



**HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
"FRAY ANTONIOALCALDE"**

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
GUIAS CLINICAS**



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
"FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

- 1 ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL
- 2 ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL
- 3 ASPIRACIÓN POR TRAQUETOMIA
- 4 CATETER SUBCLAVIO
- 5 CEFALEA
- 6 CETOACIDOSIS DIABÉTICA
- 7 COLICO RENAL
- 8 COMA HIPEROSMOLAR
- 9 DOLOR ABDOMINAL AGUDO
- 10 DOLOR EN CARA ANTERIOR DEL TORAX ✓
- 11 ESCALA DE GLASGOW
- 12 ESTADO DE CHOQUE
- 13 EVALUACIÓN DEL SARS
- 14 HIPOGLUCEMIA
- 15 INDICACIONES DE SANGRE Y DERIVADOS
- 16 INSUFICIENCIA CARDIACA
- 17 INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL
- 18 ISQUEMIA CORONARIA AGUDA
- 19 LAVADO BRONQUIAL
- 20 PARACENTESIS
- 21 REACCION ANAFILACTICA
- 22 REANIMACION CARDIOPULMONAR
- 23 SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
- 24 TÉCNICA DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA
- 25 TRAQUEOTOMIA
- 26 TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO
- 27 TRIAGE
- 28 TROMBOEMBOLIA PULMONAR
- 29 - E V E .



**HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
"FRAY ANTONIOALCALDE"**

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

Alteración del estado mental

Establezca el curso funcional cognitivo basal del cambio del estado mental

Crónico

Evaluar demencia

AGUDO

EVALUE ESTADO DE CONCIENCIA

- ❖ DEPRESIÓN
- ❖ EDO PSICOTICO AGUDO
- ❖ OTROS EDOS. PSIQUIATRICOS

DELIRIO

Antecedentes
Medicamentos

Descontinuar
Medicamentos
Peligrosos o
Interactivos

- ❖ Hist. Clínica y Neurológica
- ❖ Alcohol y otros
- ❖ Laboratorio
- ❖ Infección ?

Etiología ¿?
Tratamiento Especifico

EVALUAC. Y TRAT. ESPECIFICO

- ❖ RCP
- ❖ Glucosa y Electrolitos

Causa no Identificada

Considerar:

- ❖ Perfil Tiroideo y B12
- ❖ Toxicología
- ❖ Gases Arteriales
- ❖ LCR y lab.
- ❖ Imaginología y EEG

MANEJO DEL DELIRIO

Todos los Pacientes:

- ❖ Reprogramar actividades
- ❖ Evitar soledad
- ❖ Técnicas de relajación
- ❖ Evitar inmovilización
- ❖ Mantener autosuficiencia y autocuidado
- ❖ Ambiente propicio (luz, ruido, etc.)
- ❖ Facilitar el sueño no interrumpido

Abordaje farmacológico

En caso de riesgo propio o al personal que atiende :

- ❖ Haloperidol 0.5 a 1 mg. Im o VO
- ❖ Thioridazina 10 a 25 mg VO o gastroclisis
- ❖ Repetir dosis c/30 min. Hasta lograr la sedación (haloperidol 3 5 mg /24 hs ó thioridazina 50 a 100 mg /24hs Máximo
- ❖ 50% de la dosis de inicio para mantenimiento en 24hs con ajuste según respuesta por día

5



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

ASPIRACION ENDOTRAQUEAL

GENERALIDADES

La intubación endotraqueal a menudo es necesaria para mantener la permeabilidad de las vías aéreas. Sin embargo, la introducción de un tubo endotraqueal dificulta el mecanismo efectivo de la tos y disminuye la capacidad del paciente para eliminar las secreciones traqueobronquiales. Estas circunstancias determinaran la importancia de la extracción de las secreciones acumuladas a través de la aspiración endotraqueal.

Además algunos estados patológicos, el dolor y los procedimientos quirúrgicos dificultan el mecanismo de la tos y reducirán la capacidad de eliminar las secreciones traqueobronquiales. La intubación endotraqueal puede no ser deseable o el paciente puede haber sido extubado recientemente. En estos casos, la extracción de las secreciones acumuladas puede ser llevada a cabo a través de una aspiración endotraqueal a ciegas.

OBJETIVO

- A) Eliminar las secreciones traqueobronquiales mediante el empleo de una técnica estéril.
- B) Movilizar las secreciones para su ulterior eliminación mediante una técnica de aspiración estéril.

EQUIPO ESPECIAL

- A) Guantes estériles.
- B) Catéter estéril con un orificio de control de la aspiración intermitente.
- C) Solución fisiológica estéril.
- D) Fuente de aspiración.
- E) Bolsa de anestesia conectada a una provisión de oxígeno al 100%

PROCEDIMIENTO

1. La evaluación del paciente para determinar la necesidad de aspiración endotraqueal incluye:
 - Ruidos adventicios respiratorios marcados
 - Tos
 - Presiones respiratorias crecientes en pacientes sometidos a ventilación mecánica.
2. Verter solución fisiológica en un recipiente estéril.
3. Abrir el paquete del catéter manteniendo su esterilidad generalmente se emplea un, catéter # 14 fr. , en los pacientes adultos, sin embargo, el catéter no debe ser mayor que un tercio de diámetro de las vías aéreas.
4. Preoxigenar a los pacientes con oxígeno al 100%.
 - a. Utilice una bolsa de anestesia.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

- b. Cambiar el ajuste de oxígeno en el respirador mecánico llevándolo al 100%, recordar que el respirador funciona durante un periodo variable antes que la entrega del oxígeno llegue a un 100%.
5. Colocar guante y mantener la esterilidad de la mano dominante, colocar guante y mantener una técnica limpia en mano no dominante.
6. Empleando la mano no dominante, remover el respirador o de la abertura de aspiración sobre el adaptador giratorio. El extremo de la tubuladura del respirador puede ser:
 - a. Colocado sobre una compresa estéril.
 - b. Deslizado en el interior de un guante estéril no espolvoreado
 - c. Asistido por un colega si se produce su contaminación, las uniones deben ser reemplazadas por otras estériles.
7. Utilizando la mano dominante enguantada, levantar el catéter y conectarlo a la fuente de aspiración, el pulgar de la mano enguantada opuesta, controla la abertura de aspiración.
8. Humedecer el catéter en solución fisiológica para lubricar.
9. Utilizando la mano enguantada estéril, introducir el catéter completamente en el tubo endotraqueal. No forzar si se encuentra una obstrucción.
10. Aplicar aspiración intermitente abriendo y cerrando rápidamente la abertura de aspiración, retirar el catéter empleando un movimiento rotatorio. Toda la aspiración no debe superar los 10 segundos de duración.

PRECAUCIONES

1. Inmediatamente antes de aspirar debe de preoxigenarse a los pacientes con oxígeno al 100% para minimizar la hipoxia inducida por la aspiración a través de un incremento de la PAO₂ arterial.
2. Cuando se ha completado satisfactoriamente la aspiración, retornar fiO₂ a los niveles prescritos.
3. Minimizar las atelectasias y la hipoxia inducida por la aspiración.
 - Evitar el empleo de catéteres mayores que un tercio del diámetro de las vías aéreas.
 - Administrar una o más hiperinsuflaciones postaspiración utilizando una bolsa de anestesia o la bolsa manual de un respirador mecánico.
4. Mantener una técnica estéril rigurosa cuando se aspira al paciente intubado. La ineficacia de los sistemas de defensa pulmonares y la instrumentación invasiva del tracto respiratorio, predisponen a estos pacientes a la recolonización e infección bacteriana. Nunca debe utilizarse el mismo catéter para aspirar la nariz, la boca y luego la tráquea.
5. Limitar la frecuencia de las aspiraciones y evitar, tanto como sea posible, el enclavamiento del catéter en el árbol bronquial cuando el paciente recibe anticoagulantes o cuando existe una hemorragia evidente como consecuencia de traumatismos inducidos por la aspiración.
6. Minimizar la frecuencia y la duración de la aspiración cuando el paciente recibe presión positiva continua al final de la espiración o presión inducida por la aspiración,



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

pueden ejercer efectos profundos sobre estos pacientes con una oxigenación marginal.

7. Tener presente las limitaciones de la aspiración endotraqueal, se han propuesto diversas maniobras y tipos de catéteres destinados a incrementar las probabilidades de pasaje hacia el interior del bronquio izquierdo, sin embargo, éstas medidas han demostrado no ser muy satisfactorias dado que el bronquio principal izquierdo forma un ángulo de 45° a nivel de su ramificación traqueal. Los catéteres de aspiración vertical casi invariablemente se dirigen hacia el bronquio derecho.
8. Retirar la aguja de la jeringa cuando se introduce solución fisiológica en la vía aérea. La aguja puede ser expulsada accidentalmente hacia el interior del tubo endotraqueal. Factores relacionados:
 - Utilizar medidas destinadas a movilizar las secreciones desde las vías periféricas. Estas medidas incluyen una hidratación adecuada, la humidificación apropiada de los gases inspirados, tos y respiración profunda, cambios frecuentes de posición. Fisioterapia torácica.
 - Controlar cuidadosamente al paciente la aspiración endotraqueal para detectar arritmias ectópicas agravadas por la hipoxemia inducida por la aspiración y la posibilidad de otras arritmias, particularmente trastornos de la conducción, relacionadas con la irritación por el catéter de receptores vágales en el tracto respiratorio.

COMPLICACIONES

- Hipoxemia
- Atelectasias
- Disritmias
- Infecciones hospitalarias del tracto pulmonar
- Traumatismo de la mucosa con aumento de las secreciones.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

ASPIRACION POR TRAQUEOTOMIA

Seguir los puntos del 1 al 6 de aspiración endotraqueal.

7. Introducir el catéter lo más profundamente posible.
8. Aspirar las secreciones en forma ascendente con movimientos giratorios de abajo hacia arriba.
9. Enjuagar la sonda y repetir las succiones las veces que sea necesario.
10. Cambiar la endocanula sucia, colocarla en agua jabonosa.
11. Realizar la limpieza con gasas húmedas alrededor del orificio de la traqueotomía y secar dejando luego gasas secas.
12. Verificar la fijación de la cánula.
13. Humedecer con solución fisiológica una gasa y colocarla en el orificio.
14. Darle comodidad al paciente.
15. Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.

MEDIDAS DE CONTROL DE SEGURIDAD

- La aspiración de secreciones se hará cuando lo requiera el paciente.
- La aspiración no debe durar mas de 15 segundos en extraer la sonda.
- Las aspiraciones deberán realizarse en forma aséptica y no deben ser traumáticas.
- El paciente deberá oxigenarse antes y después de llevar a cabo el procedimiento.
- Vigilar signos de hipoxia, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria.
- Notificar características de las secreciones y tomar cultivo de las secreciones purulentas.
- Cambiar las cintas de fijación de la cánula cuando sea necesario.
- Reconocer las partes de la cánula antes de efectuar el procedimiento.
- Cambiar los frascos de soluciones por turnos o cuantas veces sea necesario.
- El catéter deberá cambiarse después de cada aspiración, de no ser posible se desechará por turno.
- Los catéteres deberán se con control digital o válvula reguladora, de no ser posible se colocará un adaptador en "y" que hará las veces de control digital y/o en su defecto se doblará.
- Todos los frascos de las soluciones deberán estar correctamente identificados y con fecha.
- Efectuar lavado bronquial por razón necesaria.
- Evitar contaminar las sondas durante el procedimiento.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

APLICACIÓN DE CATETER SUBCLAVIO:

Material: Catéter para aplicación por punción(Técnica de Seldinger) de poliuretano (de 1 a 3 lúmenes o vías), marcas Arrow®, Certofix-Pad®, Per-Q-Cat®. Ambos se encuentran disponibles en el mercado en un "set" con aditamentos de fijación, tijeras y bisturí. Además se requiere de guantes, cubre bocas, bata estéril. Nylon 4/0, equipo de venodisección, porta gujas, pinza de disección, Estéril drape®, tegaderm®, un recipiente con 100 ml de solución salina mas 1000 U heparina, jeringa 5 ml, lidocaína al 1 ó 2 %,

Técnica: Posición en decúbito dorsal con un bulto infraescapular para producir extensión del cuello y rotación de la cabeza hacia el mismo lado donde se va a puncionar (para cerrar la yugular interna), asepsia y antisepsia, relimitación de campos estériles, se localiza la orquilla esternal, mango esternón y trayecto de la clavícula, y en la unión del tercio medio con el externo, donde se encuentra la protuberancia clavicular (sitio de inserción de los músculos escalenos y a 1 cm ó 1.5 cm hacia abajo se hace la punción a 45° con dirección de la punta de la aguja hacia la orquilla esternal. Se retira el tapón de piel y TCS que habitualmente se introduce en la aguja, aplicando un poco de agua, se delimita el espacio entre la clavícula y la 1° costilla, se avanza la aguja hacia la orquilla esternal, con aspiración continua, hasta la obtención de sangre con libre flujo, se jira la aguja para que el bisel quede a porción caudal, se retira la jeringa, se amplía en la piel, el orificio periférico al catéter con bisturí para que quepa el dilatador de vena, se introduce la guía metálica, se retira la aguja, se introduce el dilatador de vena a través de la guía metálica, se retira, se introduce el catéter a una distancia de acuerdo a la edad del niño de 6, 8 a 10 cm, se retira la guía metálica, se pinza o se pone el tapón en las líneas, se coloca el plástico tapón en el sitio de unión de la piel con el catéter, un fijador que se sutura a la piel con nylon , se hepariniza el catéter, se deja sellado hasta tener el control radiográfico de la posición de la punta del catéter, se cubre y se fija a la piel con estéril-drape®, opsite® o tegaderm® . Un ecocardiograma portátil puede inmediatamente darnos este dato y proceder a la corrección en caso de mala posición, antes de aplicar las soluciones a través del mismo y así evitar muchas de las complicaciones secundarias a la misma

Complicaciones de la punción: Neumotórax, sangrado. De la **Mala posición del catéter.** Hidrotórax, alteraciones del ritmo, taponamiento cardíaco, perforación del miocardio.

