, ácido úrico.
- Rx de tórax PA y EKG

5.6 Criterios para la hospitalización:

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

5.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Admitir en sala
- Reposo en cama y Dieta hiposódica
- Signos vitales cada 1 hora las primeras 4 horas, luego cada 2 horas
- Vigilar estado general, función respiratoria, consciencia
- Solución Dextrosa al 5 % para vía. Si es diabético solución Normofundin. o fisiológica.
- Tx antihipertensivo: Se seleccionara de acuerdo a las condiciones mórbidas asociadas.
 - Si existe falla cardiaca preferimos: Diuréticos, BB, IECA, BRA, Antagonista Aldosterona.
 - Si el paciente cursa post infarto o Cardiopatía isquemia asociada: BB, IECA, antagonista de Aldosterona
 - Si tiene alto riesgo de ACV: BB, IECA, BCC
 - Si es diabético: Tiazidicos, BB, IECA, BRA, BCC
 - Si tiene enfermedad renal crónica: IECA, BRA, puede usarse Calcio Antagonistas

Nota: Generalmente debe usarse combinación de 2 drogas o mas de acuerdo a la Respuesta del paciente.

- Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas solo en caso de pacientes con mucho estrés.
- Pruebas complementarias: EKG, Ecocardiograma, Rx de tórax PA, Sonografía abdominal. Si el paciente tiene datos de focalización neurológica es mandatorio la TAC cráneo
- Laboratorio: Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, Acido úrico, transaminasas, Electrolitos, pruebas especiales si sospechamos de HTA secundaria (Cortisol, ácido vanidil mandélico, renina plasmática etc.)

5.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Cuidados de enfermería oportuno
- Vigilancia de signos vitales cada 2 horas
- Alimentación
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita diariamente y evaluación diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.

5.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Pacientes con cifras tensionales controladas (normales)
- Pacientes con estudios completados

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

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

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

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

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

6.1 Concepto:

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

6.2 Clasificación:

- Ataques isquémicos transitorios carotídeos
- Ataques isquémicos transitorios vertebro basílicos

6.3 Signos y Síntomas:

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

6.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

- Ingreso al hospital a fin de buscar causas etiológicas
- Descartar patologías que simulan TIA (hipoglucemia, tumor cerebral, hematoma, malformación vascular)
- Radiografía del Tórax PA, EKG, TAC cráneo
- Tomar muestras de laboratorios.
- Canalización de una vía con solución Fisiológica.

6.6 Criterios para la hospitalización:

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

6.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Admitir en sala
- Dieta a tolerancia
- Signos vitales, diuresis, temp. Cada 2 horas
- Vigilar estado general, función respiratoria, consciencia
- Solución Mixta 0.33 nacl 1000 cc para vía o solución fisiológica
- Medicamentos: se definirá de acuerdo a si el paciente tiene o no enfermedades previas como son HTA, DM, Cardiopatía (FA, estenosis mitral) dislipidemia.
 - Paciente es HTA: Antihipertensivo de elección IECA, Ara II, Beta bloqueador Cardioselectivo.
 - Anticoagulante: Heparina sodica: 5 mg/Kg. peso/ día manteniendo TP entre 1,5 -2.5 si existe una fuente Cardíaca de émbolos como es (FA, prótesis valvular, IM reciente -2 meses) No usar ante discrasias sanguíneas, nefropatías grave y úlcera péptica activa.
 - Coumadin 5 mg vo por día (TP- INR 2.5-3.5)
 - Si no existen una fuente Cardíaca de émbolos se prefiere iniciar con AAS 100-300 mg vo cada día
 - Clopidogrel 75 mg vo cada día
 - Si existe sospecha de trastornos vascular (arteritis, conectivopatía): Corticoesteroides Dexametasona 8 mg EV cada 8 horas
 - Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas
- Pacientes con demostración de émbolos clínicos se puede proceder a Endarterectomía.
- Pacientes con Uncoartrosis (compresión arteria vertebral por artrosis cervical) se le puede realizar uncoforaminectomía.
- Colocación de filtros arteriales y Stent endovascular
- Pruebas complementarias: EKG, Ecocardiograma, Doppler Carotideo, Rx tórax PA, TAC cráneo, RM cráneo, Angiografía x TAC.
- Laboratorios: Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, colesterol, Triglicéridos, ácido úrico, Homocisteína, TC, TS, TP, TPT, Hemocultivo si se sospecha Endocarditis, VDRL, HIV, Anticardiolipina, PCR.

6.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Cuidados de enfermería oportuno
- Vigilancia de signos vitales cada 2 horas
- Alimentación
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita por lo menos 2 veces por día
- Evolución diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.

