

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUB DIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"GUIAS DE MANEJO PARA
MÉDICOS GENERALES
DE EMERGENCIA DEL ISSS"**

MAYO - 2009

Presentación



El **Instituto Salvadoreño del Seguro Social** a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la División Técnica Normativa, dependencia que a través del Departamento de Normalización es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido, las **"GUÍAS DE MANEJO PARA MÉDICOS GENERALES DE EMERGENCIA DEL ISSS"** será el documento normativo que tendrá como objetivo, guiar a los médicos generales que atienden las emergencias en los centros de atención ambulatoria que cuentan con esa dependencia, en el proceso de toma de decisiones sobre que intervenciones son las más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, por lo se procede a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



A handwritten signature in black ink, appearing to be "N. Nolasco Perla".

DR. NELSON NOLASCO PERLA
Director General ISSS

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"GUIAS DE MANEJO PARA
MÉDICOS GENERALES
DE EMERGENCIA DEL ISSS"**

MAYO - 2009

COMITÉ NORMATIVO

JEFE DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA	DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA
JEFE DEPARTAMENTO NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	DR. GUILLERMO JOSÉ VALDÉS FLORES
COLABORADOR TÉCNICO MÉDICO NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.	DR. MARCO ANTONIO SALAZAR DR. ROBERTO AGUILA CERÓN DR. CESAR ERNESTO BENDEK

LISTADO DE PROFESIONALES
QUE ELABORARON LAS PRESENTES GUÍAS DE MANEJO

NOMBRE	PROCEDENCIA
Dr. Ricardo Paz Castellanos	JEFE SERVICIO DE ORTOPEDIA HOSPITAL GENERAL
Dr. Rogelio Antonio Chávez	JEFE SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
Dr. Ricardo Federico Flores Salazar	FISIATRA HOSPITAL MÉDICO QUIRÚRGICO
Dr. Edward Herrera	GINECÓLOGO HOSPITAL 1° DE MAYO
Dra. Gudelia Hernández Lazo	GINECÓLOGA HOSPITAL 1° DE MAYO
Dr. Iván Ordóñez	JEFE DE SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA HOSPITAL GENERAL
Dr. Guillermo Vaquerano Aguilar	JEFE MEDICINA INTERNA HOSPITAL MÉDICO QUIRÚRGICO

LISTADO DE PROFESIONALES
QUE VALIDARON LAS PRESENTES GUÍAS DE MANEJO

NOMBRE	PROCEDENCIA
Dr. Leonel Grijalva	COORDINADOR DE EMERGENCIA U.M. APOPA
Dra. Reina de Pérez	COORDINADORA DE EMERGENCIA U.M. ATLACATL
Dr. Américo Durán	COORDINADOR DE EMERGENCIA U.M. ZACAMIL
Dr. Miguel Angel Torres	COORDINADOR DE EMERGENCIA U.M. 15 DE SEPTIEMBRE
Dra. Yolanda Piche Alas	U.M. SAN JACINTO
Dra. Ana Idalia Romero de Lobos	COORDINADORA DE EMERGENCIA U.M. SANTA TECLA
Dr. Carlos Ricardo Jovel	COORDINADOR DE EMERGENCIA U.M. ILOPANGO
Dra. Lya Sandoval de Alvarez	JEFE DE SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA
Dr. Manuel López Granados	MÉDICO ENDOCRINÓLOGO
Dr. Alfredo Cruz Garcia	JEFE DE SERVICIO DE CARDIOLOGÍA
Dr. Roberto Arias Clavel	JEFE DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA
Dra. Hilda Morales	U.M. ATLACATL
Dr. Edgardo Benjamín García	U.M. METAPÁN
Dr. Nelson Pío Fernando Rosales	U.M. AHUACHAPÁN

NOMBRE	PROCEDENCIA
Dr. Osmar Ovidio Cruz López	U.M. LA UNIÓN
Dr. José Ernesto Chorro	U.M. ZACATECOLUCA
Dr. Isaías Cordero del Cid	COORDINADOR DE EMERGENCIA U.M. SAN JACINTO
Dra. Lucía Ramírez de Mira	U.M. ILOPANGO
Dra. Ana Idalia de Lobos	U.M. SANTA TECLA
Dr. Alfonso Antonio Rico	U.M. SANTA TECLA
Dr. José Armando Arévalo	U.M. APOPA
Dr. Julio César Velis	U.M. SANTIAGO DE MARÍA
Dr. Edwin Antonio Mendoza	U.M. SANTIAGO DE MARÍA
Dr. Jorge Mario Chávez Padilla	U.M. SAN JACINTO
Dr. Víctor Rubén Gutiérrez	U.M. QUEZALTEPEQUE
Dr. Nelson Mauricio Aragón Morán	U.M. 15 DE SEPTIEMBRE
Dra. Carlina Paz de Liévano	U.M. ZACAMIL
Dr. Manuel de Jesús Amaya Ruano	U.M. COJUTEPEQUE
Dr. Francisco Saúl Hernández	U.M. PUERTO EL TRIUNFO
Dr. Douglas Alfredo Lino	U.M. SAN VICENTE

Contenido

INTRODUCCIÓN:	- 1 -
OBJETIVO GENERAL:	- 1 -
CAMPO DE APLICACIÓN:	- 1 -
I. CRISIS HIPERTENSIVAS	- 2 -
II. SÍNDROME CORONARIO AGUDO	- 8 -
III. ASMA BRONQUIAL EN CRISIS	- 12 -
IV. CETOACIDOSIS DIABÉTICA Y ESTADO HIPEROSMOLAR	- 19 -
V. SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR	- 23 -
VI. DOLOR ABDOMINAL AGUDO	- 26 -
VII. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO	- 31 -
VIII. FRACTURA DE CLAVÍCULA	- 34 -
IX. LUXACIÓN ACROMIO CLAVICULAR	- 36 -
X. LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR	- 38 -
XI. FRACTURAS DE LA CABEZA DEL HÚMERO	- 39 -
XII. CUERPO EXTRAÑO EN OJO	- 41 -
XIII. TRAUMA OCULAR	- 44 -
XIV. SÍNDROME DE OJO ROJO	- 46 -
XV. DOLOR LUMBAR	- 51 -
XVI. SÍNDROME DE ABORTO	- 58 -
XVII. AMENAZA Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO	- 62 -
XVIII. HIPERTENSIÓN Y EMBARAZO	- 65 -
XIX. HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	- 71 -
XX. DOLOR PÉLVICO AGUDO	- 77 -
BIBLIOGRAFÍA	- 86 -
DISPOSICIONES FINALES:	- 85 -
VIGENCIA:	- 85 -