-Extracción Prematura: Por defecto de fijación o maniobras bruscas en su manejo.

-Colonización y sepsis. Obstrucción.

COMENTARIO: Los cirujanos con experiencia y habilidad prefieren la instalación de catéteres por punción de la vena subclavia ya que no se produce cicatriz, hay mas espacio y un área mas adecuada para su fijación y es una maniobra mas limpia con menos posibilidad de contaminación, pero si no se tiene experiencia se puede optar por la venodisección para evitar las complicaciones de la punción.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

CEFALEA

¿ Es aguda ?

SI

NO

¿ Con signos
neuroológicos ?

¿ Con signos
neuroológicos ?

SI

NO

SI

NO

**Interne al
paciente**

Investigue patología
sistémica,
infecciones, dietas,
senos paranasales,
etc.
Considere debut de
migraña o cefalea
tensional

Considere migraña
acompañada,
oftalmoplejia
dolorosa, tumor,
etc.

Considere cefalea
tensional, cefalea
vascular no
migrañosa

¿ Hay síndrome meníngeo ?

SI

NO

¿ La punción
lumbar muestra
líquido
cefalorraquídeo
hemorrágico
o
inflamatorio ?

NO

¿ Hay síndrome de
hipertensión
intracraneana ?

NO

Considere tumor,
absceso, etc.
Ordene TAC

SI

SI

Trate según el
diagnóstico
obtenido

Reevalúe

TAC de urgencia;
inicie tratamiento
sintomático y **no**
haga punción
lumbar



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

CETOACIDOSIS DIABETICA

GENERALIDADES

Estado clínico bioquímico final de una deficiencia casi absoluta de insulina que da origen a hiperglucemia, hipercetonemia, acidosis metabólica y alteraciones hidroelectrolíticas. Puede ser la manifestación inicial de diabetes mellitus. Los síntomas más comunes son polidipsia, poliuria, náuseas, vómitos, anorexia, debilidad, pérdida de peso, visión borrosa, contracturas musculares, dolor abdominal y alteraciones del estado de consciencia. Al examen físico es frecuente encontrar taquicardia, hipotensión arterial y datos de deshidratación, respiración de Kussmaul cuando el pH sanguíneo es menor de 7.2, aliento cetónico, hipotermia o fiebre, dolor abdominal, íleo e hiporreflexia.

DIAGNOSTICO

Glucosa capilar y tira reactiva en orina para cetonuria.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hipoglucemia, coma hiperosmolar, cetoacidosis alcohólica y acidosis láctica.

MANEJO Y TRATAMIENTO

1. Vía aérea permeable
2. Sonda de foley
3. Sonda nasogástrica en caso de íleo
4. Tratamiento de la causa precipitante (ejm.- infección, politraumatismo, etc)
5. Solución salina isotónica 500 a 1000 ml por hora durante las primeras 4 horas de tratamiento o hasta el control hemodinámico o hipernatremia
6. Insulina cristalina IV en bolos o infusión continua
IV en bolo: 0.1 unidades por kg por hora, hasta glucemia de 250 mg o menos
Infusión continua: Solución salina isotónica 500 ml + 100 unidades de insulina, desechar los primeros 50 ml y pasar 25 ml por hora hasta glucemia de 250 mg o menos.
7. Insulina cristalina subcutánea cada 4 hrs. Con esquema de glucosa capilar.
8. Realizar exámenes generales (Bh, química sanguínea, general de orina, electrolitos, gases arteriales y electrocardiograma).
9. Glicemia capilar cada hora hasta suspensión de insulina IV.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

COLICO RENO – URETERAL

GENERALIDADES

Los cálculos urológicos se pueden formar en cualquier parte de las vías urinarias, siendo su manifestación clínica en el momento que estos migran hacia los uréteres causando obstrucción y dolor. Pueden encontrarse tanto en adultos como en niños, siendo mas frecuente en varones. Su manifestación principal el dolor intenso de aparición súbita y que se puede acompañar de náusea, vómitos y diaforesis. El dolor puede ser constante o intermitente, que se origina en los flancos y se irradia al abdomen y hacia la ingle, ocasionalmente suprapúbico o al abdomen anterior. Los cálculos vesiculares pueden acompañarse de disuria y hematuria. El paciente se encuentra inquieto, diaforético, quejándose de dolor. En el examen físico se encuentra dolor o hipersensibilidad costovertebral y en la zona de desplazamiento del calculo.

DIAGNOSTICO

La prueba inicial es el examen general de orina que descartan infecciones y muestra hematuria microscópica hasta en el 90% aunque no se correlacionan con el grado de obstrucción. La radiografía de abdomen permite visualizar riñones, uréteres y vejiga y puede ayudar a descartar otras patologías y visualizar cálculos puesto que el 90% de ellos son radio pacos. La prueba de oro para el diagnóstico de cálculos es el pielograma intravenoso (urografía excretora) siendo probablemente superada por la tomografía computarizada y tomografía computarizada helicoidal. Los hallazgos positivos son cambios del calibre ureteral, calcificaciones sospechosas, adelgazamiento de la grasa periné frica y dilatación del sistema de recolección. El pielograma da información tanto funcional como anatómica aunque requiere evaluarse si existe antecedente de alergia al medio de contraste, descartar embarazo, determinar función renal por lo que habrá que tener precaución especial en pacientes con diabetes mellitus, insuficiencia renal, hipovolemia, deshidratación, hipotensión, hipertensión, hiperuricemia, mieloma múltiple o edad avanzada (>70 a).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Incluye pielonefritis, infarto renal, necrosis papilar, cólico biliar, distensión muscular, disección o rotura de aneurisma aortico abdominal, embarazo ectópico roto, apendicitis.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

CUIDADOS Y TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en primer termino en excluir la infección y otros diagnósticos, cuidados de apoyo, analgesia y la remisión de los síntomas, en suma venoclisis para hidratación y medicamentos para el dolor.

1. Líquidos intravenosos cristaloides que permitan un adecuado gasto urinario ante la posibilidad de necesitar un urograma excretor.
2. Analgesia adecuada que puede llegar a requerir narcóticos, solos o asociados a antiinflamatorios no esteroideos, estos últimos deberán usarse con precaución en caso de deterioro de la función renal.
3. Antiespasmódicos del músculo liso en apoyo a la analgesia.
4. El urograma excretor o la tomografía computada se llevan a cabo para confirmar diagnóstico y para asegurarse de la presencia de dos riñones anatómicamente normales. Una alternativa es el ultrasonido para aquellos pacientes que tengan contraindicación para el estudio contrastado.
5. Durante la estancia del paciente en urgencias, la orina debe recolectarse para análisis patológico de cálculos
6. En caso de infección complicada de vías urinarias deberá iniciarse con antibióticos.

Se considerara el alta del paciente si se logra control adecuado del dolor, no hay infección y el cálculo es unilateral y menor de 6 mm de diámetro. Se egresara el paciente con analgésicos e indicaciones para control urológico por los próximos 5 días.

Se le indicara que regrese si hay fiebre, vómito o dolor incontrolable

Será indicación de consulta al servicio de urología cuando no haya respuesta al dolor con los analgésicos, riñón solitario, cálculos de gran tamaño, enfermedad grave subyacente, visitas frecuentes a los servicios de urgencias.

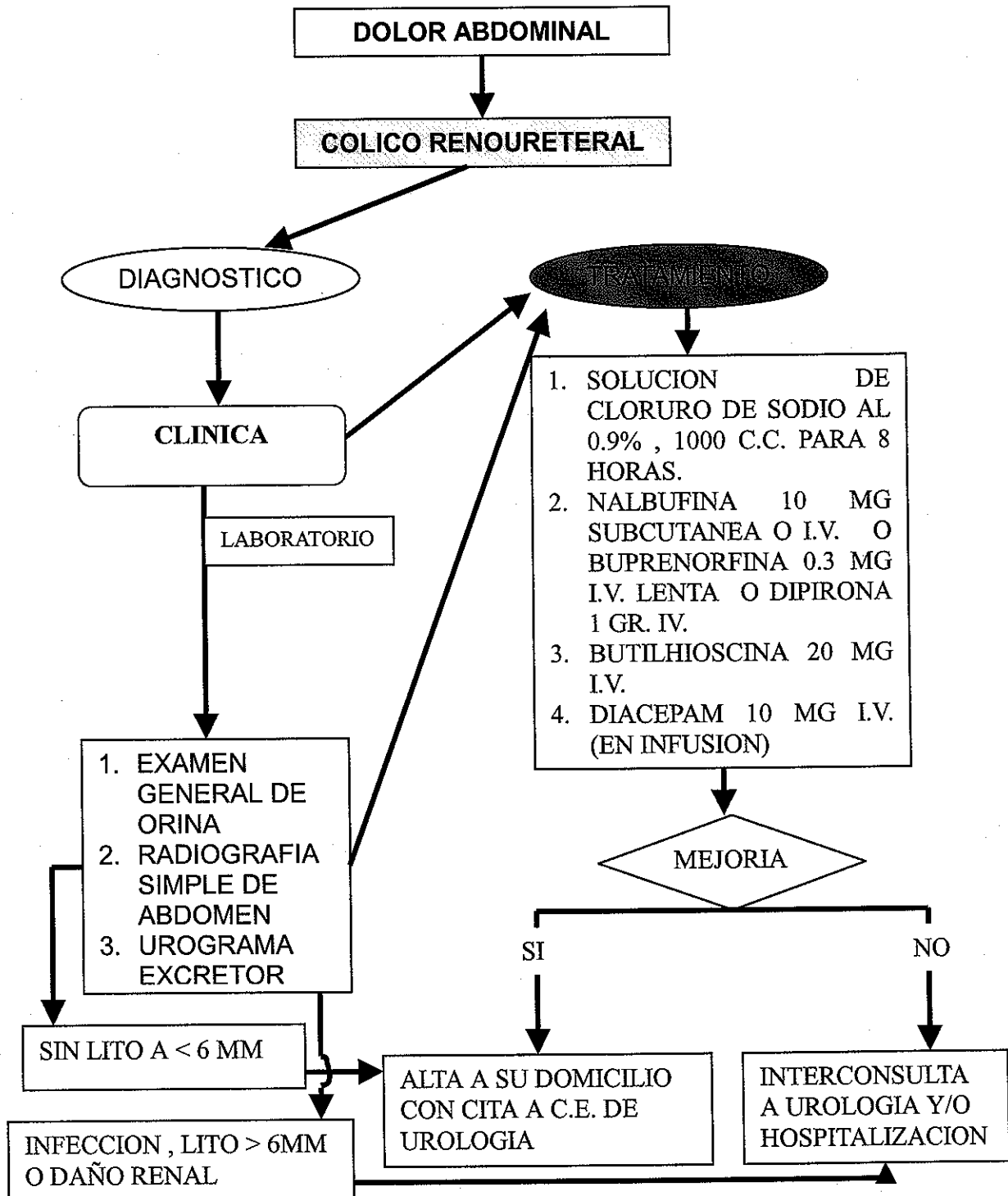


HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año





HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Página
Día Mes Año

COMA HIPEROSMOLAR

GENERALIDADES

Síndrome mas común en diabetes tipo II, caracterizado por hiperglucemia grave (> 600 mg), deshidratación, hiperosmolaridad (> 320 mosm/lt) y cetonemia menor a ++ en dilución del suero 1:1 . Los síntomas mas frecuentes son poliuria, polidipsia, ataque al estado general, alteraciones del estado de consciencia, crisis convulsivas o coma.