6.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica
- Buen estado clínico
- Estudios Completados

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

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

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

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

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

7.1 Concepto:

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

7.2 Clasificación:

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

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

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

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

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

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

7.3 Signos y Síntomas:

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

7.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

- Verificación de vías aéreas
- Mantener adecuada oxigenación y saturación de O₂
- Oxígeno a 4-6 lit/min.
- Canalizar vía con Solución Salina 0.9%
- Administrar: Piracetan 12gr EV en 1 hora. Somazina 1 gr. EV c/8 horas.
Nimodipina 1 fco EV pasar en 30min a 1 hora
- Realización de TAC cráneo, EKG
- Analítica: Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, colesterol, TC, TS, TP, electrolitos (Na, k, calcio, mg, cloro), triglicéridos, PCR.

7.6 Criterios para la hospitalización:

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

7.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Reposo en cama a 30 grados
- Dieta cero las primeras 6 horas, luego a tolerancia de acuerdo a su estado de consciencia
- Signos vitales cada 30 min. las primeras 3 horas, luego cada 1-2 horas
- Medir diuresis horaria.
- Medir temperatura cada 4 horas
- Vigilancia del estado de consciencia, focalización neurológica
- Ejercicios pasivos de miembros
- Movilizar y puño percutir tórax cada 2 horas
- Bajar Temp. Con medio físicos, en su defecto Metamizol EV 1g sos
- Colocación de guantes con agua en puntos de apoyo
- Colocación de sonda vesical y SNG fijos (en pacientes estuporosos o coma)
- Mantener lecho tendido, limpio, seco, libre de arrugas.
- Solución Salina 0.9% 1000 cc EV cada 12 o 8 horas
- Medicamentos:
 - Heparina sodica 5 mg/kg/día (si se sospecha ACV Cardioembolico)
 - Citicolina 1g EV cada 8 horas
 - Nimodipina 30mg vo cada 8 horas
 - Nootropil 1 g EV cada 6 horas
 - Antiagregacion plaquetaria: Clopidogrel 75mg vo cada día.
 - Ticlopidina 250 mg vo cada 24 horas
 - Manitol (Solo si se demuestra edema cerebral) 15 -30 gr. EV cada 6 horas
 - Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas
- Cuando este disponible y el paciente tenga criterios clínicos, y menos de 3 horas de evolución del cuadro podrá plantearse Tx a base de RTPA a razón de 0.9 mg/kg. 10% en bolus y el resto en 60 min.
- Si el paciente presenta datos de bronco aspiración y manipulación de sondas, se plantea el uso de Antibioterapia:

- Betalactámicos. (Ampicilina 1gr EV cada 6 horas)
- Cefalosporinas (Ceftriazona 1g EV cada 12 horas)
- Presencia de Hipertensión arterial se procederá a disminuir la TA con inhibidores de ECA, beta bloqueador manteniendo una TA media superior a 130 Mmhg.
- Diabético corrección de su glicemia mediante la utilización de Insulina Corriente (regular) según esquema de glicemia cada 6horas
- Convulsiones: Difenilhidantoina sodica 100mg EV cada 8horas. Pudiéndose yugular la crisis convulsiva con Diacepan 10mg EV en bolus.

7.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Cuidados de enfermería oportuno,
- Vigilancia de signos vitales cada 2 horas
- Alimentación
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita por lo menos 2 veces por día
- Evolución diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.
- Cuidos y tratamientos especiales por el área de Fisiatría y Fisioterapia.

7.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica
- Buen estado clínico
- No complicaciones

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

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

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

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

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

8.1 Concepto:

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

8.2 Clasificación: Por su etiología:

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

8.3 Signos y Síntomas:

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

8.4 Como se realiza el Diagnóstico:

- Historia Clínica y Examen físico
- Imágenes diagnósticas: TAC cráneo, RM cráneo, RM T₂
- Pruebas de laboratorio complementario para diagnóstico etiológico.

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

- Aproximación diagnóstica por clínica y TAC cráneo
- Mantenimiento de vías áreas permeables, signos vitales, función cardíaca
- Valorar escala de consciencia según Glasgow.
- Si el paciente está comatoso con disfunción respiratoria debe intubarse (Glasgow 8 o menos) o que tenga hipoxia PO₂ < 60 o PCO₂ > 50, o con riesgo de bronco aspiración.
- Oxigenoterapia 4-6 lit/min.
- Canalización de vía con Catéter
- Solución Salina 0.9% 1000 cc EV cada 12 horas
- Tratar la hipertensión arterial cuando esta es superior a 190/110 o TA media es superior a 130mmhg, con Enalapril EV o beta bloqueador (labetalol)
- Uso de Manitol 15-50gr EV cada 4-6 horas
- Si convulsiona: Difenil hidantoína sodica 100 mg EV cada 8 horas
- Realizar: TAC cráneo, Rx tórax, EKG,
- Analítica: Hemograma, orina, glicemia, TC, TS, TP, electrolitos(Na, k, calcio, mg, P), urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, PCR,