INTRODUCCIÓN:

Algunas Unidades Médicas del Instituto Salvadoreño del Seguro Social ofertan el Servicio de Emergencia atendido por médicos generales y debido a que la primera atención recibida en los casos de emergencias o urgencias puede determinar el éxito en el tratamiento y recuperación del paciente, es importante estandarizar el manejo inicial de para permitir su adecuado tratamiento.

Las distintas guías de manejo incluidas en este documento, comprenden temas que competen a las tres grandes especialidades (medicina interna, cirugía general y ginecología y obstetricia) y algunas especialidades de rama como oftalmología, ortopedia y fisioterapia. Las patologías fueron escogidas por los mismos médicos de las emergencias del ISSS a través de una encuesta.

Este documento fue elaborado por el personal idóneo de cada especialidad y subespecialidad involucrada en estas guías y validado por médicos de emergencia de varias Unidades Médicas y otros profesionales con especialidades de rama de la medicina para darle el enfoque práctico que necesitarán para la prestación de los servicios.

OBJETIVO GENERAL:

Brindar los insumos técnicos para médicos generales de emergencia en temas de Medicina Interna, Cirugía y Gineco-Obstetricia.

CAMPO DE APLICACIÓN:

Todos los centros de atención que tengan médicos generales en los servicios de emergencia.

CONTENIDO TÉCNICO

I. CRISIS HIPERTENSIVAS CIE10: I 10

DEFINICIÓN

Es un aumento súbito en la presión arterial sistólica y diastólica que puede estar asociado o no con daño a órgano blanco (SNC, Corazón, Riñones) o compromiso de la vida del paciente.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

1. Entre el 1 a 2% de los pacientes con hipertensión arterial sistémica desarrollan crisis hipertensivas, sin embargo las personas que se encuentran con mayor riesgo de presentar una crisis hipertensiva son los ancianos, afro-americanos, el sexo masculino, tabaquistas, bajo nivel sociocultural.
2. Entre las complicaciones derivadas de esta condición tenemos: Falla Cardíaca y Edema Pulmonar Agudo, Infarto Cerebral, Encefalopatía Hipertensiva, Angina Inestable e IAM, Hemorragia Cerebral y Subaracnoidea, Eclampsia, Disección Aórtica.
3. Causas de Muerte: Hemorragia Cerebral, Infarto Agudo del Miocardio, Falla Renal.

CLASIFICACIÓN

1. URGENCIAS: No hay daño a órgano blanco.
2. EMERGENCIAS: Si hay daño agudo a órgano blanco.

La diferenciación clínica esta basada en la presencia de daño a Órgano Blanco y no en el nivel de presión arterial que tenga el paciente.

EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS:

- Encefalopatía Hipertensiva.
- Hemorragia Intracerebral.

URGENCIAS HIPERTENSIVAS:

- Hipertensión Acelerada.
- Hipertensión Preoperatorio.

- Accidente Cerebro vascular Isquémico.
- Hemorragia Subaracnoidea.
- Disección Aórtica Aguda.
- Edema Pulmonar Agudo.
- Angina Inestable.
- Infarto Agudo del Miocardio.
- Eclampsia.
- Falla Renal Aguda.
- Anemia Hemolítica Micro-Angiopática.
- Hipertensión Postoperatoria.
- Hipertensión de rebote.

FACTORES PREDISPONENTES:

- Suspensión de medicamentos antihipertensivos.
- Eclampsia.
- Enfermedad Renal Parenquimatosa.
- Feocromocitoma.
- Quemaduras Extensas.
- Vasculitis.
- Fármacos (AINES, Esteroides, Pseudoefedrina, etc.).
- Hipertensión Reno-vascular.
- Glomerulonefritis Aguda.
- Traumatismo Craneoencefálico.
- Lupus Eritematoso Sistémico.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico se basa en los signos y síntomas de la disfunción de órganos blanco y no en las cifras de la presión arterial obtenidas. La evaluación clínica es fundamental para el diagnóstico diferencial y tratamiento de la crisis hipertensiva, buscar signos y síntomas neurológicos focales o de lateralización, alteraciones visuales, ansiedad, cefalea, alteraciones en el estado mental, datos de insuficiencia cardiaca o edema agudo de pulmón, disminución de los pulsos, dolor torácico o lumbar, embarazo, alteraciones renales, hemorragia retiniana y papiledema.

DAÑO A ÓRGANO BLANCO	MANIFESTACIONES MENORES	MANIFESTACIONES MAYORES
Ocular	Escotomas, Retinopatía (Hemorragias, Exudados, Papiledema)	



SNC	Cefalea Occipital con o sin náuseas y vómitos, Acúfenos, Fosfenos, Mareo, Convulsiones.	Encefalopatía Hipertensiva, Hemorragia Subaracnoidea o Parenquimatosa, Isquemia Cerebral.
Cardiovascular	Galope (R4), Dolor Torácico, Disnea, Edemas, Palpitaciones.	Insuficiencia Cardíaca Aguda, Angina Inestable o Infarto Agudo del Miocardio, Disección Aórtica Aguda.
Renal	Nicturia, Proteinuria.	

EVALUACIÓN CLÍNICA:

HISTORIA CLÍNICA:

1. Evolución de la Hipertensión Arterial.
2. Antecedentes Médicos (Diabetes, ACV, CAE, etc.)
3. Ingesta de Medicamentos.
4. Uso de drogas ilícitas (Marihuana, Cocaína, Crack, etc.).
5. Síntomas de daño orgánico.