DIAGNOSTICO

Al examen físico taquicardia, hipotensión arterial y deshidratación grave
Glucosa capilar y tira reactiva en orina para cetonas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Con cetoacidosis diabética, hipoglucemia, acidosis láctica y cetoacidosis alcohólica

MANEJO Y TRATAMIENTO

1. Medidas generales similares a cetoacidos diabética
2. Solución salina isotónica. Reponer la mitad del déficit (20 a 25 % del agua corporal total) en las primeras 8 a 12 horas o hasta estabilizar hemodinámicamente o que se desarrolle hipernatremia.
3. Insulina cristalina, utilizar el mismo esquema que para cetoacidosis diabética, con la precaución de que la disminución de la glucemia es mas rápida.
4. Solución salina hipotonica para completar el déficit de líquidos de acuerdo al sodio.
5. El resto de las indicaciones son similares a la de la cetoacidosis diabética.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

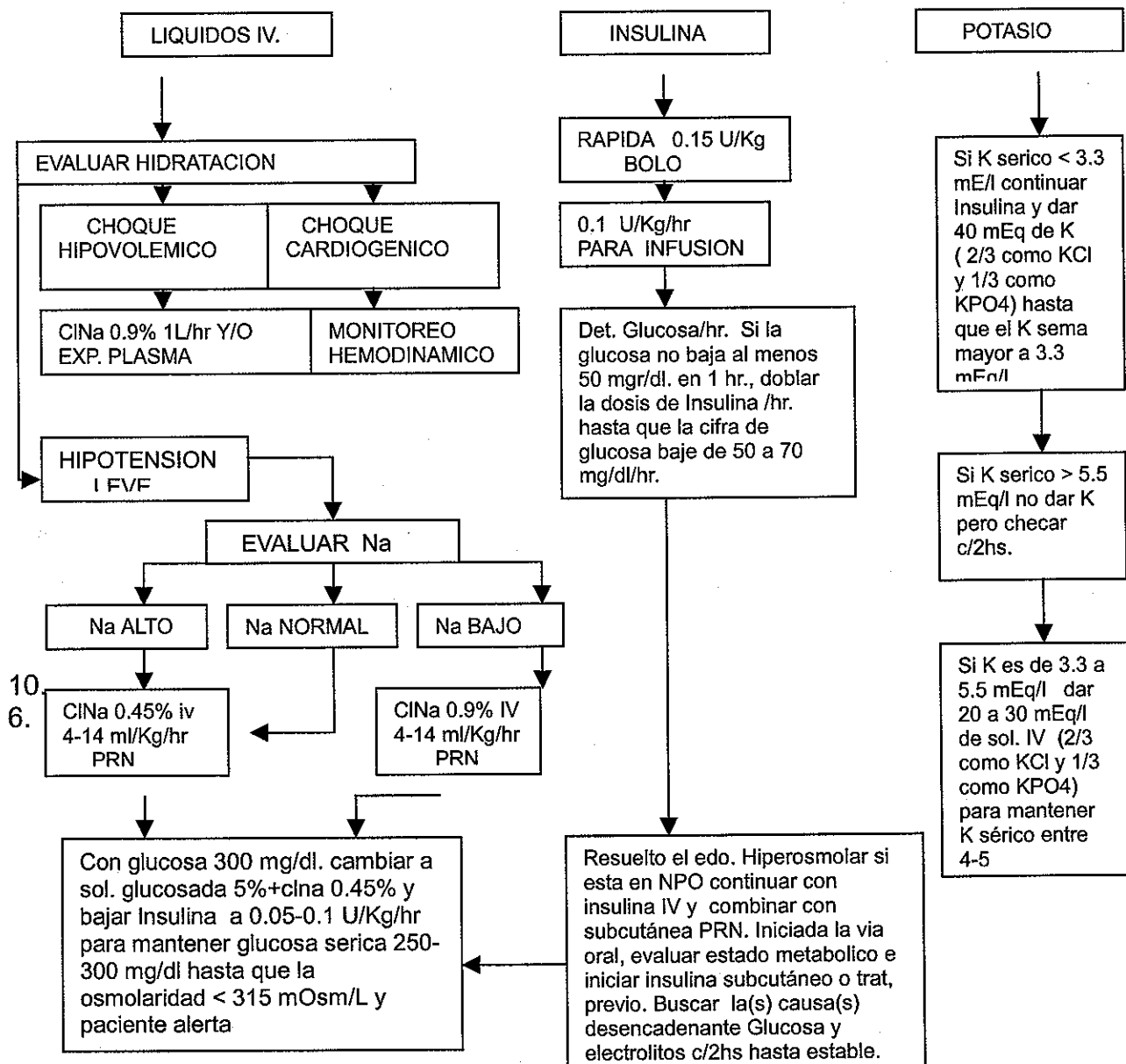
MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

ESTADO HIPEROSMOLAR

EVALUACIÓN INICIAL COMPLETA, CIna 0.9% IV. 1l/L/hr.



10
6.

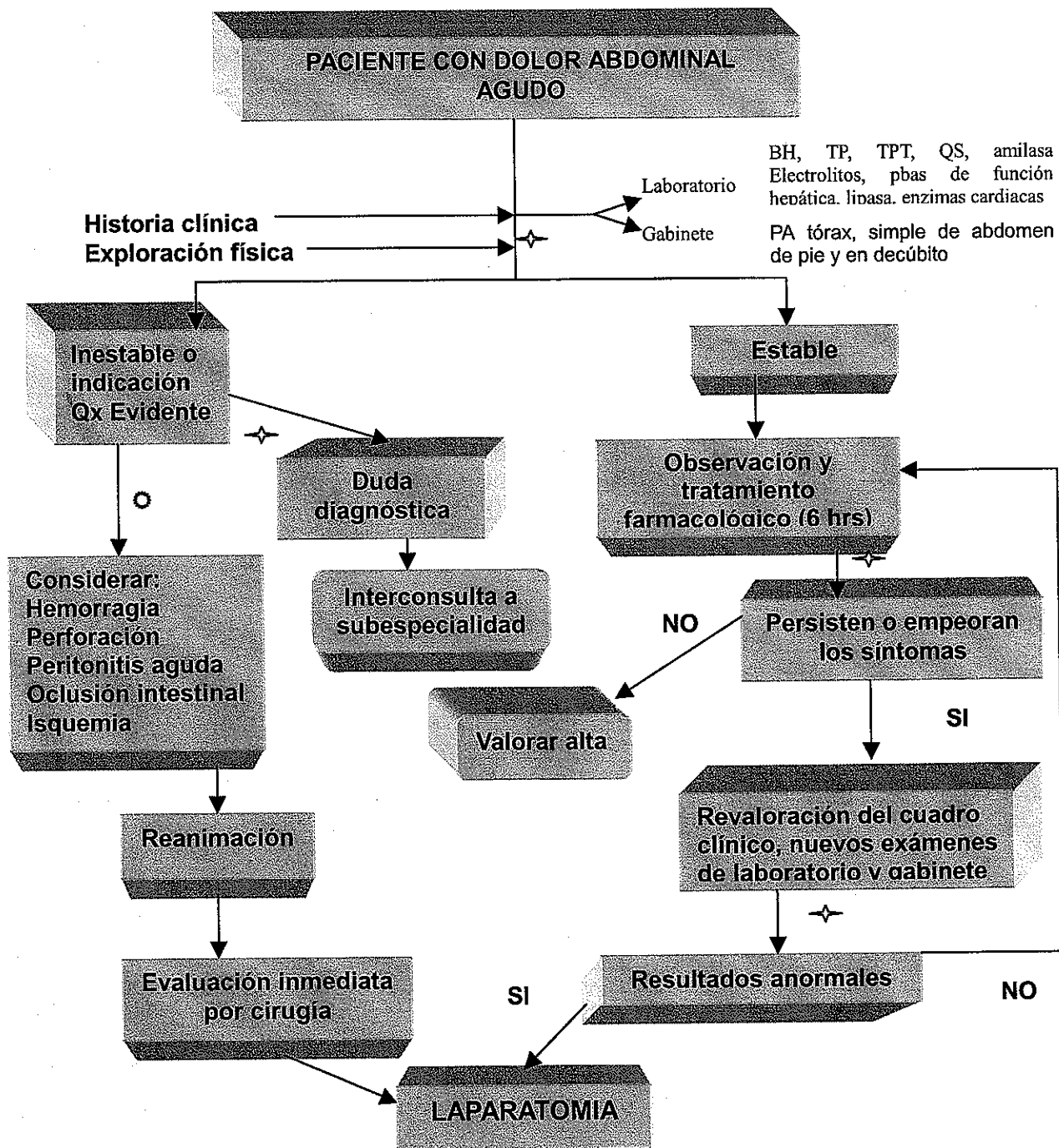


HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año



- ◆ Informar oportunamente a paciente y familiares
- Considerar siempre probabilidad de apendicitis



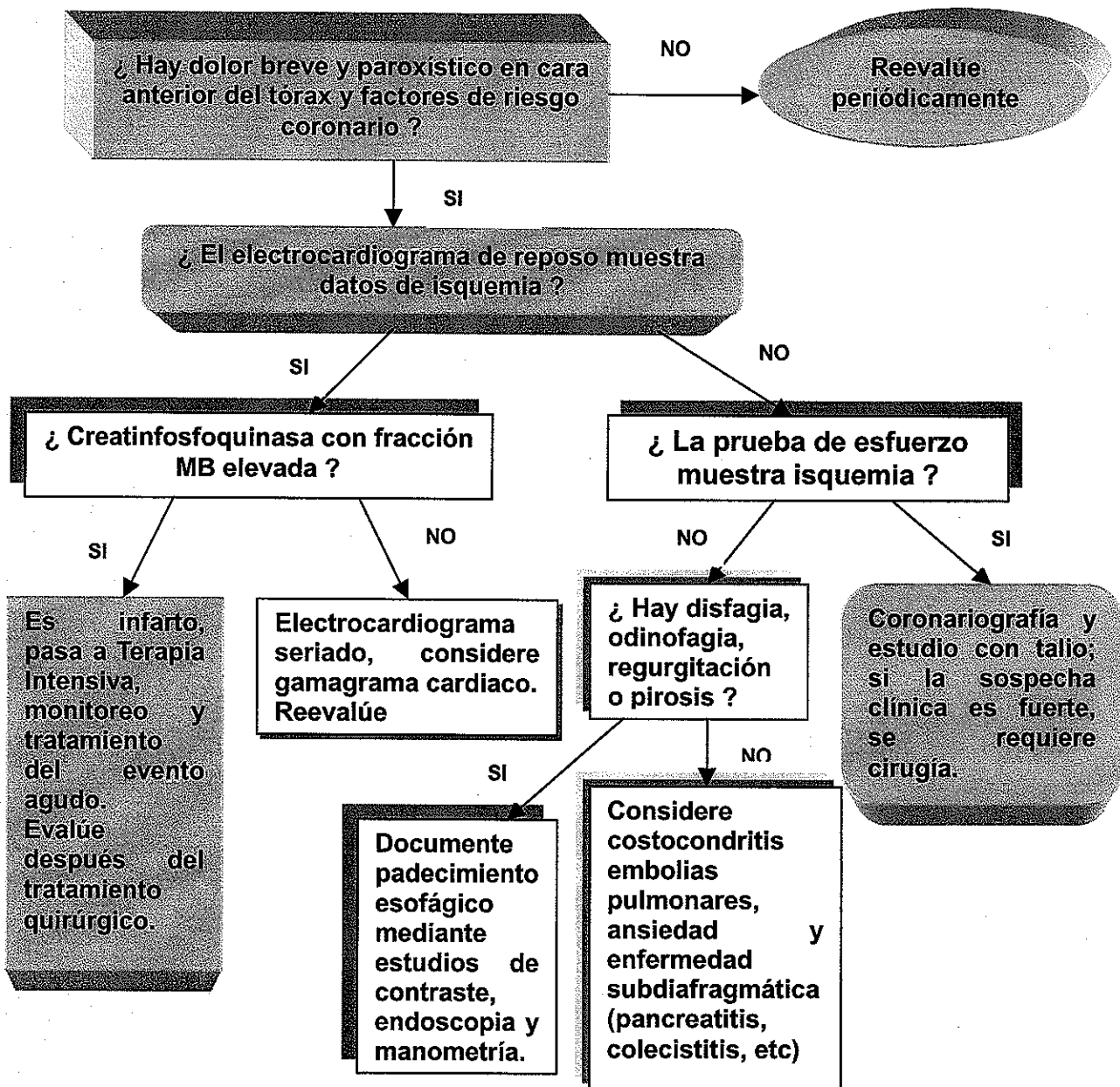
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

DOLOR EN CARA ANTERIOR DE TORAX





**HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
"FRAY ANTONIOALCALDE"**

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

ESCALA DE GLASGOW PARA LA RESPUESTA NEUROLÓGICA

RESPUESTA OCULAR:

- ❖ ESPONTÁNEA 4
- ❖ CONFUSO 3
- ❖ AL DOLOR 2
- ❖ NINGUNA 1

RESPUESTA VERBAL:

- ❖ ORIENTADO 5
- ❖ CONFUSO 4
- ❖ INCOHERENTE 3
- ❖ QUEJIDOS Y LAMENTOS 2

RESPUESTA MOTORA:

- ❖ OBEDECE 6
- ❖ LOCALIZA DOLOR 5
- ❖ RETIRA AL DOLOR 4
- ❖ FLEXIÓN ANORMAL 3
- ❖ RESPUESTA DE DESCEREBRADO 2
- ❖ NINGUNA 1

CONDICION:

- ❖ 15 PUNTOS = NORMAL
- ❖ 3 PUNTOS = GRAVE



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

CLASIFICACION DEL ESTADO DE CHOQUE ATLS

CLASE I

- ❖ PERDIDA DE SANGRE EN ml HASTA 750 ml
- ❖ PERDIDA DE SANGRE EN % HASTA 15 %
- ❖ FRECUENCIA DEL PULSO < DE 100 POR min.
- ❖ PRESION SANGUÍNEA NORMAL
- ❖ PRESION DEL PULSO NORMAL O AUMENTADA
- ❖ ESTADO MENTAL ANSIOSO LIGERO

CLASE II

- ❖ PERDIDA DE SANGRE EN ml DE 750 ml A 1500 ml
- ❖ PERDIDA DE SANGRE EN % DE 15 A 40 %
- ❖ FRECUENCIA DEL PULSO > DE 100 POR min.
- ❖ PRESION SANGUÍNEA NORMAL
- ❖ PRESION DEL PULSO NORMAL O DISMINUIDA
- ❖ ESTADO MENTAL ANSIOSO MODERADO