8.6 Criterios para la hospitalización:

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

8.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Reposo en cama a 30 grados
- Colocar la cabeza del paciente de manera centrada
- Dieta cero las primeras 24 horas
- Signos vitales, diuresis, cada 1 hora
- Temperatura cada 2 horas
- Movilizar y puño percutir tórax cada 2 horas
- Sonda vesical y levin fijos
- Oxigenoterapia a 4 lit/min.
- Colocación de guantes con agua en puntos de apoyo
- Lecho tendido limpio, seco, libre de arrugas
- Solución Salina 0.9 1000cc EV cada 12 o 8 horas (no usar solución glucosaza)
- Mantener Temperatura a 37 °C mediante el uso de Metamizol EV, Paracetamol y medidas físicas.
- Manitol 15 a 50 gr EV cada 4-6 horas
- Nimotop 30-60 mg cada 8 horas
- Agregar 15 Meq de CLK a cada solución (dosis máxima por día 40-50 meq)
- Metoclopramida 1 amp EV cada 8 horas (si tiene vómitos)
- Ranitidina 50 mg EV c/ 8 hs. o inhibidores de bomba como al Omeprazol EV.
- Tratar la HTA del paciente a base de ECA y/o betabloqueadores (Enalapril EV o Vía oral, Captopril, Atenolol)
- Completar estudios: TAC cráneo, RM cráneo, Rx tórax, EKG, Angiografía cerebral,
- Analítica: Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, VDRL, HIV, TC, TS, TP, transaminasas, PCR , electrolitos, gases arteriales.
- Evaluar por neurocirugía a fin de plantear tx quirúrgico en usuarios con Hemorragia Cerebelosa y hematomas mayores de 10cc con causa estructural (aneurismas, malformación A-V, Hemorragias intraventriculares, obstrucciones ventriculares asociadas a hidrocefalia y otras)
- Evaluación y seguimiento por Medicina de Rehabilitación.

8.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Cuidados de enfermería oportuno,
- Vigilancia de signos vitales cada 2 horas
- Alimentación
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita por lo menos 2 veces por día
- Evolución diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.
- Cuidos y tratamientos especiales por el área de Fisiatría y Fisioterapia.

8.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica
- Estabilidad respiratoria
- Estudios de gabinete realizados
- Mejora del estado de consciencia

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

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

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

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

9. ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA (167.4)

9.1 Concepto:

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

9.2 Clasificación: Por su etiología o Secundaria a:

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

9.3 Signos y Síntomas:

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

9.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

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

- Otros medicamentos utilizables son: Metoprolol 100-40 mg /día, Hidralacina 10-20 mg cada 20 min., Enalaprilato 0.625- 2,50mg EV cada 6 horas
- Realizar pruebas diagnósticas: TAC cráneo, EKG, RM cráneo, EEG
- Tomar muestra para pruebas de laboratorio: Hemograma, orina, urea, creatinina, TGO, TP, colesterol, triglicéridos.

9.6 Criterios para la hospitalización:

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

9.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Admitir en sala y reposo en cama
- Solución D-5% 1000 cc para vía
- Tratamiento antihipertensivo EV administrado en Emergencia.(continuarlo)
- Iniciar terapia de antihipertensivo oral a base de Inhibidores de ECA, calcio antagonistas, beta bloqueadores (Capoten 50mg cada 8 o 6 horas, Metoprolol 100 VO cada 24 o 12 horas, Nifedipino 20 mg vo cada 8 horas)
- Realizar Ecocardiograma, Sonografía abdominal, Arteriografía.
- Completar estudios de Laboratorio.

9.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Cuidados de enfermería oportuno
- Dieta: en las primeras horas cero, luego dependiendo estado de consciencia. Siempre hiposódica.
- Signos vitales cada 30 min., diuresis cada 1 hora
- Temp. por turnos de enfermería
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita por lo menos 2 veces por día y Evolución diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.
- Cuidos y tratamientos especiales por el área de Fisiatría y Fisioterapia.

9.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad clínica
- Niveles de TA controlados
- Estudios de gabinete realizados
- Mejora del estado de consciencia, no alteración

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

- Nombre de la patología y causas desencadenantes que la pudieron provocar
- Manejo que le fue realizado y medidas preventivas
- Complicaciones frecuentes y /o futuras
- Necesidad de seguimiento medico y de Terapia física

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

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

10. HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA (160.7)

10.1 Concepto:

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

10.2 Clasificación:

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

10.3 Signos y Síntomas:

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

10.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

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

- Anamnesis exhaustiva a fin de establecer el diagnóstico
- Realizar TAC cráneo
- Canalizar vía con Solución Salina 0.9 NaCl 1000 cc EV cada 8 horas
- Primperan 1 Ampolla EV cada 8 horas (si tiene vómitos)
- Epamin 100mg EV cada 8 horas (Si el paciente debuta con convulsiones)
- Tratamiento antihipertensivo solo si TA diastolica es mayor de 110 MmHg, debiendo tenerse en cuenta la TA media del paciente a fin no producir hipotensión brusca.