EXAMEN FÍSICO:

1. Presión Arterial: Hipertensión.
2. Fondo de Ojo: buscando papiledema, hemorragias, exudados.
3. Examen del Cuello: soplos, ingurgitación yugular.
4. Examen Cardiopulmonar: soplos, galope.
5. Abdomen: masas, soplos.
6. Extremidades: pulsos, edemas.
7. Neurológico: hemiplejía, afasia, estupor, coma.

LABORATORIO Y GABINETE (dependiendo de las condiciones del paciente):

1. Hemograma.
2. Nitrógeno Ureico y Creatinina.
3. Proteinuria.

4. Electrocardiograma.
5. Radiografía de Tórax.

TRATAMIENTO MÉDICO URGENCIA HIPERTENSIVA

El objetivo es la reducción de la Presión Arterial Media en un 25% y la reducción gradual de la presión arterial en un periodo de 24 a 48 horas.

1. Reposo en Observación hasta estabilización de su presión arterial diastólica en un valor menor o igual a 100 mm de Hg.
2. Signos vitales cada 30 minutos.
3. Ansiolítico: Diazepán 10 mg o Lorazepán 2 mg, dosis única, vía oral.
4. Medicamentos Antihipertensivos: La mayoría de los pacientes con urgencias hipertensivas podrían requerir de más de uno de los siguientes medicamentos antihipertensivos para el control de su presión arterial.
 - CAPTOPRIL: 25 mg, vía oral (puede repetirse c/20-30 min N° 3) o ENALAPRIL: 10 mg, vía oral.
 - ATENOLOL: 100 mg, vía oral.
 - HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg, vía oral.
5. Una vez controlada la presión arterial:
 - Si el paciente no esta en control iniciar tratamiento antihipertensivo de acuerdo a lo establecido en las guías de manejo de Medicina General.
 - Si el paciente esta en control y había suspendido el tratamiento, reiniciar el o los medicamentos antihipertensivos que estaba tomando o si con la dosificación actual presentó la elevación de la presión arterial, ajustar dosis de acuerdo al criterio médico.
 - Referir a consulta externa, con la indicación de realizarse un control 2 veces por semana de la presión arterial por enfermería.

TRATAMIENTO INICIAL DE LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA

1. Signos vitales cada 15 minutos.
2. Reposo Absoluto.
3. Establecer un acceso venoso.
4. Oxígeno suplementario a 3 lts por minuto.
5. CAPTOPRIL 25 mg sublingual (masticarla y retenerla en la boca hasta que se disuelva) o vía oral, según niveles de presión arterial.

En pacientes con ACV isquémico, solo si la presión arterial es mayor a 220/120, se administrara el Captopril sublingual, de lo contrario administrar la tableta sin masticar vía oral. En caso de no contar con Captopril, utilizar Enalapril 10 mg, vía oral. En la encefalopatía hipertensiva si al disminuir la presión arterial, la función neurológica se encamina a un deterioro, no se deberá administrar más medicación hipertensiva.

6. DINITRATO DE ISOSORBIDE: 5 mg Sublingual c/5 minutos # 3 si hay Angina, IAM, Edema Pulmonar Agudo y según signos vitales.
7. FUROSEMIDE 20 mg IV, 2 a 4 ampollas si hay Edema Pulmonar Agudo, ICC y según PA.
8. ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 250 mg a 500 mg, en Angina, IAM o sospecha.
9. Toma de Electrocardiograma si hay disponibilidad.

REFERENCIA A NIVEL HOSPITALARIO

1. Todo paciente con una Emergencia Hipertensiva.
2. Paciente con Urgencia Hipertensiva que presente Cefalea Intensa, Nauseas, Vómitos.
3. Urgencia Hipertensiva no controlada después del antes descrito.

INCAPACIDAD

En Urgencia Hipertensiva 2 a 5 días.

EXÁMENES PARA CONSULTA EXTERNA

Hemograma, Glicemia, N. Ureico y Creatinina, Potasio Sérico, Ácido Úrico, Colesterol, Triglicéridos, LDL, HDL, General de Orina, ECG y Rx de Tórax póstero-anterior.

EDUCACION

Informar al paciente o familiares sobre:

1. Que es la hipertensión.
2. Factores que agravan la Presión Arterial.
3. Complicaciones de la Hipertensión.
4. Importancia del cumplimiento de los controles y el tratamiento.

II. SÍNDROME CORONARIO AGUDO CIE10: I 20

DEFINICIÓN

Representa un espectro de presentaciones clínicas de isquemia miocárdica aguda, incluyendo Angina Inestable, Infarto Agudo del Miocardio (IAM) sin onda Q o con onda Q.

EPIDEMIOLOGÍA

La enfermedad isquémica cardíaca, es una de las principales causas de morbi-mortalidad, ocurriendo poco más de la mitad de las muertes por esta causa antes de llegar al hospital.

FACTORES DE RIESGO PARA ATEROESCLEROSIS

MODIFICABLES:

- Tabaquismo
- Hipertensión
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus
- Obesidad
- Sedentarismo

NO MODIFICABLES:

- Genético
- Edad
- Sexo Masculino.
- Estado posmenopáusico.
- Historia familiar de enfermedad cardíaca prematura.
-

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICO:

ANGINA INESTABLE SIN ELEVACIÓN DEL ST EN EL EKG:

1. **ANGINA PROGRESIVA:** caracterizada por un aumento distintivo en la frecuencia, intensidad o duración del dolor torácico o su equivalente, habitualmente con una reducción de la actividad responsable de su provocación.

2. **ANGINA DE RECIENTE INICIO:** menor de 2 meses que progresa a angina a pequeños esfuerzos que limita de forma importante la actividad física (Clase III, de la sociedad Cardiovascular de Canadá)¹.
3. **ANGINA DE REPOSO O NOCTURNA:** dentro de una semana de presentación.