CLASE III

- ❖ PERDIDA DE SANGRE EN ml DE 1550 A 2000 ml
- ❖ PERDIDA DE SANGRE EN % 30 A 40 %
- ❖ FRECUENCIA DEL PULSO < DE 120 POR min.
- ❖ PRESION SANGUÍNEA DISMINUIDA
- ❖ PRESION DEL PULSO DISMINUIDA
- ❖ ESTADO MENTAL ANSIOSO Y CONFUNDIDO

CLASE IV

- ❖ PERDIDA DE SANGRE EN ml > DE 2000 ml
- ❖ PERDIDA DE SANGRE EN % > DE 40 %
- ❖ FRECUENCIA DEL PULSO < DE 140 POR min.
- ❖ PRESION SANGUÍNEA NINGUNA
- ❖ PRESION DEL PULSO DISMINUIDA
- ❖ ESTADO MENTAL CONFUNDIDO Y LETARGICO



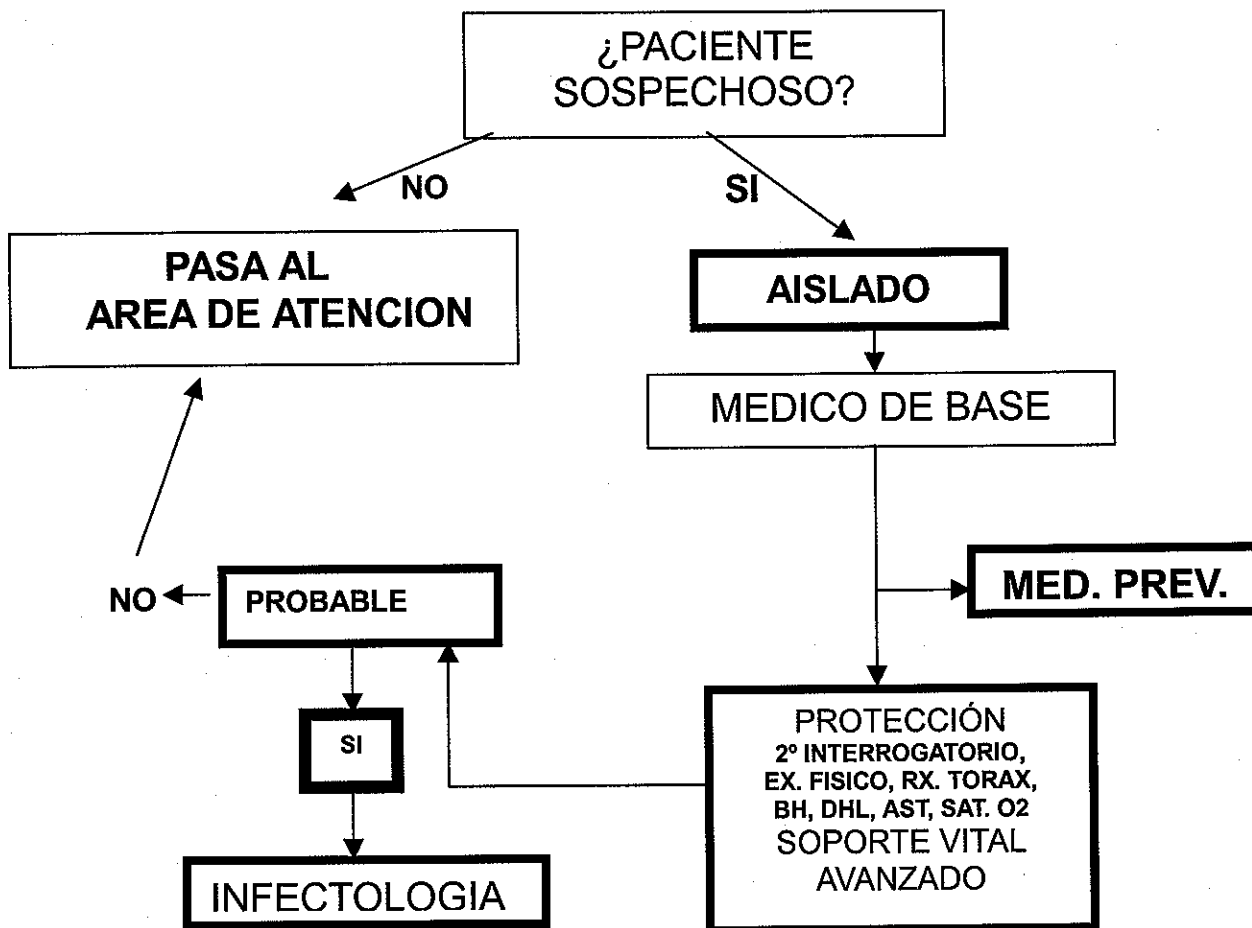
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Página
Día Mes Año

EVALUACION PRIMARIA PARA SARS



MEDIDAS UNIVERSALES DE PROTECCIÓN OBLIGATORIAS



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

HIPOGLUCEMIA

GENERALIDADES

Síndrome caracterizado por la triada de Whipple (hipoglucemia, síntomas de hipoglucemia y desaparición de síntomas con la aplicación de glucosa).

DIAGNOSTICO

El cuadro clínico sobresale por datos adrenérgicos y neuroglucopénicos. Entre los primeros: ansiedad, nerviosismo, temblor, diaforesis, palpitaciones, hambre, irritabilidad, náuseas, palidez, rubor facial, angor, hipotermia; datos que pueden modificarse con tratamiento de betabloqueadores o por la existencia de neuropatía diabética. Los segundos aparecen posterior a glucemias menores de 36 mg, son: cefalea, visión borrosa, debilidad, cansancio, confusión, amnesia, incoordinación, dificultad para la marcha, afasia, convulsiones, datos de focalización y/o coma.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Con cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar, acidosis láctica y cetoacidosis alcohólica.

TRATAMIENTO

1. Veinte gramos de glucosa VO, cuando el estado de consciencia lo permita y el paciente lo acepte.
2. Solución glucosada al 50% 50 ml IV en bolo.
3. Manitol al 20% intravenoso o dexametasona 10 mg IV, en caso de normoglucemia y continúen las alteraciones del estado de alerta (edema cerebral)
4. Solución glucosada al 5% 1000 ml IV para 8 horas.
5. Glucemias capilares cada hora
6. Realizar biometría hemática, química sanguínea, electrolitos y general de orina.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

INDICACIONES DE SANGRE Y DERIVADOS EN URGENCIAS

SANGRE TOTAL

- ❖ PERDIDA SANGUÍNEA IGUAL O MAYOR AL 25% DEL VOLUMEN CIRCULANTE
- ❖ EXSANGUINEO TRANSFUSIÓN

CONCENTRADO DE ERITROCITOS

ESTA INDICADO PARA RESTAURAR O MANTENER LA CAPACIDAD TRANSPORTADORA DE OXIGENO Y SATISFACER LAS NECESIDADES TISULA RES.

- ❖ EL PACIENTE ASINTOMÁTICO CON ANEMIA NORMOVOLEMICA (7-10g/dl) DE CAUSA REVERSIBLE DEBE RECIBIR TRATAMIENTO ADECUADO Y OBVIARSE LA TRANSFUSIÓN.
- ❖ EL NIVEL DE HEMOGLOBINA DE 10 g/dl NO DEBE CONSIDERARSE COMO UMBRAL PARA INDICAR TRANSFUSIÓN. ES INNECESARIO Y POTENCIALMENTE PELIGROSO TRANSFUNDIR A TODOS LOS PACIENTES PARA LLEGAR A ESTE NIVEL.

EL PACIENTE CON ANEMIA NORMOVOLEMICA SINTOMATICO DEBE RECIBIR CONCENTRADO ERITROCITARIO.

MANIFESTACIONES CLINICAS QUE REQUIEREN TRANSFUSION DE CONCENTRADO ERITROCITARIO:

- ❖ DISNEA.-SINCOPE-HIPOTENSION POSTURAL-TAQUICARDIA-ANGINA DE PECHO- ATAQUES ISQUEMICOS TRANSITORIOS.
- ❖ PACIENTE CON ANEMIA Y DEPLECIÓN DE VOLUMEN DE MENOS DEL 25% CON LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO: ATEROESCLEROSIS – ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL MIOCARDIO – VALVULOPATIA CARDIACA –INSUFICIENCIA CARDIACA – ISQUEMIA CEREBRAL – ATAQUES ISQUEMICOS TRANSITORIOS.
- ❖ PACIENTE CON ANEMIA Y DEPLECIÓN DE VOLUMEN A PESAR DE HABER RECIBIDO SOLUCIONES CRITALOIDES.

EL CONCENTRADO ERITROCITARIO NO DEBE TRANSFUNDIRSE PARA: PROMOVER CICATRIZACION- PROFILAXIS- PLACEBO – EXPANDER EL VOLUMEN CIRCULANTE CUANDO LA CAPACIDAD TRANSPORTADORA DE OXIGENO ES ADECUADA.



**HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
"FRAY ANTONIOALCALDE"**

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

INDICACIONES DE SANGRE Y DERIVADOS EN URGENCIAS

INDICACIONES PARA TRANSFUSIÓN DE PLASMA CONGELADO (10ml/Kg.) PESO

- ❖ PACIENTES CON COAGULOPATIA CONGENITA O ADQUIRIDA CON SANGRADO ACTIVO QUE VAN A SER SOMETIDOS A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INVASIVO.
- ❖ PACIENTES CON TRANSFUSIÓN MASIVA Y EVIDENCIA DE COAGULACIÓN DEFICIENTE.
- ❖ PARA REVERTIR EFECTO DE ANTICOAGULACION EN PACIENTES QUE REQUIERAN HEMOSTASIA INMEDIATA CON $tp > 18$ SEGUNDOS Y UN $INR > 1.6$
- ❖ PACIENTES CON DEFICIENCIA DOCUMENTADA DE FACTORES DE COAGULACIÓN.

INDICACIONES PARA TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADO PLAQUETARIO 1 UNIDAD (5×10^{10} DE PLAQUETAS) POR CADA 10 Kg. DE PESO

- ❖ TROMBOCITOPENIA SECUNDARIA A LA PRODUCCION DISMINUIDA DE PLAQUETAS.
- ❖ PACIENTES CON DISFUNCIÓN PLAQUETARIA CON SANGRADO ACTIVO QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INVASIVO.
- ❖ TROMBOCITOPENIA SECUNDARIA A INCREMENTO EN LA DESTRUCCIÓN DE PLAQUETAS.
- ❖ TROMBOCITOPENIA SECUNDARIA A HIPERESPLENISMO.
- ❖ PACIENTES QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INVASIVO CON UNA CUENTA DE MENOS DE 50×10^9 POR MICROLITRO.

INDICACIONES PARA TRANSFUSIÓN DE CRIOPRECIPITADO:

- ❖ PACIENTES CON HIPOFIBRINOGENEMIA (FIBRINOGENO > 100 mg/dl) CON SANGRADO ACTIVO, TRAUMA, PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INVASIVO.
- ❖ PACIENTES CON ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND QUE TENGAN SANGRADO ACTIVO O QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INVASIVO.
- ❖ NO DISPONIBILIDAD DE CONCENTRADO DE FACTOR VIII.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

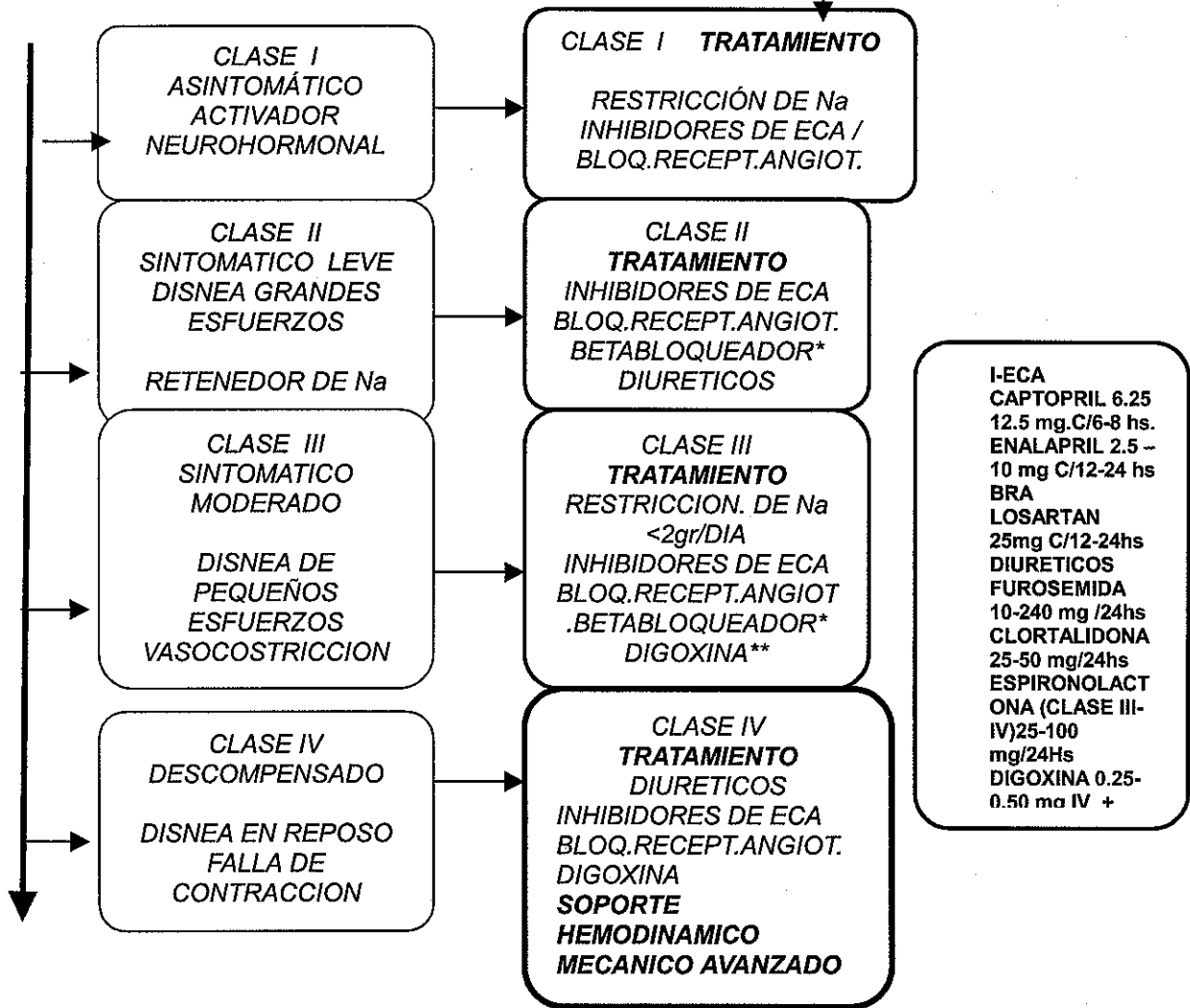
**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