- Manitol 15 gramos EV cada 6 horas (solo si evidenciamos datos de Hipertensión endocraneal).
- Realizar: Hemograma, orina, glicemia, urea, creatinina, sodio, potasio, calcio, TC, TS, TP, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, PCR, transaminasas.

10.6 Criterios para la hospitalización:

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

10.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Reposo en cama a 30°
- Dieta suave o líquida (si el paciente está consciente) de lo contrario dieta cero.
- Vigilar estado general, consciencia, focalidad neurológica
- Signos vitales cada 1 hora
- Solución Salina 0.9 1000 cc EV cada 8 horas
- Nimodipina 30-60mg VO cada 4 horas o 1-2g EV cada 8 horas
- Manitol 15 g EV cada 6 horas (edema cerebral)
- Epamin 100 mg EV cada 8 horas (si convulsiona)
- Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas
- Analgésicos EV cada 6 horas (Ketoprofeno, Ketocorolaco, Metamizol etc.)
- Tratamiento antihipertensivo: Inhibidores de ECA, Betabloqueadores
- Corrección hidroelectrolítica si se presenta
- Evaluación urgente con Neurocirugía a fin de practicar tratamiento quirúrgico, endovascular o abierto.
- Realizar los estudios solicitados en Urgencia: TAC, Angiografía cerebral por TC, Angiografía Cerebral por RM, Angiografía Cerebral digital convencional, EKG.

10.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Colocación del paciente en cama (30°)
- Cuidados de enfermería oportuno
- Vigilancia de signos vitales cada 1 hora
- Dieta suave o líquida (si el paciente está consciente) de lo contrario dieta cero.
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita por lo menos 2 veces por día
- Evolución diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.
- Cuidos y tratamientos especiales por el área de Fisiatría y Fisioterapia.

10.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica
- Estabilidad respiratoria
- Estudios de gabinete realizados
- Mejora del estado de consciencia

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

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

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

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

11. PANCREATITIS AGUDA (K85.4)

11.1 Concepto:

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

11.2 Clasificación:

Clasificación Consenso de Atlanta

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

Clasificación de Baltasar.

Grado A: páncreas normal.

Grado B: aumento del páncreas focal o difuso.

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

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

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

11.3 Signos y Síntomas:

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

11.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

- Canalizar dos vías periféricas de buen calibre.
- Laboratorios: Hemograma, Química sanguínea, Electrolitos sericos, Amilasa y Lipasa, Basar el diagnostico en la determinación serica de amilasa y lipasa.
- Radiografía simple de abdomen
- Radiografía de tórax.
- Sonografía abdominal,
- Pancreatitis aguda leve o de evolución benigna (pancreatitis biliar, Ingreso de preferencia en el servicio de cirugía).
- Pancreatitis alcohólica, ingreso preferente en el servicio de Patología digestiva. Investigar y tratar la causa.

11.6 Criterios para la hospitalización:

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

11.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

La mayoría de los casos de pancreatitis aguda mejoran entre los 3 y 7 días.

- El manejo es el de prevenir las complicaciones.
- Vigilar el estado hemodinámica, metabólico, pulmonar y renal.
- Los usuarios deben ponerse en ayuno absoluto.
- Iniciar Nutrición Parenteral Total (NPT), 35 a 40 Kcal.kg de peso por día, ante la imposibilidad de iniciar dieta oral durante mas de cinco días.
- Colocar sonda nasogástrica en presencia de vómitos u íleo, para aspiración nasogastrica continua.
- Es necesario reponer líquidos en forma agresiva, en función de la situación hemodinámica:
- Una disminución de orina por debajo de 30 ml por hora es indicación de reemplazo inadecuado de líquidos.
- Monitorice los niveles sericos de glucosa. al inicio cada 4 horas, luego de 24 a 48 hs, cada 6 horas.
- TAC urgente (primeras 24-48 horas) y seguimiento de TAC si se agrava el usuario repetir a los 8-10 días.
- Control del dolor. De inicio con Meperidina (Demerol), 25-100 mg IV/IM cada 4 a 6 horas, luego con Ketorolato (Supradol), 60 mg IV/IM de inicio, continuar con 15 a 30 mg IV/IM cada 6 horas. o Tramadol (Tramal o Admón.) 100 mg en 100 ml de solución glucosada al 5%, Administrar IV en 20 minutos.

Nota: La Morfina no esta indicada debido a que puede causar espasmo del esfínter de Oddi, y exacerbar la pancreatitis.