INFARTO Q

1. **TÍPICO:** Dolor torácico de tipo opresivo de fuerte intensidad, con irradiación a cuello, mandíbula brazos o espalda y/o epigastrio, de más de 30 minutos de duración, que no cede al reposo o con nitritos sublinguales, asociado o no al esfuerzo físico que se acompaña de síntomas vagales como náuseas, vómitos, sudoración.
2. **ATÍPICO:** Con mayor frecuencia carece de las características semiológicas típicas, se pueden manifestar sin dolor y presentar solo disnea, agudización de un cuadro de ICC, Edema Pulmonar o un estado confusional agudo.
3. **ASINTOMÁTICA:** Ocurriendo en aproximadamente un 23 % de los casos, sobre todo en pacientes con Diabetes Mellitus, ancianos y enfermos sometidos a cirugía, el cual suele ser de menor extensión y de localización ínfero posterior. En el EKG se encuentra elevación del ST mayor de 1 mm en dos o más derivaciones contiguas acompañado de ondas T picudas o invertidas. Aparecimiento de ondas Q mayores de 40 milisegundos o BRIHH nuevo.

POSIBILIDAD DE QUE LAS MANIFESTACIONES REPRESENTAN UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SECUNDARIO A ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA.

HALLAZGO	ALTA POSIBILIDAD	POSIBILIDAD INTERMEDIA.	BAJA POSIBILIDAD.
Historia	Dolor torácico o brazo izquierdo como síntoma principal que ya antes se ha presentado en una angina documentada. Historia de enfermedad arterial coronaria, incluyendo IAM.	Dolor o malestar torácico o brazo izquierdo como síntoma principal. Edad > 70 años Sexo masculino Diabetes Mellitus.	Síntomas isquémicos probables en ausencia de cualquier característica de posibilidad intermedia. Uso reciente de cocaína.

¹ Campeau L. Grading of angina pectoris. *Circulation* 1976; 54: 522-523 (<http://www.azprensa.com/SCORES/c9.pdf>)



HALLAZGO	ALTA POSIBILIDAD	POSIBILIDAD INTERMEDIA.	BAJA POSIBILIDAD.
Examen físico	Regurgitación mitral transitoria, hipotensión, diaforesis, edema pulmonar o estertores	Enfermedad vascular extracardíaca	Malestar torácico que se reproduce (o desencadena) con la palpación
EKG	Elevación del segmento ST (≥ 0.05 mV) ó inversión de la onda T (≥ 0.2 mV) transitoria, reciente o presumiblemente reciente o nueva.	Ondas Q fijas Segmento ST u ondas T anormales que se documenta que no son nuevas o de reciente aparición	Onda T plana o invertida en derivaciones con onda R dominante.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

Tomar un EKG en aquellos lugares que cuenten con un electrocardiógrafo. No necesitan más exámenes antes de referir.

TRATAMIENTO INICIAL

- Mantener al paciente sin alimentación.
- Reposo absoluto.
- Respaldo a 30 – 45 grados o a tolerancia del paciente.
- Oxígeno por bigotera o cánula nasal a 2 – 4 lts por minuto cuando se cuente con este recurso.
- ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO, reduce el riesgo de futuros IAM y muerte de origen cardíaco en Angina Inestable. Todo paciente debe recibir aspirina en ausencia de contraindicaciones a una dosis recomendada de 160 – 325 mg de un preparado sin cubierta entérica, si es posible masticándola antes para favorecer una mejor absorción. En los casos cuando el paciente ya utiliza aspirina en forma crónica puede dársele una dosis de 80 – 100 mg.
- DINITRATO DE ISOSORBIDE: 5 mg sublingual c/5 minutos # 3.

La acción farmacológica llega al máximo en 2 minutos y se prolonga por aproximadamente 30 minutos. Se debe de informar a los pacientes de los posibles efectos secundarios con cefalea, rubefacción, hipotensión y que es importante que este sentado cuando se lo tome.



Su efecto anti anginoso primario se debe al aumento de la capacitancia venosa, con reducción del volumen y la presión ventricular y mejoría de la perfusión subendocárdica. La vasodilatación coronaria, el aumento del flujo colateral y la disminución de la postcarga potencian este efecto.

Contraindicada en pacientes con:

- Hipotensión (PAS < 90 mm de Hg).
- Bradicardia (FC: < 50).
- Taquicardia sinusal marcada (FC: > 110 latidos).
- Infarto inferior con compromiso ventricular derecho.

REFERENCIA

Serán enviados a Emergencia de un centro hospitalario **a la brevedad posible** todos los pacientes con sospecha clínica de riesgo intermedio y alto de síndrome coronario agudo, al momento que se inician las medidas terapéuticas.

En el caso de los pacientes con riesgo bajo de sufrir de síndrome coronario deberán ser referidos al segundo nivel para la confirmación diagnóstica con enzimas cardíacas y electrocardiograma.

III. ASMA BRONQUIAL EN CRISIS CIE10: J 46

DEFINICIÓN

Asma bronquial: Inflamación crónica de la vía aérea asociada a hiper reactividad, con limitación al flujo de aire que puede ser total o parcialmente reversible, produciéndose sibilancias, tos y disnea.

Crisis Asmática: Episodio rápidamente progresivo de los síntomas asmáticos hasta el distress respiratorio.

Estado asmático: Crisis grave, que no responde al tratamiento intensivo inicial.

Asma potencialmente mortal: Se identifica por las siguientes características:

- Uso prolongado de esteroides.
- Hospitalización múltiple.
- Antecedentes de no cumplir tratamiento.
- Intubación / Neumotórax.
- Acidosis respiratoria.

Nota: Para mayor información revisar las Guías de Manejo de Neumología.

EPIDEMIOLOGÍA

Entre un 10 - 25 % de los asmáticos presentaran al menos un episodio de agudización grave.

La mayoría de las crisis son leves y son solucionadas en el hogar del enfermo, en la consulta externa o emergencias de centros de atención, sin embargo un porcentaje de ellas necesitan hospitalización.