MANEJO INICIAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

DETECTE Y ELIMINE FACTORES DESENCADENANTES



CRITERIOS MAYORES

DISNEA PAROX. NOCTURNA U ORTOPNEA
INGURJITACION YUGULAR
ESTERTORES BIBASALES
CARDIOMEGALIA
EDEMA PULMONAR AGUDO
GALOPE
REFLEJO HEPATUYUGULAR

CRITERIOS MENORES

EDEMA MALEOLAR
TOS NOCTURNA
DISNEA DE ESFUERZO
HEPATOMEGALIA
DERRAME PLEURAL
F.C. > 120

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

2 CRITERIOS MAYORES
REFERENCIA: MOD. DE BRAUNWALD 1997--pg445

1 CRITERIO MAYOR + 2 MENORES



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

INTUBACION ENDOTRAQUEAL

CONCEPTO: Introducción de un tubo habitualmente de material sintético (latex, silastic etc) a través de la orofaringe hacia la traquea. **INDICACIONES:** - depresión respiratoria después de un procedimiento Anestésico/ quirúrgico. - Insuficiencia respiratoria severa con períodos de apnea -procedimientos anestésicos -uso de respiradores para asistencia ventilatoria -acúmulo de secreciones orofaríngeas. **OBJETIVO:** -Mantener permeable las vías aéreas, asistir la ventilación cuando es insuficiente. En algunos RN con apnea o paro cardiorrespiratorio súbito es necesario realizar el procedimiento de urgencia y la enfermera especialista debe estar capacitada para hacerlo y así evitar daño por hipoxia si la asistencia ventilatoria no es oportuna debido al retraso mientras se busca a el médico de guardia. El equipo rojo de intubación que se utiliza en el RN debe estar siempre esterilizado en gas y todo el procedimiento realizarse con guantes y técnica estéril. -hoja de laringoscopio recta Nº 0 ó Nº1, -Cánulas de Hever siempre nuevas Nº 10-12 y 14, -con guantes. La vía orotraqueal es la mas adecuada ya que la nasotraqueal puede producir deformaciones y lesiones nasales.

CUIDADOS DE ENFERMERIA: -Fijación adecuada de la cánula -vigilancia constante de permeabilidad. (auscultar constantemente campos pulmonares). - Lavados periódicos pero no excesivos. -verificar que no se introduzca demasiado sobre todo con los cambios de posición, que la ventilación sea adecuada en ambos pulmones. La **OBSTRUCCION DE LA CANULA** es de las complicaciones mas frecuentes y mas temidas. La **ETIOLOGIA** habitualmente son: las secreciones espesas, abundantes o purulentas, sobre todo si durante el procedimiento anestésico se emplearon gases secos y fríos que secan las secreciones y producen tapones de moco, en vez de húmedos y tibios. La vigilancia estrecha permite la **-DETECCION:** oportuna, si se detecta Insuficiencia respiratoria, hipoventilación apnea o esfuerzo a pesar de estar con ventilador. El **-TRATAMIENTO** oportuno con el cambio de cánula puede salvar la vida del paciente . Si la detección es tardía, cuando el niño esta hipóxico, acidótico e hipercápnico el **-PRONOSTICO** suele ser mortal. Otras complicaciones producto de la manipulación, hiperactividad del paciente o deficiente técnica de fijación de la cánula son la **EXTRACCION ACCIDENTAL** o la **INTRODUCCION EXCESIVA:** dentro del bronquio derecho.



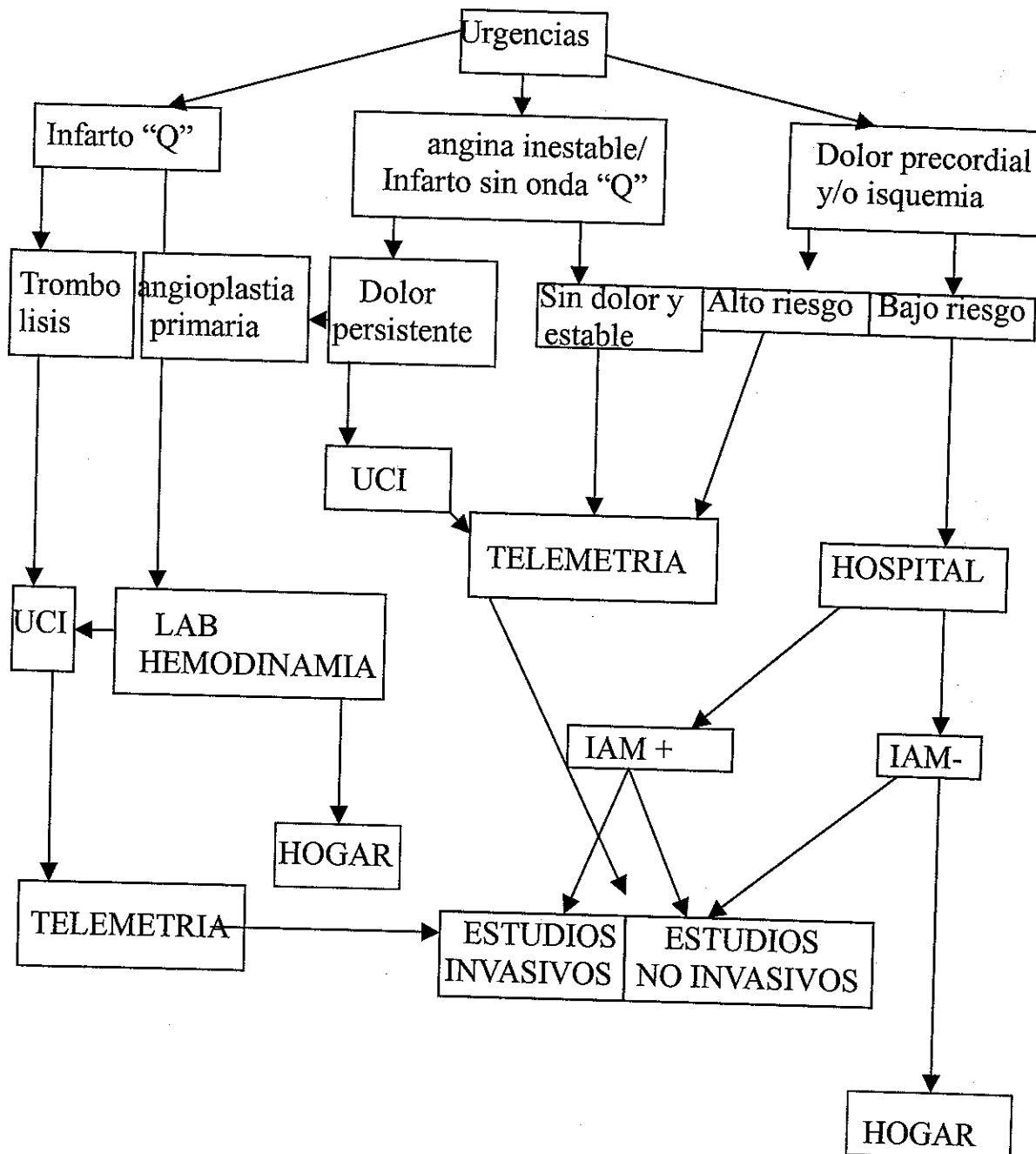
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

VIAS CLINICAS DE LA ISQUEMIA CORONARIA AGUDA





HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
"FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

VIA CLINICA: ELEVACIÓN DEL ST.

Esta vía debe ser modificada dependiendo del cuadro clínico y de las necesidades y preferencias de los pacientes. La decisión final desde el punto de vista de la autoridad al respecto de la dirección que debe llevar un paciente permanece del comité de calidad en la atención Médica, quien dictara en su momento el manejo mas apropiado en el caso específico de un paciente.

Cada área del equipo revisara a diario el plan de manejo al inicio del día.

Cruce las indicaciones no aplicables a su paciente. Circule y firme las intervenciones que son excepcionales y haga un análisis del porque en la hoja de evoluciones.

Área en negrito refleja las acciones que requieren colaboración del medico y su firma.

Todos los objetivos no alcanzados deben tener su razón en la nota de evolución.

Todos los addendums y recomendaciones al calce pueden y deben ir en las hojas de evolución.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

HOJA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha _____ Hora de llegada _____ amb _____ CE _____

I N T E R V E N C I O N E S	<p>*Monitoreo cardiaco continuo *SV y saturación de O2 al arribo y cada hora</p> <p>*NPVO</p> <p>*Inicie una vía periférica con solución salina.</p> <p>* O2 nasal a mantener saturaciones > 95%</p> <p>*Laboratorio: CK, CK-MB, Troponina, Mioglobina, BH, QS, Perfil de lípidos, TTP e INR.</p> <p>*RX tórax portátil</p> <p>*ECG a su ingreso y en cada dolor precordial.</p> <p>DETERMINE ESTRATEGIA</p> <p>ANGIOPLASTIA PRIMARIA (Contactar residente de Guardia Y llamar al hemodinamista de Guardia) o</p> <p>TROMBOLISIS con Streptocinasa 1'500,000 U en 100 ml de Solución salina a pasar en una hora</p> <p>Indique el tiempo de inicio de trombolisis _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • MEDICAMENTOS • NPVO • REPOSO ABSOLUTO • Asa 325 MG VO CADA 24 HS • Heparina IV 1000 U por hora en infusión • NTG IV 10 Mg en 100 ml solución D/R • Demerol 50 Mg IV cada 4 hs en caso de dolor. • Trombolisis como anteriormente estipulado. • Metoprolol 50 mg vo. • Diltiazem 60 mg vo cada 8 hs. • Alprazolam 0.50 mg VO.
TS	<p>*Orientarlo donde se encuentra, quien esta, que equipos hay y que se le va a hacer.</p> <p>*Solicitarle que determine su dolor en una escala numérica objetiva</p>
A L T A	<p>PASAR AL PACIENTE A:</p> <p>Laboratorio De hemodinámica urgente</p> <p>Hora del vaso abierto _____</p> <p>UCI</p> <p>Cama Numero _____ - Sala o piso _____</p> <p>De hemodinámica paso a:</p> <p>UCI cama _____</p> <p>Hospital cama _____</p>
P L A N	<p>MEDICOS QUE LO ATENDIERON _____</p> <p>ENFERMERAS QUE LO ATENDIERON _____</p> <p>PERSONAL DE APOYO _____</p> <p>HEMODINAMISTA _____</p>



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

LAVADO BRONQUIAL

CONCEPTO

Es la irrigación de líquidos, agua destilada o solución fisiológica a través de la cánula endotraqueal o de traqueotomía a las vías respiratorias con el fin de diluir las secreciones y expulsar tapones mucosos que estuvieron bloqueando la respiración.

OBJETIVO

1. Dispersar los tapones de moco que comúnmente se adhieren a las paredes bronquiales.
2. Fluidificar las secreciones.
3. Colaborar a una mejor ventilación pulmonar mediante la destrucción mecánica del moco que se acumula en las cánulas.

INDICACIONES

- En pacientes traqueostomizados.
- En pacientes intubados.

MATERIAL Y EQUIPO

1. Un frasco de solución fisiológica de 1000 c.c. más una ampula de bicarbonato de sodio al 75% de 44.6 meq.
2. Una jeringa de 20 o 10 ml.
3. Medicamentos especiales indicados.
4. Equipo para aspiración
 - 4.1. Dos budineras con benzal.
 - 4.2. Dos frascos con solución de cloruro de sodio de 1000 ml.
 - 4.3. Dos sondas para boca y cánula .
 - 4.4. Guantes estériles.
 - 4.5. Gasas.