- Antibióticos: No se recomienda el uso rutinario de antibióticos.
- En pancreatitis infecciosa, se utiliza de inicio Cefotaxina 1 a 2 gr. IV cada 6 horas, O Cefotetan 1 a 2 gr. IV cada 12 horas., O Imipenem 1.0 gr IV cada 6 horas.
- Reiniciar dieta oral en cuanto se normalicen las enzimas (2-4 días).

- Profilaxis para la Abstinencia Alcohólica.
 - Lorazepam (Activan) 1-2 mg IM/IV cada 4 a 6 horas, durante 3 días.
 - Tiamina 100 mg IM/IV durante 3 días.
 - Ácido Fólico 1 mg IM/IV durante 3 días
 - Multivitaminas. (establecer Dosis y vía)

11.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Colocación del paciente en cama (30°)
- Dieta cero
- Cuidados de enfermería oportuno
- Vigilancia de signos vitales cada 1 hora
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita por lo menos 2 veces por día
- Evolución diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.

11.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Ausencia de dolor.
- Estabilidad hemodinámica.
- Tolerancia a la vía oral.

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

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

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

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

12. CARDIOPATÍA ISQUEMICA: INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (125.5)

12.1 Concepto:

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

12.2 Clasificación:

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

12.3 Signos y Síntomas:

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

12.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

- Realizar EKG de 12 derivaciones, si el infarto es de cara inferior realizar círculo torácico (Derivaciones derechas y posteriores)
- Oxígeno terapia 3 lts/min
- Administrar Aspirina 325 mgs masticada
- Canalizar vía venosa de buen calibre
- Administrar nitratos Sub-Lingual. 5 mgs, repetir cada 5 minutos por tres dosis.
- Administrar analgésicos IV: Morfina 3 – 5 mgs IV seguida de 2 – 5 mgs IV C/ 5 – 15 mins hasta completar 15 mgs. O Meperidina 25 – 50 mgs IV, repetir a los 15 mins. O Nalbufina 5 – 10 mgs IV, repetir a los 15 mins.

- Tomas muestra sanguínea para hemograma, cpk, cpk-mb, troponina, mioglobina (si la hay), tp, tpt, electrolitos séricos, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, gases arteriales si es necesario.
- Iniciar Trombolisis segun guia indicada:
- Trasladar a UCI en el menor tiempo posible, idealmente a los 20 – 30 minutos de su llegada al hospital.

12.6 Criterios para la hospitalización:

- Todos los usuarios con IAM se ingresan a la UCI

12.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Reposo absoluto en cama por 12 – 24 horas.
- Oxígenooterapia a 3 litros/min por cánula nasal, durante 24 horas.
- Aspirina 325 mgs C/24 horas, la primera dosis masticada. Luego via Oral.
- Clopidogrel 300 mgs de inicio en caso de contraindicación a la aspirina, luego 75 mgs C/24 horas. O Ticlopidina 250 mg VO, cada 12 horas.
- Analgesia: Morfina 3 – 5 mgs IV seguida de 2 – 5 mgs IV C/ 5 – 15 mins hasta completar 15 mgs. O Meperidina 25 – 50 mgs IV, repetir a los 15 mins. Nalbufina 5 – 10 mgs IV, repetir a los 15 mins.
- Nitroglicerina: Dosis de 20 mgs agregados a 100 cc de solución Dextrosa al 5%; iniciar a 10 microgramos / min IV (3 cc/hora), durante 48 horas, y en usuarios sin hipotensión arterial, bradicardia o taquicardia.
- Fibrinolítico: Estreptokinasa (SK): Dosis de 1.5 millones de unidades diluidas en 10 cc de solución y luego agregar a 100 cc de solución Dextrosa al 5%, pasar en 1 hora.
- Antitrombóticos: Heparina sódica: Cuando se administra t – PA se inicia antes de ésta con un bolo de 60U/Kg y se continúa con 12 U/Kg durante 48 horas, manteniendo un TPT entre 50 – 70 segs ó 1.5 – 2 veces el control. O Enoxaparina: Dosis de 1 mg/Kg de peso, sc, C/12 horas, con t – PA. Warfarina: Mantener INR entre 2 – 3 y se usa en usuarios con alto riesgo de embolia sistémica, 5 a 10 mgs VO por día, (IAM anterior extenso, fibrilación auricular, embolia previa, trombo intracavitario).
- En los usuarios que se administra SK usamos Heparina sódica a dosis de 7,500 unidades sc C/12 horas, ó Enoxaparina 40 mgs sc C/24horas, ó Nadroparina cálcica 0.3 cc sc C/12 horas.
- En los usuarios que no se administra el fibrinolítico usamos Heparina sódica ó Enoxaparina igual como esta establecido anteriormente.
- Betabloqueantes: Metoprolol: Dosis de 5 mgs IV en 2 mins, repetir C/5 mins hasta 15 mgs. Continuar con 50 mgs VO a las 6 horas de dosis IV, y luego 50 – 100 mgs VO C/24 horas a partir del segundo día. O Atenolol: Dosis de 5 mgs IV en 2 mins, repetir a los 10 mins. Continuar con 50 – 100 mgs VO C/24 horas, iniciando 1 hora después de la dosis IV. O Propranolol 10 – 20 mgs IV ó VO C/8horas.
- Los BB se usan si la Frecuencia Cardiaca es mayor de 60 latidos/mins, ó TAS mayor de 100 mmHg. O que no exista un bloque AV avanzado.
- Inhibidores de la ECA: Captopril 6.25 – 12.5 mgs VO inicialmente, luego 25 – 50 mgs C/8 horas. O Ramipril 2.5 mgs VO 2 veces/día los primeros 2 días, luego 5 mgs 2 veces/día.