FACTORES DESENCADENANTES

Usualmente se produce por contacto con irritantes respirables (aerosoles humo, humo de cigarrillo), infección viral, cambios de temperatura, emociones, drogas

(AINES, β Bloqueadores), polen, hongos, caspa de animales, ácaros. Las infecciones bacterianas son raras como causa de crisis (con excepción de la sinusitis).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICA:

ANAMNESIS:

- Tiempo transcurrido desde el inicio de la crisis.
- Tratamiento de base y el utilizado en las últimas horas.
- Hospitalizaciones y consultas previas en la Unidad de Emergencia.
- Antecedentes patológicos que pueden influir en la crisis.
- Investigación de factores desencadenantes: Infección respiratoria, exposición a alérgenos, supresión de la medicación, ejercicio, toma de salicilatos o AINES.
- Investigación de síntomas asociados: tos, dificultad respiratoria, sibilancias, dolor torácico, fiebre, expectoración.
- Los síntomas son más frecuentes por la noche o por la mañana y se caracterizan por:
 - Disnea paroxística, progresiva o persistente.
 - Sibilancias audibles o a distancia.
 - Tos crónica.
 - Expectoración serosa o mucosa, a veces muco purulenta.
 - Asociación de un agente desencadenante específico.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Toma y análisis de signos vitales.
- Verificación del nivel de conciencia.
- Coloración de la piel y mucosas.
- Auscultación cardiopulmonar.

PACIENTE ASMÁTICO CON AGRAVAMIENTO DE SUS SÍNTOMAS:

Una rápida evaluación debe de permitir la identificación y valoración de los pacientes que ameritan una intervención inmediata por lo que se debe de poner especial atención a los casos que se acompañen de:

- Alteración del estado mental.

- Taquicardia: 110 pulsaciones por minuto y taquipnea > 28 respiraciones por minuto.
- Pulso paradójico (tensión arterial sistólica \leq 10 mm de Hg de los valores encontrados cuando el paciente esta en inspiración).
- Fiebre, cianosis, intolerancia al decúbito y diaforesis.
- Hablar entrecortado.
- Enfisema subcutáneo.
- Signos de infección.
- Sibilancias y ruidos respiratorios asimétricos.

1. VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE UNA CRISIS ASMÁTICA.

Parámetro	Leve	Moderada	Severa	Paro Respiratorio
Conversación	Oraciones	Frases	Palabras	No habla
Consciencia	Posible agitado	Agitado	Agitado	Somnoliento o confuso
Frec. Respiratoria	Elevada	Elevada	> 30 x min	Puede aparecer Bradipnea
Musc. Accesorios	Raro	Generalmente	Generalmente	Movimientos. Tóraco-abdominales Paradójicos.
Sibilancias	Final Expiración	Llamativas	Llamativas	Ausencia
Pulso/min	< 100	100 - 120	> 120	Bradycardia
Pulso Paradójico	< 10 mm de Hg	10 - 25 mm de Hg	> 25 mm de Hg	La ausencia sugiere fatiga de músculos accesorios
F.E.M	300 l/min (70-80%)	100/300l/min (50-70 %)	< 100 l/min < 50%	
SaO ₂	> 95 %	91 - 95 %	< 90 %	< 90 %
PaO ₂ (aa)	Normal	> 60 mm de Hg	< 60 mm de Hg	< 50 mm de Hg
PCO ₂	Normal	< 45 mm de Hg	> 45 mm de Hg	> 50 mm de Hg

2. CLASIFICACIÓN DEL ASMA EN BASE A LA SEVERIDAD.

ETAPA	SÍNTOMAS	SÍNTOMAS NOCTURNOS	FEM
1. INTERMITENTE	< 1 VEZ/SEM. ASINTOMÁTICO Y FEM NORMAL ENTRE ATAQUES.	< O IGUAL 2 V/MES	> O IGUAL AL 80 % DEL VALOR PREVISTO VARIABILIDAD < 20%
2. PERSISTENTE LEVE	> 1 V/ SEM. PERO < DE 1 V/DIA	> 2 V/MES	> O IGUAL AL 80% VARIABILIDAD 20- 30%
3. PERSISTENTE MODERADA	DIARIOS USO DIARIO DE B2 AFECTAN LA ACTIVIDAD	> 1 V/SEM.	60 – 80 % DEL VALOR VARIABILIDAD > 30 %
4. PERSISTENTE GRAVE	CONTINUOS ACTIVIDAD FÍSICA LIMITADA	FRECUENTES	< O IGUAL 60% DEL VALOR PREVISTO VARIABILIDAD > 30 %

CRITERIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

En los centros de atención de primer nivel se debe de tener como mínimo una medición del Flujo Espiratorio Máximo (pico flujo) y la evaluación de parámetros clínicos que determinen la gravedad de la crisis.

- Flujo Espiratorio Máximo (FEM): Menos sensible que la espirometría pero más fácil realizar en emergencia de primer nivel. su resultado es altamente variable y depende del esfuerzo y cooperación del paciente y se toma de referencia al mejor de 3 intentos válidos. Los rangos esperados:
 - Hombre sano: 500 – 700 L/min.
 - Mujer sana: 380 – 550 L/min.
 - Asma Grave: < 200 L/min.
- Se indica Radiografía tórax cuando:
 - Signos y síntomas de infección.
 - Sospecha de Neumotórax – Pneumo-mediastino.

- Falla al tratamiento.
 - Primer episodio de disnea.
- Directo de esputo: indicado en sospecha de infección bacteriana. (El esputo purulento se puede presentar por alto contenido de Eosinófilos).