PROCEDIMIENTO

- Preparación psicológica si el paciente lo requiere.
- Una vez iniciada la aspiración de secreciones detectar el tapón mucoso.
- Desinflar el globo de la cánula.
- Cargar 10 ml de solución indicada para el lavado.
- Instilar 5 ml sobre el orificio de la cánula endotraqueal o de traqueostomía.
- Aspirar inmediatamente con movimientos circulares suaves de abajo hacia arriba.
- Aplicar oxígeno al paciente.
- Volver a instilar otros 5 ml de solución, aspirar y oxigenar al paciente.
- Volver a inflar el globo de la cánula si así se requiere.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

- Dejar cómodo al paciente.

MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD

1. Asegurarse de la licuefacción y extracción del tapón de moco.
2. El procedimiento debe realizarse en forma rápida y precisa evitando traumatizar al paciente.
3. El lavado bronquial no debe hacerse en forma rutinaria, sino solamente cuando sea muy necesario.
4. Se requiere que la persona que lo realice tenga experiencia en ello para evitar complicaciones.
5. Proteger el tórax del paciente con un campo para evitar la dispersión de las secreciones
6. Evitar que las secreciones caigan sobre la persona que esta haciendo el procedimiento.
7. Hacer auscultación antes y después del procedimiento para evaluar efectividad.



**HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
"FRAY ANTONIO AL CALDE"**

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

PARACENTESIS; DRENAJE ABDOMINAL.

PROCEDIMIENTO:

Este examen puede practicarse en un consultorio, sala de tratamiento u hospital. El sitio de la punción debe limpiarse y afeitarse si se considera necesario. Luego se aplica anestesia local. Se introduce la aguja de drenaje a una o dos pulgadas dentro del abdomen. Algunas veces, se realiza una pequeña incisión para facilitar la inserción de la aguja. La muestra de líquido se coloca en una jeringa. Se retira la aguja y se aplica una cura en el sitio de la punción. Si se realiza una incisión se hace una sutura para cerrarla. El paciente debe informar al médico si presenta alguna alergia a los medicamentos o anestésicos, si está siguiendo algún tratamiento, si presenta problemas de sangrado, o si puede estar embarazada.

Durante el examen existe una sensación de picazón de la anestesia y de presión cuando se inserta la aguja. Si se extrae una gran cantidad de líquido, se puede experimentar vértigo o mareo.

Razones por las que se realiza el examen:

El análisis de laboratorio ayuda a determinar por qué está presente el líquido en el abdomen. La prueba se realiza frecuentemente para evaluar el sangrado interno.

RIESGOS:

Existe una posibilidad mínima de que la aguja perfora el intestino, la vejiga o un vaso sanguíneo en el abdomen. Si se extrae una gran cantidad de líquido, existe un riesgo también mínimo de que se produzca un descenso de la presión sanguínea. Existe además una posibilidad leve de infección.

RESULTADOS DEL EXAMEN:

Valores normales.

Existe poco o ningún líquido en el abdomen.

Valores anormales:

La presencia de líquido sanguinolento después de una lesión sugiere pérdida sanguínea interna. Otros hallazgos indican infección; tumor (canceroso y no-canceroso); apendicitis; cirrosis del hígado; enfermedad del páncreas, riñones o corazón; y daño intestinal.



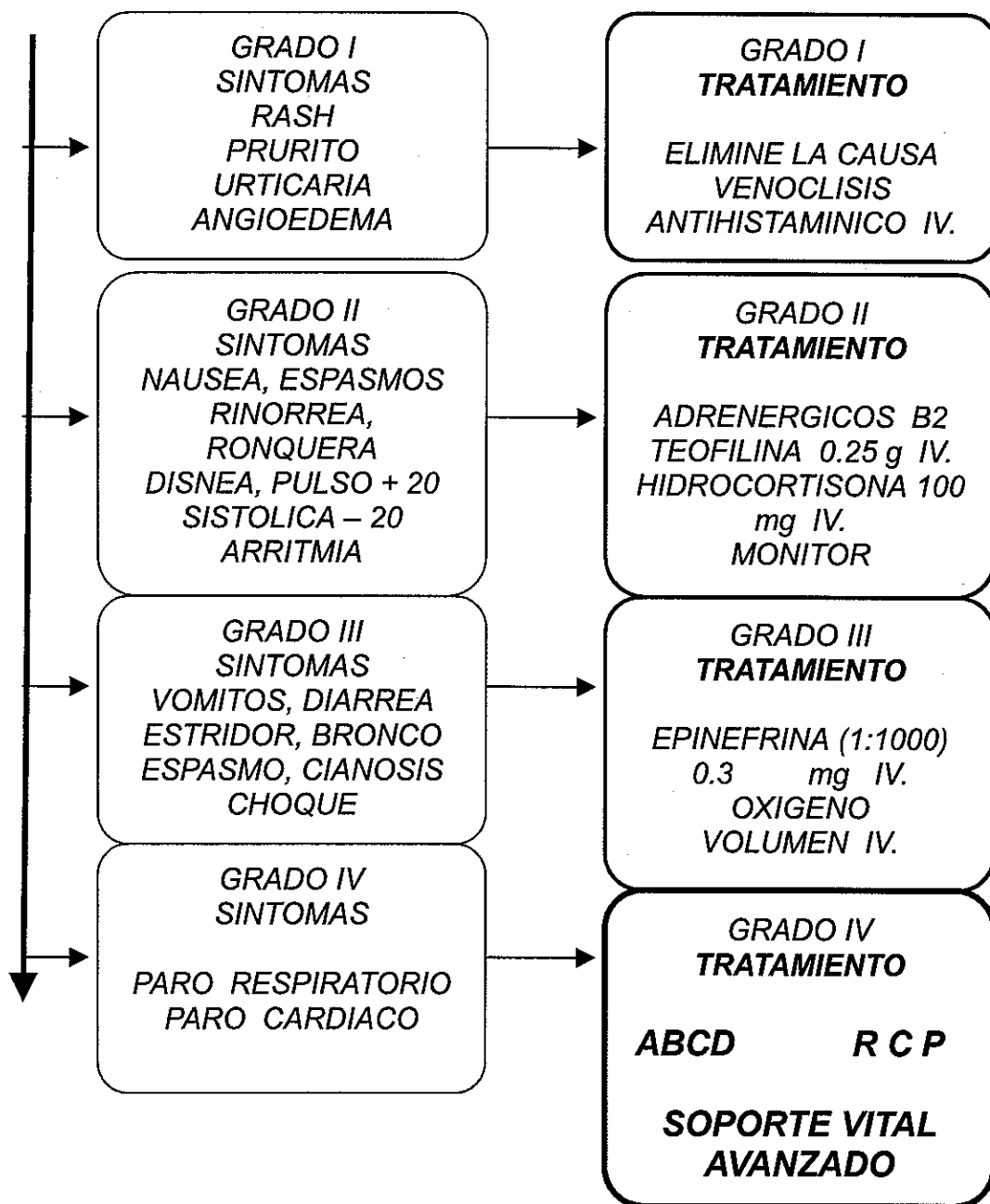
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Página
Día Mes Año

MANEJO INICIAL DE LA REACCION ANAFILACTICA





HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

RESUCITACION CARDIOPULMONAR (R.C.P.)

GENERALIDADES

Por definición es la suspensión total de la actividad cardiaca y pulmonar , cuya etiología puede ser multifactorial, y que requiere atención inmediata dado el corto tiempo que se tiene para evitar lesiones neurológicas y renales irreversibles. Las medidas inmediatas y adecuadas que se tomen son determinantes para la recuperación y buena evolución de la enfermedad de base del paciente, sin perder de vista las posibilidades de recuperabilidad dependiente de su enfermedad de base, **No es ético intentar maniobras de R.C.P en pacientes con enfermedades crónicas en estadios terminales.**

DIAGNOSTICO

Los puntos clave para establecer el diagnóstico de paro cardiorespiratorio se base en la observación y revisión clínica. En primer termino se evaluara el estado de conciencia a través de obtener respuesta del paciente con estímulos verbales, o físicos, que en caso de ser positiva la respuesta cancela la necesidad de iniciar R.C.P, la ausencia de respuesta debe ir seguida de la evaluación de la respiración que determinara el dar apoyo ventilatorio o no. El pulso es otro parámetro importante que determina la capacidad de bombo del corazón, por lo que su determinación de la tercera prioridad a establecer, siendo su ausencia la indicación principal de iniciar las maniobras de R.C.P. Puede darse el caso de no existir actividad de la respiratoria y si pulso arterial lo cual no indica aplicar maniobras de resucitación, pero si manejo para la causa subyacente que se abordara en otra parte de este manual.

En el caso de ausencia de pulso habrá que diferenciar si es debida a asistolia o a un trastorno grave del ritmo cardiaco, ya que de ello depende la modalidad de tratamiento a seguir.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Son motivo de diagnóstico diferencial todos los estados de perdida de conciencia por problemas neurológicos que puedan esta asociados a perdida de volumen sanguíneo o trastornos del ritmo no grave que modifiquen la intensidad del pulso arterial, Ej.- estado postictal + fibrilación auricular rápida, depresión central por fármacos, etc. Habrá que diferenciar también en estados de shock hipovolémico por la causa que sea que se acompaña de disminución de la intensidad del pulso secundaria a la depleción de volumen. Otra condición a tener en cuenta puede ser la existencia de depresión respiratoria severa secundaria a alguna neuropatía e imposibilidad de detectar el pulso arterial (como en obesos), lo cual se puede descartar con la toma de trazo electrocardiográfico.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

MANEJO Y TRATAMIENTO

Ante la falta de respuesta a estímulos en un paciente inconsciente los pasos a seguir serán:

1. Activar el equipo medico y enfermería ante la emergencia
2. Solicitar la cercanía de un desfibrilador
3. Establecer la capacidad de respiración del paciente (abrir vías aéreas, mirar, escuchar)
4. Si el paciente respira colocarlo en posición de recuperación que abra vías aéreas
5. Si el paciente no respira de inmediato dar 2 insuflaciones con ambú
6. Establecer si existe circulación a través de palpar pulso
7. Si existe pulso solo aplicar medidas de apoyo respiratorio (oxígeno, soluciones IV, intubación endotraqueal, signos vitales, examen físico, historia clínica y electrocardiograma)
8. Si no existe pulso iniciar maniobras de resucitación cardiopulmonar
9. En forma casi simultánea colocar monitor para establecer ritmo cardiaco
10. Si existe taquicardia o fibrilación ventricular continuar el manejo para este tipo de arritmias (Págs.)
11. No hay evidencia de TV o FV (intubar, revisar posición del tubo, medir CO₂, establecer ritmo cardiaco)
12. Si existe actividad eléctrica del corazón pero no se detecta pulso continuar el manejo para esta condición (Pág.)
13. No hay actividad eléctrica (**asistolia**): continuar con maniobras de resucitación, reintubar si es necesario, obtener una vía intravenosa, reconfirmar asistolia con trazo eléctrico en mas de una derivación.
14. Hacer consideraciones de posibles causas como: hipoxemia, hipercalemia, acidosis preexistente, sobredosis de drogas depresoras del sistema nervioso central, hipocalemia.
15. Considerar inmediata colocación de marcapaso transcutáneo
16. Epinefrina 1 mg IV en bolo y repetir cada 3 a 5 minutos.
17. Atropina 1 mg IV, repetir cada 3 a 5 minutos, sin pasar de una dosis total de 0.03-0.04 mg/kg.
18. Si no hay respuestas a los anteriores procedimientos **considerar en terminar las maniobras de resucitación**