- Los IECA se inician generalmente al tercer día del IAM.
- Bloqueantes de los Canales de Calcio: No están indicados salvo en aquellos usuarios que tienen contraindicación a los BB; sólo Verapamil 80 – 240 mgs VO C/ 8 horas. O Diltiazem 30 – 60 mgs VO C/8 horas.
- Hipolipemiantes: Atorvastatina 20 mgs/día. O Sinvastatina 40 mgs/día. O Pravastatina 40 mgs/día-
- Sedantes: Bromazepán 3 – 6 mgs C/12 horas VO. O Diazepan 5 – 10 mgs VO. O Alprazolam 0.5 – 1 mg VO.
- Laxantes: Leche de magnesia 20 – 30 cc VO C/24 horas.
- Bloqueadores H2 Ranitidina 50mg IV, cada 8 horas. U Omeprazol 20 a 40 mg IV o vía Oral cada 12-24 horas. O Sucralfato 1 Gr. V.O cada 6 a 8 horas.

12.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Colocación del paciente en cama (30°)
- Cuidados de enfermería oportuno
- Vigilancia de signos vitales cada 1 hora
- Dieta suave o líquida (si el paciente está consciente) de lo contrario dieta cero.
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita por lo menos 2 veces por día
- Evolución diaria
- Realizar un EKG antes y después de la trombolisis, luego C/6 – 8 horas el primer día, después C/24 horas.
- Realizar Radiografía de tórax el primer y segundo día, luego C/48 horas.
- Realizar Ecocardiograma dentro de las primeras 72 horas y sujeto a evolución del usuario
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.

12.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Usuario con IAM no complicado entre 48 y 72 horas, Sin dolor torácico, ni cambios en el EKG en las últimas 24 horas y con enzimas cardíacas con disminución progresiva.
- Usuario con IAM complicado manejar según patología y considerar su traslado a un centro con servicio intervencionista y/o de cirugía cardíaca

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

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

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

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

Crterios Pronósticos para la Pancreatitis

Crterios de Ranson.

En la Admisión	Durante las 48 horas iniciales.
1- Edad > 55 años	1-Disminución Hto > 10%
2-Leucocitosis>16,000	2-Aumento BUN >5 mg/dl
3-Glicemia >200mg/dl	3-P02< 60 mmHg
4-LDH serico>350IU/L	4-Déficit de base .4 meq/l
5-AST . 250 U/L	5-Calcio serico <8 mg/dl
	6- Secuestro de líquidos . 6l.

Usuarios con:

Dos o más factores de riesgo, tienen mortalidad, de 1%

Tres o cuatro factores de riesgo tienen mortalidad de 16%.

Cinco o seis factores de riesgo tienen mortalidad de 40%.

Siete u ocho factores de riesgo tienen mortalidad de 100%.

13. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (REAGUDIZADO) (J44.1)

13.1 Concepto:

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

13.2 Clasificación:

- 1) Bronquitis crónica
- 2) Enfisema

13.3 Signos y Síntomas:

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

13.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

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

13.6 Criterios para la hospitalización:

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

13.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Oxigenoterapia, de acuerdo de la patología.
- Broncodilatadores: Beta2 adrenérgicos: Salbutamol 2.5-5 mg, 2-3 Inhalaciones c/ 4-6h. O
- Terbutalina: 250-300 µg/inhalación, 2-3 inhalaciones c/ 4-6. O Metilxantinas: Aminofilina dosis inicial de 5-6 mg/Kg/h. Dosis de mantenimiento 0.2 a 0.9 mgs/Kg/h. O Conbivent un vial para nebulizar c/ 4-8 horas.
- Anticolinérgicos: Bromuro de Ipratropio. 2 inhalaciones c/ 4-6h
- Antibióticos de amplio espectro si hay leucocitosis y/o fiebre, o previo a cultivo.
- Ceftriaxona 1-2 Gr c/12h. IV. + Claritromicina 500 mgs c/12h. IV. Continuar manejo de acuerdo al reporte de cultivo y antibiograma.
- Glucocorticoides: Metilprednisolona 0.5 mg/Kg, EV c/ 6h por 3 días. O Hidrocortisona 100 a 200 mgs, IV, cada 6 h.
- Mucolíticos: Ambroxol una ampolla, c/ 8 h, IV. O Fluimucil una ampolla, c/ 8 h, IV.
- Ventilación mecánica invasiva o no invasiva, de acuerdo a la necesidad del usuario.