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES:

- Sentar al enfermo.
- Administrar O₂ suplementario con una fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) al 35%.
- Monitoreo de signos vitales.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

EPISODIO LEVE:

1. SALBUTAMOL EN AEROSOL DOSIFICADOR de 100 mcgs por dosis: 4 inhalaciones cada 15 minutos # 4, usando siempre una cámara espaciadora. Para mayor efectividad, se inicia inspirando lenta y suavemente y se presiona el inhalador hasta completar la inspiración y se debe retener la respiración durante unos segundos antes de espirar. Una nebulización es una alternativa válida para aquellos pacientes que tienen problemas para inhalar.
2. Se EVALÚA la respuesta (bronco dilatación y frecuencia cardíaca) cada 30 min, si es clínicamente favorable a los 60 minutos y el flujo espiratorio máximo permanece estable y superior al 70% se procederá al alta, facilitando el tratamiento a seguir:
 - Salbutamol en aerosol dosificador de 100 mcgs por dosis, 2 inhalaciones a demanda, a través de cámara espaciadora.
 - Prednisona, 40 mg vía oral cada día en dosis fraccionada.
 - Cita para control médico a las 24 horas en el mismo centro de atención.

EPISODIO MODERADO - GRAVE:

1. TERAPIA BETA-AGONISTA, según las siguientes alternativas de acuerdo a disponibilidad:

- Nebulizaciones con solución de Salbutamol (0.5%) 10 gotas + solución de Bromuro de Ipatropio (250 mcg/ml) 10 gotas, cada 20 min según necesidad, máximo 3 nebulizaciones.
- Nebulizaciones con solución de Salbutamol (0.5 %): 10 a 20 gotas de solución en 4 ml de SSN, C/20 min, máximo 3 nebulizaciones.
- Si no se dispone de las alternativas anteriores, se utilizará Salbutamol aerosol dosificador, se recomiendan dos inhalaciones, usando siempre una cámara espaciadora, cada 5 minutos hasta obtener respuesta, máximo 8 inhalaciones.

En caso de que paciente este con un episodio grave se le administrará la primera nebulización y **se efectuará el traslado al hospital administrando oxígeno y manteniendo la nebulización.**

2. CORTICOIDES:

- Metilprednisolona 500 mg: 40 A 60 mg, IV lento.
- Hidrocortisona 500 mg: 200 mg, IV lento.

3. SULFATO MAGNESIO 1.2 a 2gr EV en 20', **queda como opcional en pacientes con Flujo Espiratorio Máximo < 30% que responden de manera incompleta al tratamiento convencional.**

Si el paciente evoluciona favorablemente y el flujo espiratorio máximo permanece estable y superior al 70% se procederá al alta, facilitando el tratamiento anteriormente descrito y recomendando nuevo control médico a las 24 horas en el mismo centro de atención.

PRECAUCIONES:

En pacientes asmáticos no se recomienda:

- Sedantes (contraindicados).
- Mucolíticos (empeora la tos).
- Terapia física tórax (estimula espasmo).
- Hidratación excesiva.
- Antibióticos (excepto neumonía / sinusitis).

INCAPACIDAD

- Crisis leve: de 2 a 5 días.
- Crisis moderada: de 5 a 15 días.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Todos los pacientes con un primer episodio o con diagnóstico reciente de asma deberán ser referidos a Medicina Interna y aquí evaluarán enviarlo a Neumología.

Todo paciente deberá de ser referido a nivel hospitalario si tiene una o varias de las siguientes características:

- Presencia de signos de riesgo vital inminente.
- Flujo espiratorio máximo < al 33% sin tratamiento.
- Persistencia del flujo espiratorio máximo < 50% o respuesta clínica inadecuada a pesar del tratamiento.
- Pacientes con sospecha de riesgo de Asma Fatal.
- Paciente con factores de riesgo de asma fatal.
- Imposibilidad de control medico en las próximas 24 horas.
- Sospecha de complicaciones (neumonía, neumotórax y necesidad de soporte ventilatorio).
- Agudización grave.
- Episodios moderados que no mejoran después de tratamiento específico y todos los episodios severos.

EXÁMENES DE CONTROL

Según caso.

EDUCACIÓN

- Evitar factores desencadenantes.
- Acerca de su enfermedad y signos de gravedad.
- Cumplir con el plan de tratamiento establecido.
- Uso adecuado de los medicamentos inhalados.
- Asistir periódicamente a sus controles.

IV. CETOACIDOSIS DIABÉTICA Y ESTADO HIPEROSMOLAR

DEFINICIONES

CETOACIDOSIS DIABÉTICA (CIE10: E 10.1):

Es la forma mas severa de déficit insulínico que cursa con un rápido desarrollo de acidosis y cetosis acompañada de un aumento moderado de la glicemia, lo cual es secundario al aumento de la producción hepática de glucosa, así como a su menor captación por los tejidos periféricos y a una elevación concomitante de hormonas contra reguladoras.

Puede constituir la manifestación inicial de la diabetes tipo 1 o resultar de un incremento en los requerimientos de insulina en los pacientes diabéticos tipo 1 y 2 durante el curso de una infección, traumatismo, infarto del miocardio o cirugía.

Los Diabéticos tipo 2 pueden desarrollar una cetoacidosis bajo algún estrés intenso como una sepsis.

La falta de cumplimiento del tratamiento con insulina por parte del paciente, constituye una de las causas más comunes de la cetoacidosis diabética, en particular cuando los episodios son recidivantes.

ESTADO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO (CIE10: E 10.0):

Es la complicación mas frecuentemente observada en el diabético tipo 2 caracterizándose por hiperglicemia intensa, deshidratación severa, hiper osmolaridad, ausencia de cetosis.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

La cetoacidosis diabética constituye una de las complicaciones graves más comunes de la diabetes, que pone en riesgo la vida, con una de mortalidad alrededor del 5%.

En el ISSS la incidencia es de 3.6 casos por cada 1000 ingresos y la mortalidad es del 12.15 %.

FACTORES DESENCADENANTES:

- Infecciones: Respiratorias, urinarias y de piel (25 – 56 %).