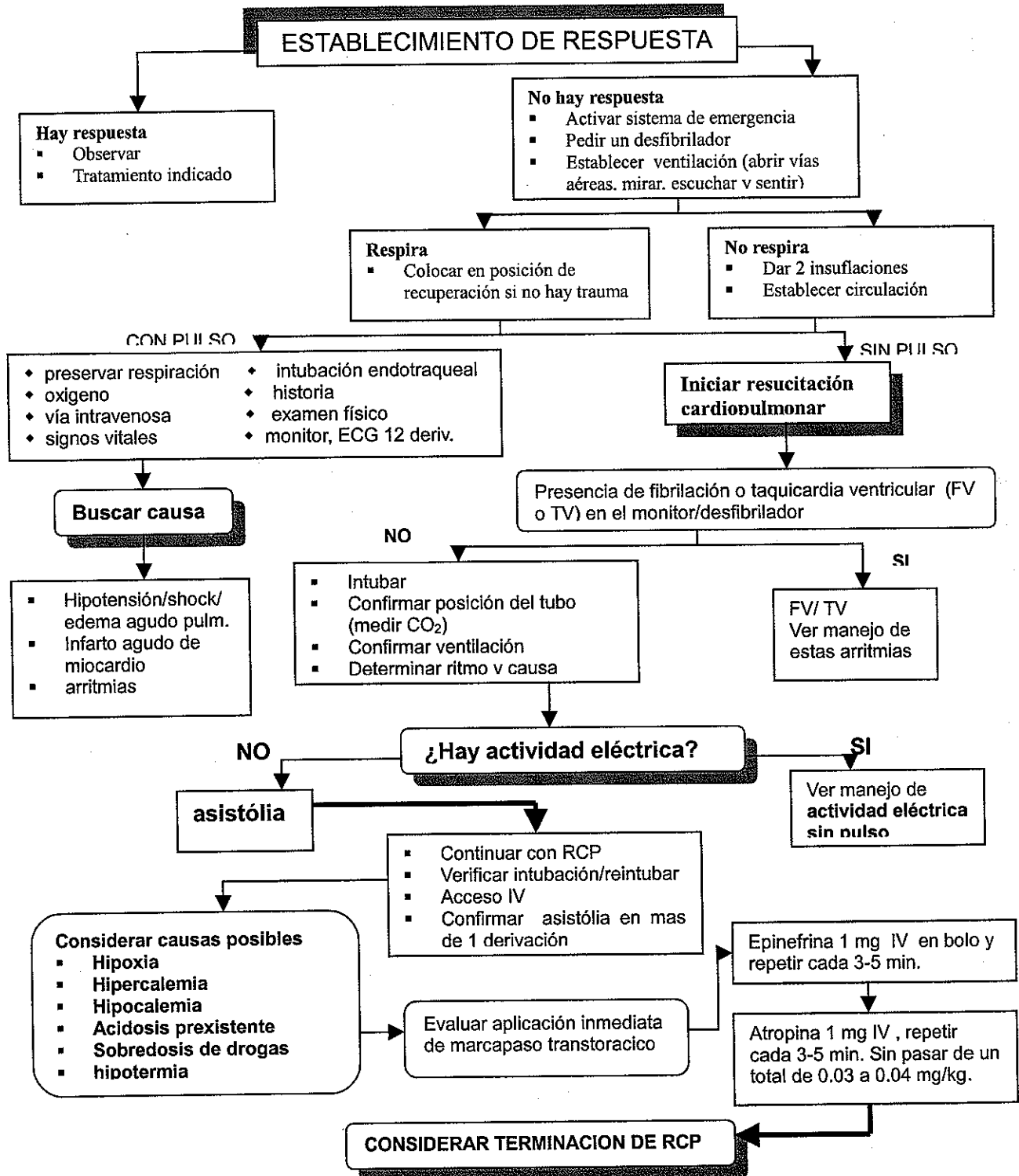


HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año





HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

GENERALIDADES

Hemorragia de tubo digestivo alto es la que se origina por arriba del ligamento de Treitz, se manifiesta por: hematemesis, melanemesis y melenas. Aproximadamente entre el 80 y el 85% de casos el sangrado cede espontáneamente, en el resto es conveniente establecer diagnóstico etiológico y tratamiento oportuno. Más que diagnóstico diferencial hay que ubicar la causa, sobre todo en los casos recurrentes.

CAUSAS MAS FRECUENTES

- Varices esofágicas o gástricas
- Gastritis erosiva
- Úlcera duodenal
- Úlcera gástrica
- Síndrome de Mallory-Weiss
- Fístulas aorto-entéricas

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se corrobora además de los datos clínicos con la colocación de una sonda nasogástrica. La endoscopia es mas útil para ubicar la causa y corrección de algunas (esclerosis, electrocoagulación y fotocoagulación).

TRATAMIENTO

El fin primordial es corregir o prevenir las alteraciones hemodinámicas y conjuntamente la causa de fondo.

1. Canalizar una o 2 vías venosas
2. Valorar catéter en subclavia
3. Sonda de foley
4. Reposición de volumen: Sangre total, paquete globular, plasma, solución salina o ringer.
5. Vigilar datos de angor
6. Oxígeno por puntas nasales
7. Exámenes : electrocardiograma, biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, electrolitos, pruebas de función hepática y clasificación de grupo sanguíneo.
8. Una vez lograda la estabilidad hemodinámica tratar de establecer la causa, ya a través de endoscopia o clínicamente.
9. Lavado gástrico (si procede) con solución calina helada 500 o 1000 ml, se consideran fallidos si después de aproximadamente 10 litros el sangrado persiste.



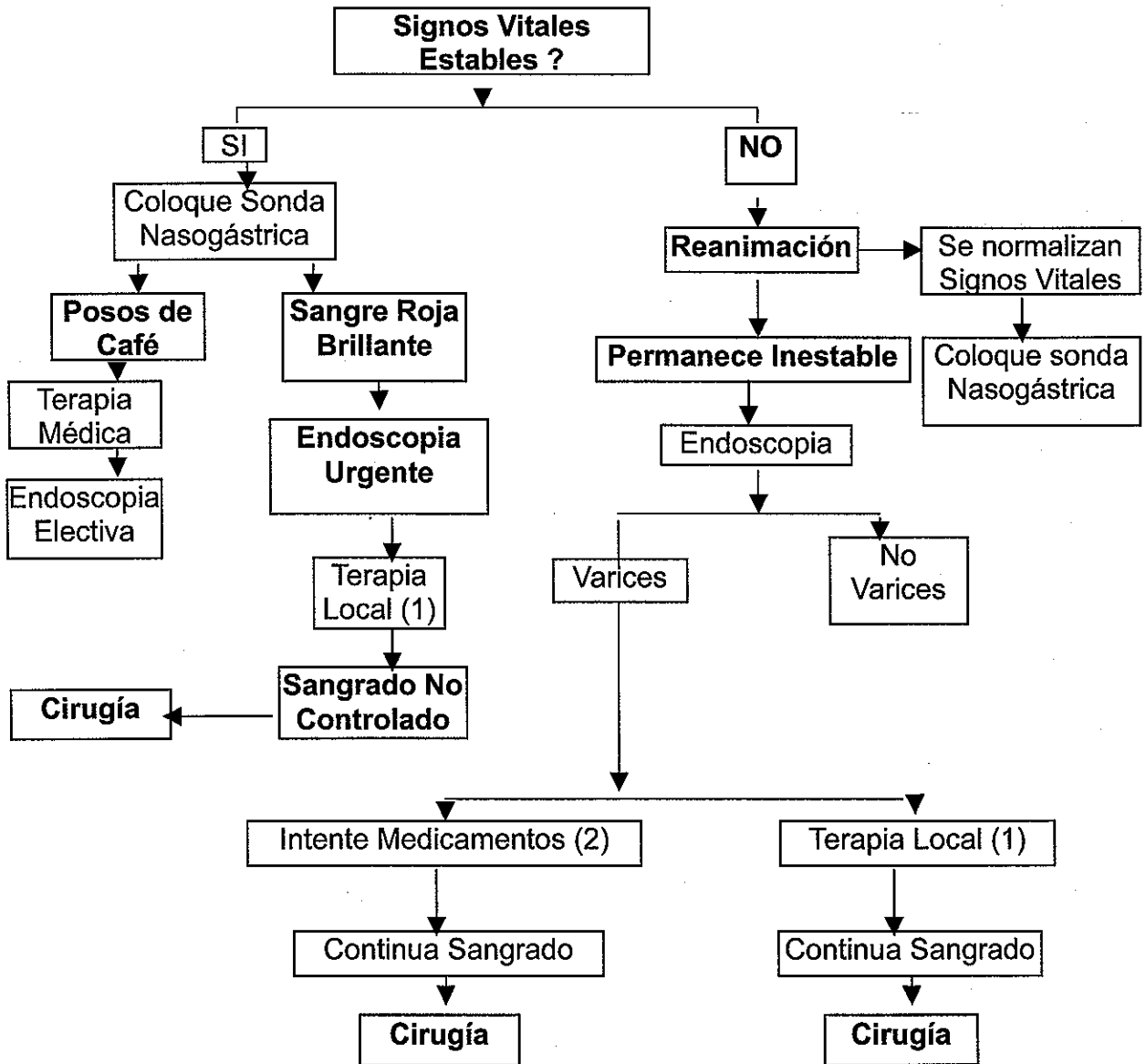
**HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
"FRAY ANTONIO ALCALDE"**

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO



Emergency Medicine Clinics of North America 1996;173

1.- Terapia Local:
Electrocoagulación, controla el 90-95% de Sangrados.
Escleroterapia.

2.- Medicamentos:
Octreotido 50microgramos IV, después 50 microg/hr.
Somatostatina 250 microgramos IV después 250 microg/hr.
Vasopresina 0.4 unidades/minuto titulando, maximo 1 unidad/Minuto
Efectos Adversos: Disminución TA, Isquémia Intestinal, Isquémia Miocárdica
Nitroglicerina IV (40-400 microg/minuto) pueden limitar estos efectos



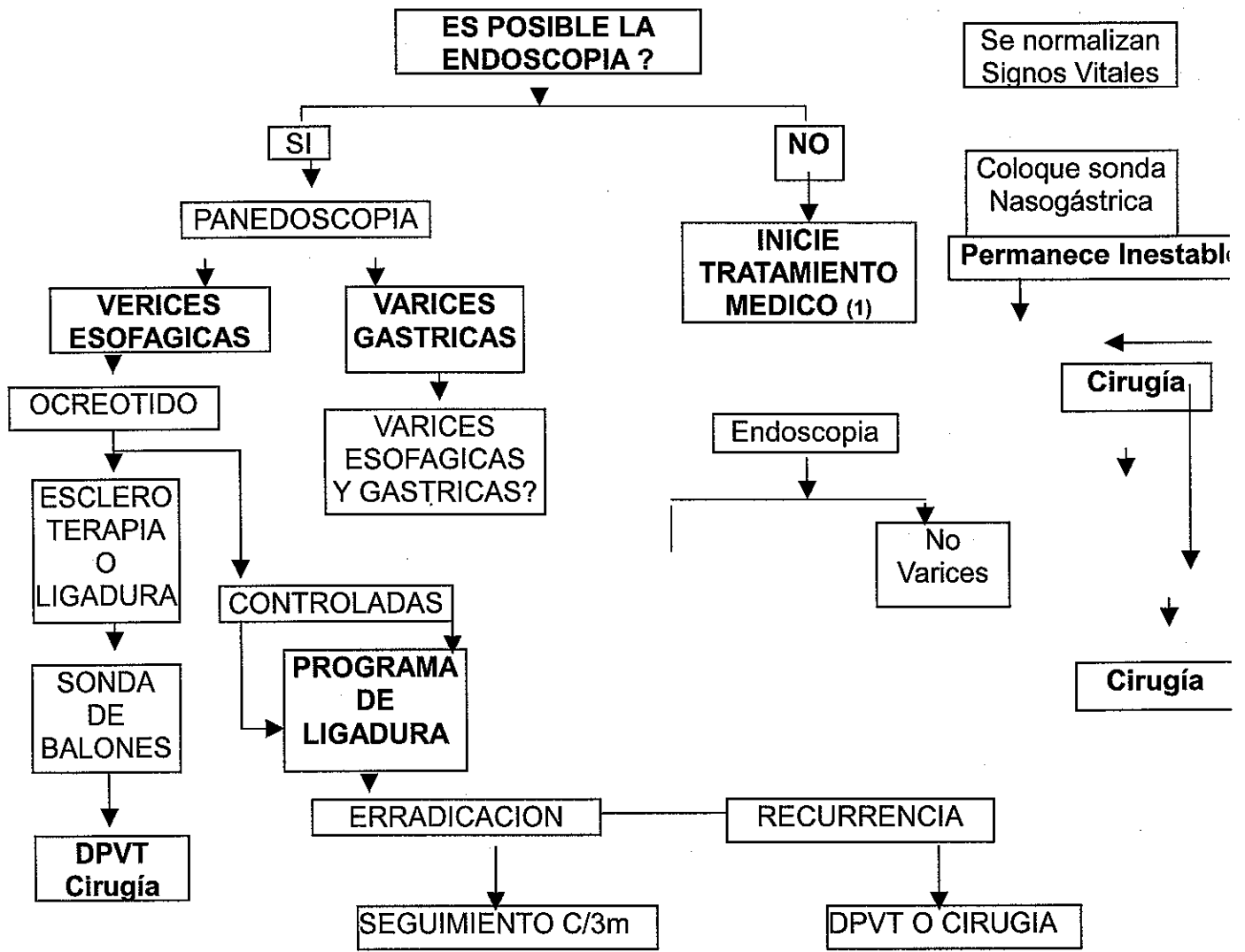
**HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
"FRAY ANTONIOALCALDE"**

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

**SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO POR
VARICES**





HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

TECNICA DE LA ADMINISTRACION DE LA INSULINA

Es la introducción de sustancias hipoglucemiantes al organismo, en forma inyectable (subcutánea o intravenosa)

OBJETIVO

Reducir los niveles de glucosa en la sangre y mantener cifras normales.

INDICACIONES

En padecimientos que alteran el metabolismo de la glucosa:

- ⇨ Control de la diabetes mellitus
- ⇨ Cetoacidosis diabética
- ⇨ Estado hiperosmolar
- ⇨ Coma hiperglucemico

MATERIAL Y EQUIPO

- ⇨ Jeringa de insulina
- ⇨ Insulina indicada
- ⇨ Torundas alcoholadas
- ⇨ Aguja de bisel corto N° 26.