13.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Colocación del paciente en cama (30°)
- Cuidados de enfermería oportuno
- Vigilancia de signos vitales cada 1 hora
- Dieta suave o líquida (si el paciente esta consciente) de lo contrario dieta cero.
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita por lo menos 2 veces por día
- Evolución diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.
- Mantener permeables las vías aéreas.

13.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad respiratoria
- Estudios de gabinete realizados
- Control del proceso infeccioso

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

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

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

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

14. INTOXICACIÓN POR COMPUESTOS ÓRGANOS FOSFORADOS (Y18.0)

14.1 Concepto:

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

14.2 Clasificación:

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

14.3 Signos y Síntomas:

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

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

14.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

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

- Valorar la permeabilidad de la vía aérea y en caso de insuficiencia respiratoria intubar.
- Identificar la vía de intoxicación: Si es ingerido lavado gástrico de inmediato, con solución salina y carbón activado. Si es piel y mucosas retirar la ropa y bañar al usuario.
- Canalizar una buena vía
- Quitarle la ropa contaminada y lavar, enérgicamente piel con jabón, antiséptico
- Iniciar tratamiento con atropina según se indica..

14.6 Criterios para la hospitalización:

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

147 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Garantizar una vía aérea permeable.
- Canalizar de inmediato una vena de gran calibre, con un catéter número 14 o 16
- Quitarle la ropa contaminada y lavar, enérgicamente piel con jabón, antiséptico
- Algunos sugieren un segundo lavado con etanol
- Si el usuario ingirió cantidades importante de órgano fosforados o carbamato, esta indicado realizar vaciamiento gástrico.
- Añadir carbón activado al líquido de lavado gástrico
- **Intoxicación Latente: Observación** durante 8 horas, para vigilar, la evolución de los síntomas
- **Intoxicación Leve:** Atropina, 1 mg por vía endovenosa, y pralidoxina, 1 gramo vía endovenosa. Hidratación con suero salino fisiológico, 2-3 litros para 24 horas. Vigilar vía aérea
- **Intoxicación Moderada:** Atropina, 1 a 2 miligramo, vía endovenosa, cada 15 a 30 minutos, hasta que surgan signos de atropinización (taquicardia, midriasis pupilar, agitación psicomotriz). Pralidoxina, 1 gramo vía endovenosa.
- **Intoxicación Severa:** Atropina, 5 miligramo cada 15 a 30 minutos, hasta que aparezcan signos de atropinización, y pralidoxina 1 a 2 gramos endovenoso. Si no se observa mejoría, después del tratamiento, aplicar inyección lenta de pralidoxina a 0.5 g por hora, Si hay insuficiencia respiratoria, intubar y conectar a ventilador mecánico.

Nota: Nunca suspender la administración de atropina de forma brusca, para evitar fenómeno de rebote. Al aparecer los signos de atropinización poner tres dosis adicionales de atropina y luego inicial la administración de atropina con una menor frecuencia de acuerdo a la sintomatología.

14.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Garantizar vía aérea permeable.
- Cuidados de enfermería oportuno
- Vigilancia de signos vitales cada 1 hora
- Dieta suave o líquida (si el paciente está consciente) de lo contrario dieta cero.
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita por lo menos 2 veces por día
- Evolución diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.

14.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilidad hemodinámica
- Estabilidad respiratoria
- Ausencia de datos de intoxicación.
- Usuario bien hidratado, eupneico, conciente, y sin efectos residuales.

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

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

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

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

15. SHOCK ANAFILÁCTICO (T78.2)

15.1 Concepto:

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

15.2 Clasificación: No aplica

15.3 Signos y Síntomas:

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

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

15.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

- Identificar la patología
- Garantizar la vía aérea permeable (Vigilar posible edema de glotis)
- Canalizar una buena vía
- Iniciar la administración de soluciones isotónica
- Iniciar administración de adrenalina e Hidrocortisona 200 mg I.V.
- Tomar muestra de laboratorio: Hemograma, electrolitos serico, Gases arteriales si hay compromisos ventilatorio, glucemia, creatinina.