- Interrupción o reducción del medicamento (15-20%).
- Gastroenteritis y Pancreatitis (5%).
- Inicio de la enfermedad (14 – 25 %).
- Sepsis.
- Embarazo.
- Traumatismo.
- Otras: medicamentos, IAM, ACV, Alcohol.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

CLÍNICOS:

CETOACIDOSIS DIABÉTICA:

- El inicio de la cetoacidosis diabética por lo general va precedida por un día o más de poliuria, polidipsia, acompañadas de fatiga notables náuseas y vómito.
- En el examen físico, resulta fuertemente sugerentes del diagnóstico los datos de deshidratación en un paciente estuporoso con respiración profunda y rápida y un aliento "afrutado" de acetona.
- La hipotensión con taquicardia inicial, indica una depleción profunda de líquidos y electrolitos por lo general se desarrolla una hipotermia leve.
- Puede haber dolor o incluso sensibilidad abdominales con ausencia de enfermedad abdominal, o a la inversa puede haber colecistitis o pancreatitis con síntomas y signos mínimos.
- Investigación de factores desencadenantes antes descritos.

ESTADO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO:

- Instalación insidiosa de poliuria, polidipsia y decaimiento de varias semanas de duración.
- El Examen físico revela signos de severa deshidratación, hipotensión, taquicardia e incluso choque, además trastornos del sensorio desde somnolencia hasta el coma dependiendo del grado de osmolaridad y otros

trastornos neurológicos como delirio, convulsiones, afasia, déficit hemisensorial o motor y Babinsky positivo. Cuando la osmolaridad sérica excede a 320 a 330 mOsm/l puede dar lugar a la depresión del sistema nervioso central o al coma.

LABORATORIO:

CETOACIDOSIS:

- Glucosa en Tira Reactiva para Determinar Glucosa en Sangre: > 250 mg/dl.
- Cetonas positiva en tira reactiva para determinar sustancias químicas en orina.

ESTADO HIPEROSMOLAR:

- Glucosa en Tira Reactiva para Determinar Glucosa en Sangre > 600 mg/dl
- Cetonas puede o no estar presente en la tira reactiva para determinar sustancias químicas en orina.

TRATAMIENTO MEDICO PARA CETOACIDOSIS DIABÉTICA Y ESTADO HIPEROSMOLAR:

MEDIDAS GENERALES:

- Vías aéreas permeables.
- Accesos venosos periféricos (1 ó 2 según necesidad).

MEDIDAS ESPECÍFICAS INMEDIATAS

1. **Hidratación:** Iniciar con Solución Salina Isotónica (SSN) al 0.9 %, infundir rápidamente el primer litro si la función cardiaca y renal es normal, seguido de 1 litro a pasar en 3 a 4 horas según evaluación del estado de hidratación del paciente para corregir el déficit de volumen. Cuando se logra un valor de Glucosa menor de 250 mg/dl cambiar a solución glucosada al 5% a pasar en 6 horas.
2. **Insulina Regular:** 10 U IV en bolus, reevaluar en una hora y si la glicemia en la Tira Reactiva para Determinar Glucosa en Sangre es menor a 250 mg ya no aplicar insulina (mayor efecto se observa a las dos horas de administrada la dosis). Verificar nueva administración de Insulina regular subcutánea en nuevo control una hora después, con base al siguiente esquema:

VALORES DE GLUCOSA	CETOACIDOSIS	COMA HIPEROSMOLAR
110 a 160 mg/dl	2 U	No administrar
161 a 200 mg/dl	2 U	2 U
201 a 250 mg/dl	4 U	4 U
251 a 300 mg/dl	6 U	6 U
> 301	8 U	8 U

REFERENCIA

Todos los pacientes con diagnóstico confirmado o sospechado de cetoacidosis o estado hiperosmolar deberán ser referidos y trasladado inmediatamente a un centro hospitalario, con las siguientes condiciones:

- Acompañamiento por personal médico y paramédico durante el traslado.
- Vías aéreas permeables.
- Accesos venosos permeables con SSN para garantizar una adecuada hidratación.
- Controles cada hora con Tira Reactiva para Determinar Glucosa en Sangre administrando Insulina de acción rápida (R) con base al esquema anterior.
- SSN y suero glucosado al 5% y al 50% para ser administrados de acuerdo a necesidad.
- Equipo de RCP si hay disponibilidad.

EDUCACIÓN:

Hacer las siguientes recomendaciones a los familiares del paciente:

- Importancia del cumplimiento por parte del paciente del régimen terapéutico y asistencia a controles.
- Consulta temprana ante factores precipitantes.
- Reconocimiento temprano y consulta inmediata ante el apareamiento de los signos y síntomas siguientes:
 - Poliuria
 - Polidipsia
 - Fatiga
 - Nauseas y vomito

V. SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR

CIE10: K 92.2

DEFINICIÓN

Es la extravasación de sangre fresca o digerida en el tubo digestivo por un punto sangrante que se localiza entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz o flexura duodeno-yeyunal, la cual puede manifestarse de la siguiente forma:

- Hematemesis: vomito de sangre roja o en pozol de café.
- Melenas: heces malolientes y negras parecidas al alquitrán.
- Hematoquezia: evacuación por el recto de sangre de color rojo vivo.
- Oculta: ausencia de hemorragia manifiesta con test de guayaco (+).

EPIDEMIOLOGÍA

El sangrado superior ocurre con una frecuencia de 100 casos por 100,000 por año.

CAUSAS:

- Ulcera Péptica.
- Varices Esofágicas.
- Síndrome Mallory Weiss.
- Gastritis Erosiva.
- Duodenitis erosiva.
- Neoplasias.
- Menos frecuentes:
 - Pólipos.
 - Angiodisplasias.
 - Esofagitis hemorrágicas.
 - Lesiones agudas de mucosa gástrica.
 - Seudoquiste pancreático perforado a estomago.
 - Tratamiento anticoagulante.
 - Vasculitis

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

CLÍNICO:

- Dependerá de la severidad del sangrado, en los casos leves: mareos, debilidad general, adinamia, cefalea. En los casos moderados a severos: palidez, diaforesis, taquicardia, hipotensión y en grado extremo Shock.
- Los parámetros clave para evaluar y estimar las pérdidas del volumen sanguíneo lo constituyen la medición del pulso y de la presión, ya que la

primera evidencia de sangrado activo puede ser la inestabilidad de los signos vitales con taquicardia o hipotensión.