PROCEDIMIENTO

1. Antes de iniciar el procedimiento lave sus manos cuidadosamente
2. Retire la insulina del refrigerador, caliéntela hasta que haya alcanzado la temperatura ambiente. Gire el frasco ampula entre sus manos para mezclar el contenido, verifique la fecha de expiración y lea la etiqueta para estar seguros que el tipo y la potencia del medicamento son correctos y están preparados por el mismo fabricante. Nunca sacuda el frasco ampula.
3. Trasladar el equipo a la unidad del paciente con la jeringa y la insulina indicada.
4. Preparación psicológica del paciente.
5. Limpiar la zona a puncionar en forma circular con torunda alcoholada. Quite la cubierta de la aguja y déjela a un lado temporalmente. Sostenga la jeringa como un lápiz, inyecte dentro del frasco una cantidad igual de aire antes de extraer la insulina. De esta manera evitará crear un vacío en el frasco y permitirá extracción más fácil de la insulina



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

TRAQUEOTOMIA

INFORMACIÓN GENERAL

La traqueotomía es la apertura temporal de la traquea, por debajo del nivel de las cuerdas bucales, para dar acceso directo a la vía respiratoria inferior. La traqueotomía permite tratar de urgencia una asfixia de origen faríngeo o laríngeo, que no responde a tratamiento médico o preparar un acto quirúrgico sobre la faringe o laringe. Es una alternativa ante la intubación dificultosa cuando se necesita una anestesia general y permite una ventilación mecánica prolongada.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesthesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA TREQUEOTOMÍA.

En ocasiones, puede realizarse de extrema urgencia, incluso con anestesia local. Se realiza mediante una pequeña incisión cervical en la base del cuello, que permite una apertura de la traquea y la localización de una cánula a través del orificio de la piel.

También cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA TRAQUEOTOMÍA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, ...) y los específicos del procedimiento:

- RIESGOS INMEDIATOS

Es posible la hemorragia local que precise reintervención para control del punto sangrante. También es posible la obstrucción de la cánula por secreciones y/o el enfisema subcutáneo (aire debajo de la piel del cuello).

Los siguientes riesgos postoperatorios son menos frecuentes en la traqueotomía reglada bajo anestesia general que en la traqueotomía de extrema urgencia: Parada cardiorrespiratoria que precise reanimación neumotórax o neumomediastino por entrada del aire al tórax o al mediastino durante la intervención, la lesión de un nervio laríngeo (el nervio recurrente), la lesión de alguna vena o arteria del cuello o comunicación de la tráquea con el esófago (fístula traqueo esofágica).

- RIESGOS SECUNDARIOS

La sobre infección traqueobronquial es habitual en los días siguientes a la intervención. La cicatrización de la traqueotomía puede dejar una cicatriz retráctil que puede necesitar cirugía local posteriormente.

- RIESGOS EXCEPCIONALES GRAVES.

La hemorragia de un gran tronco arterial es una eventualidad excepcional. Este riesgo es mayor en casos de asfixia y traqueotomía de emergencia y según la anatomía del cuello. La infección de los cartílagos laríngeos pueden dar lugar a estenosis o retracciones cicatriciales traqueo laríngeas.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentoso, sueros etc.) pero pueden llegar a requerir de una reintervención, en algunos casos de urgencias,

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla



**HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
"FRAY ANTONIOALCALDE"**

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO

MANEJO INICIAL (ATLS)

DEFINICIÓN: POR SU ESTADO DE CONCIENCIA, EL PACIENTE ES INCAPAZ DE SEGUIR LAS INDICACIONES MAS SENCILLAS. (GLASGOW DE 3 A 8)

EVALUACIÓN Y MANEJO

- **A B C D E**
- **EVALUACIÓN PRIMARIA Y REANIMACION (1)**
- **EVALUACIÓN SECUNDARIA Y ANTECEDENTES; ALERGIAS MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, INTOXICACIONES, EVENTOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA**
- **REEVALUACIÓN NEUROLÓGICA**

**APERTURA OCULAR
RESPUESTA MOTORA
RESPUESTA VERBAL**

**RESPUESTA PUPILAR A LA LUZ
RESPUESTA OCULOCEFALICA
RESPUESTA OCULOVESTIBULAR**

- **AGENTES TERAPÉUTICOS**

**MANNITOL
HIPERVENTILACION MODERADA**

ANTICONVULSIVANTES

- **AUXILIARES DE DIAGNOSTICO**

**TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA
ANGIOGRAFÍA**

(1) TODOS LOS PACIENTES DEBEN SER EVALUADOS Y REANIMADOS ANTES DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE GABINETE



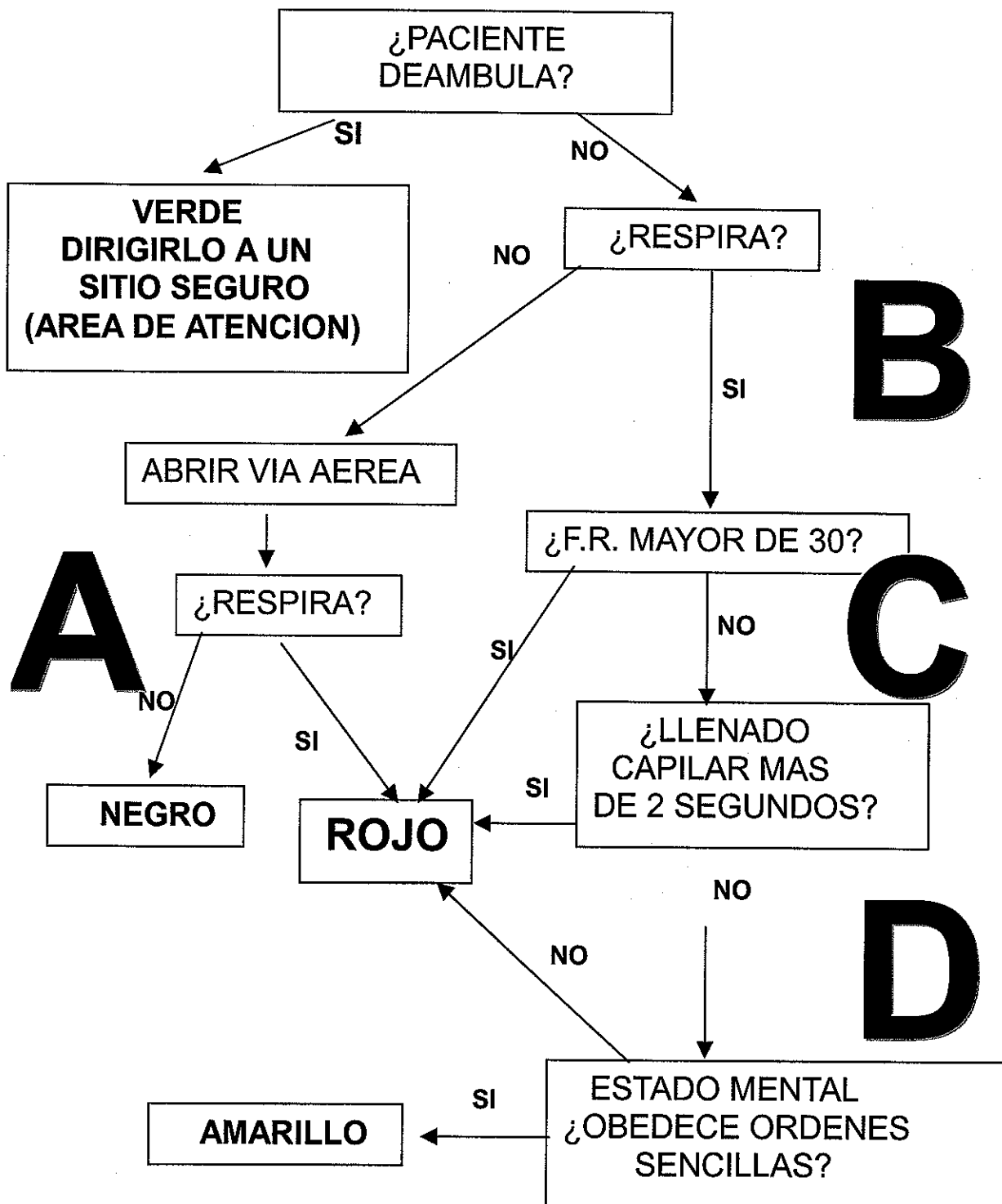
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
"FRAY ANTONIO ALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

SIMPLE TRIAGE AND RAPID TRANSPORT





HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

TROMBOEMBOLIA PULMONAR

1.- INDICE

2.- INTRODUCCIÓN

La tromboembolia pulmonar (TEP) es una enfermedad aguda que afecta a la circulación pulmonar, produce la muerte en el 10% de los casos. No es diagnosticada en un alto porcentaje: 48 a 57 % de los casos. Se considera una complicación de la trombosis venosa profunda (TVP)

3.-OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Establecer los criterios diagnósticos y tratamiento inicial de la embolia pulmonar y sus principales complicaciones en el servicio de Urgencia adultos de una unidad de medica de 3er nivel. El objetivo fundamental del manejo en la sala de urgencias es preservar la vida del paciente que sufre TEP aguda y detener el proceso tromboembólico.

4.- DEFINICIONES

Patología caracterizada por desplazamiento de coagulo generalmente sanguíneo hacia el lecho pulmonar arterial, que parte desde una extremidad o abdomen en donde un proceso inflamatorio, quirúrgico, ocupacional, etc ha favorecido la formación de coágulos hemáticos desprendibles. Dependiendo de la magnitud (tamaño) del coagulo constituirá un microembolismo o un embolismo pulmonar

5.- ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

La mayoría de las embolias se producen a partir de las extremidades inferiores y la pelvis; menos frecuentemente de las cavidades derechas del corazón. Los principales factores de riesgo asociados son: éxtasis venosa, cirugía pélvica y ortopédica, prostatectomía, obesidad, uso de estrógenos, cirugía abdominal mayor y edad mayor de 70 años.

6.- EPIDEMIOLOGIA

7.- TIPO DE PADECIMIENTO O LESION



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

8.- CLASIFICACION

Embolia pulmonar masiva : Es una obstrucción del flujo sanguíneo pulmonar que causa un aumento en la postcarga del ventrículo derecho, con elevación consecuente de la presión sistólica de la arteria pulmonar.

Embolia pulmonar submasiva: Es la embolia de uno o mas segmentos pulmonares que no se acompaña de elevación de la presión sistólica del ventrículo derecho y de la arteria pulmonar.

Infarto pulmonar: Es la oclusión de pequeñas arterias pulmonares periféricas, suele coexistir con broncoconstricción; y a veces no se conserva el flujo sanguíneo colateral a través de las arterias bronquiales.

9.- PREVENCIÓN PRIMARIA

Esta basada en detectar la población de riesgo, (pacientes crónicamente enfermos, en reposo constante, estados de hipercoagulabilidad , trastornos mieloproliferativos, hiperviscosidad, condiciones que promueven la estasis venosa) condiciones en las cuales habrá que tomar medidas profilácticas.

10.- DETECCIÓN

Esta basada en la clínica principalmente.

11.- DIAGNOSTICO

Los síntomas más frecuentes son: disnea, dolor torácico, taquipnea, hemoptisis, tos, estertores, sibilancias y derrame pleural clínico y radiológico. La PA de tórax muestra infiltrado pulmonar y elevación del hemidiafragma. La hipotensión es un dato de mal pronóstico asociado a datos de quiebra ventricular derecha manifestada por ingurgitación yugular, galope derecho, soplo tricúspideo y hepatomegalia dolorosa, el EKG muestra datos de dilatación del ventrículo derecho SI, QIII, TIII y bloqueo completo o incompleto de RDHH. El diagnóstico se hace con *gamagrama pulmonar ventilatorio perfusorio* que muestra defecto perfusorio con ventilación normal.



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**URGENCIAS
ADULTOS**

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

12.- TRATAMIENTO Y CONTROL

Manejo de la insuficiencia respiratoria.

- Incrementar la FiO_2 con mascarilla de Venturi al 30 a 40 %
- Intubar si la pO_2 es menor de 60 y hay inminencia de paro respiratorio.

Manejo hemodinámico:

- Catéter de PVC para valorar cargas de volumen y evitar las sobrecargas.
- Reducir la poscarga del ventrículo derecho.
- Apoyo con dopamina y dobutamina
- Evitar drogas que modifican el retorno venoso (diuréticos, vasodilatadores).

Manejo del proceso tromboembólico.

- Anticoagulación:
 1. Se inicia en cuanto se establece el diagnóstico. Si la sospecha es muy alta se inicia aún sin contar con gamagrama y en ausencia de factores de riesgo de sangrado.
 2. Iniciar con heparina a dosis de 5000 UI seguida de infusión continua de 1000 a 1500 UI por hora, monitorizando el TPT a las 4 horas de la infusión hasta llevarlo a 1.5 a 2.5 veces del control.
 3. Las heparinas de bajo peso molecular se utilizan en el enfermo con factores de riesgo para sangrado por sus menores efectos hemorrágicos. Nosotros utilizamos la enoxaparina a dosis de 40 mg cada 12 hrs por vía subcutánea.
- Medidas generales y cuidados posteriores:
 1. Monitorizar al paciente.
 2. Oximetría de pulso.
 3. Sonda de Foley.
 4. Solicitar exámenes de laboratorio complementarios: BH, QS, ES, CPK, CPK-MB, TP, TPT
 5. El paciente debe permanecer en la sala de urgencias mientras se encuentre inestable y posteriormente debe ingresar a UCI.

13.- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

No requiere



HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIOALCALDE"

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS

URGENCIAS
ADULTOS

Fecha de autorización Pagina
Día Mes Año

ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (EVC)

Cecil Textbook of Medicine, 22a Edición, 2004, Pag. 2294