15.6 Criterios para la hospitalización:

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

15.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- Garantizar permeabilidad de la vía aérea
- Canalizar una vena de gran calibre o una vena central
- Administrar oxígeno terapia, colocar una cánula de mayo y/o intubación para manejo mecánico de la ventilación si gasométricamente fuere necesario (insuficiencia respiratoria). En caso necesario y de obstrucción severa de vía aérea, realizar traqueostomía.
- Deposición de volumen. Se requiere la infusión de soluciones cristaloides isotónicas para mantener una presión arterial media de alrededor de 90mm Hg., y haya una presión venosa central entre 8 y 12 cm de agua.
- Infundir solución salina fisiológica, en bolus inicial de 1 litro, y que se continúe, usando como guía los parámetros hemodinámicos. La reposición de líquidos debe tomar en cuenta, el estado cardíaco previo del usuario.
- **Medicamentos:** Epinefrina: Se administra de 0.1 a 0.5 mg IV (0,1-0,5 ml de una solución 1:1.000), es la dosis usual usada para usuario hipotenso. En caso de hipotensión refractaria valorar la infusión continua, de 4 a 8 mg de adrenalina en 100 ml. de solución salina a dosis repuestas.
- Antihistamínicos: En adultos se usan 50 mgs, de difenhidramina vía endovenosa. Y dosis
10 a 20 mg de mantenimiento cada 6 a 8 horas, IV.
 - Corticosteroides: La dosis usual para adultos: 200 mg de hidrocortisona inicialmente IV, y continuar con 125 mg de metil prednisolona endovenosa, luego 62.5 mg Cada 6 horas durante 1 a 2 días.

Nota: La dosis de esteroide se espaciara en función de la repuesta del usuario.

15.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Colocación del paciente en cama (30°)
- Cuidados de enfermería oportuno
- Vigilancia de signos vitales cada 1 hora
- Dieta suave o líquida (si el paciente esta consciente) de lo contrario dieta cero.
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita por lo menos 2 veces por día
- Evolución diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.

15.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Usuario hemodinamicamente estable
- Revertido su estado anafiláctico
- Usuario con estabilidad respiratoria

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

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

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

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

16. SHOCK HIPOVOLEMICO (R 57.1)

16.1 Concepto:

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

16.2 Clasificación: Según el Tipo de Pérdida:

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

16.3 Signos y Síntomas:

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

16.4 Como se realiza el Diagnóstico:

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

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

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

16.6 Criterios para la hospitalización:

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

16.7 Manejo a realizar en sala de Hospitalización:

- La terapéutica básica consiste en la reposición del líquido perdido, lo ideal es reponer exactamente el elemento perdido. Esto último no siempre es posible en un principio, por eso ciertas medidas generales son útiles.
- La reposición debe guiarse de los parámetros hemodinámicas que se han modificados.
- Debe colocarse un catéter venoso central para la reposición de líquidos de acuerdo a la PVC. Esta última debe mantenerse entre 8 y 12 cm de agua.
- Los sueros salinos hipertónicos reponen volumen intravascular, sin aumentar el extravascular. Pueden usarse en usuarios con hipovolemia y edema cerebral.
- Restituir volúmenes con sangre total cuando las pérdidas son debida a hemorragia masiva aguda, tanto interna como externa. la cual dependerá de los niveles de hematocrito y de la estabilidad hemodinámica del usuario.

Nota: Las soluciones que contienen dextrosa no se deben emplear en las fases iniciales de la reposición de volumen.

El Cálculo del Déficit de Agua debe realizarse según la formula establecida:

$$\frac{\text{Na}}{140 - 1} \times \text{Agua Corporal Total} =$$

$$\text{Agua total Corporal Total} = 0.6 \times \text{Kg}$$

Nota: En mujeres ancianos y pacientes caquéctico se utiliza **0.5**

- El volumen de reto es de un litro de suero salino normal, que se administra en embolada de inicio. La terapia de mantenimiento, de líquidos se guía, de la PVC y los parámetros vitales.

16.8 Acciones Generales a realizar en sala de Hospitalización:

- Colocación del paciente en cama (30°)
- Cuidados de enfermería oportuno
- Vigilancia de signos vitales cada 1 hora
- Dieta suave o liquida (si el paciente esta consciente) de lo contrario dieta cero.
- Oxigenoterapia oportuna
- Pasar visita por lo menos 2 veces por día
- Evolución diaria
- Procurar que los estudios de laboratorio y gabinete se realicen a la menor brevedad.

16.9 Criterios a tomar en cuenta para autorizar su egreso:

- Estabilización de parámetros hemodinámicas como presión venosa central
- Gasto cardiaco estable
- Balance hídrico positivo
- Corrección de causa desencadenante.
- Niveles hemáticos (Hematocrito mayor de 30%).

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

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

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

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