- Si el pulso y la presión arterial se encuentran normales y la condición clínica del paciente lo permite, se debe de hacer que el paciente se siente o se pare para provocar cambios hemodinámicos ortostáticos con caída de la presión arterial sistólica > 10 mm de Hg, aumento de la frecuencia del pulso > 15 latidos por minuto. Se observan cambios ortostáticos con perdidas del 10 – 20 % del volumen.
- La hipotensión en decúbito dorsal sugiere una pérdida superior al 20 %.
- La hipotensión con presión arterial sistólica $<$ de 100 mm de Hg o taquicardia basal sugiere compromiso hemodinámico significativo (40%), que exige reposición de volumen urgente.
- Además de considerar los signos vitales, el examen físico por sistemas debe incluir la realización del tacto rectal para considerar: Melena, Hematoquezia.
- Se deberá colocar un sonda nasogástrica y realizar un aspirado con jeringa para evidenciar la actividad del sangramiento:
 - Sangrado activo: presencia de sangre roja rutilante.
 - Sangramiento inactivo: presencia de sangre en pozol de café.

TRATAMIENTO DE INICIO

1. Proteger la vía aérea.
2. Respaldo a 45°.
3. 1 ó 2 accesos venosos periféricos, según sea necesario y dependiendo del estado del paciente iniciar reposición del volumen intravascular con Solución Salina Normal Isotónica (0.9 %), si no se dispone de ésta, puede usarse Lactato de Ringer.
4. Sonda nasogástrica:
 - Mantener la sonda nasogástrica si se encuentra evidencia de sangrado activo o inactivo.

- Retirar sonda Nasogástrica si no se encuentra evidencia de sangramiento en ese momento.
5. Si clínicamente el paciente presenta signos de anemia, administrar O₂ por bigotera de 3 a 5 lt por minuto.

REFERENCIA A

- EMERGENCIA DEL NIVEL HOSPITALARIO: al paciente que se evidencie sangramiento activo o inactivo, con las medidas antes mencionadas (reposición de volumen y O₂, para tratamiento médico de urgencia y posterior estudio endoscópico diagnóstico o terapéutico por Gastroenterología.
- CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA: al paciente en el que no se evidencie ningún tipo de sangramiento, con tratamiento sintomático de acuerdo a la sospecha clínica de la patología que ocasionó el sangramiento.

VI. DOLOR ABDOMINAL AGUDO

DEFINICIÓN

El dolor abdominal agudo es un síntoma frecuente que puede aparecer en la mayoría de los trastornos intra abdominales, sin embargo también puede ser la manifestación principal de afecciones localizadas por fuera de la cavidad abdominal.

El elevado número de causas que pueden ser responsables del mismo y el carácter frecuentemente inespecífico que adoptan puede dificultar enormemente el diagnóstico y conllevar a un potencial riesgo para el desarrollo de complicaciones graves.

EPIDEMIOLOGÍA

El dolor abdominal es una de las primeras cinco causas de consulta en la mayoría de las Unidades de Emergencia de nuestros centros de atención.

La mayor parte de los pacientes que son evaluados son dados de alta, solamente el 10 % requiere de una cirugía urgente y el 1% corresponde a casos de Apendicitis Aguda.

En una mujer de 20 años las causas más frecuentes de dolor abdominal inferior son la Apendicitis y la Enfermedad Pélvica Inflamatoria. Entre los 20 y los 40 años son el Embarazo Ectópico, Aborto Incompleto, Enfermedad Pélvica Inflamatoria y las Infecciones Urinarias.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS

En todo paciente con dolor abdominal debe realizarse una historia clínica y examen físico detallado tomando en cuenta los siguientes aspectos:

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Actividad laboral
- Hábitos Sexuales
- Historia de HTA, DM-2
- Historia de Trauma
- Hábitos Tóxicos
- Antecedentes Quirúrgicos
- Medicación utilizada (Esteroides, etc.)
- Alimentos ingeridos
- Fecha de Ultima Regla, Paridad, método de planificación familiar
- Episodios similares previos

SINTOMATOLOGÍA:

Características del dolor:

- Localización inicial e irradiación.
- Duración (prolongada > 6 horas).
- Intensidad del dolor (leve, moderado, intenso).
- Qué estaba haciendo cuando inicio el dolor.
- Forma de presentación (súbito o gradual).
- Evolución del dolor (continuo, intermitente, cólico).
- Factores que lo modifican (aliviándolo o exacerbándolo).
- Relación con el periodo menstrual.

Síntomas Acompañantes:

- Respiratorios: tos, disnea.
- Cardiológico: Lipotimia, Sincope.
- Digestivos: Náuseas, vómitos, diarrea, tenesmo rectal, Melenas.
- Urológicos: hematuria, disuria, coluria.
- Ginecológicos: sangrado vaginal, leucorrea.

EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA PONIENDO ESPECIAL CUIDADO EN LA EXPLORACIÓN ABDOMINAL

Inspección

- Lesiones cutáneas.
- Heridas.
- Cicatrices de Cirugía.
- Hematomas.
- Circulación colateral.
- Distensión.
- Hernias o eventraciones.
- Ruidos peristálticos metálicos.
- Ascitis.

Auscultación

- Peristaltismo aumentado o disminuido.
- Soplos abdominales

Palpación

- Signos de irritación peritoneal.
- Signo de Psoas.
- Signo del Obturador.
- Signo de Murphy
- Signo de Rovsing
- Masa pulsátil o no.
- Hepatoesplenomegalia
- Globo vesical
- Tacto rectal
- Tacto vaginal

LABORATORIO Y GABINETE:

- Hemograma
- Examen General de orina
- Y de acuerdo a la valoración individual del caso y según criterio médico los siguientes:
 - Glucosa
 - Amilasa, Lipasa.
 - Eritrosedimentación
 - CPK-MB
 - Calcio, Fósforo y Magnesio
 - Fosfatasa Alcalina, Bilirrubinas, Transaminasas.
 - Nitrógeno ureico y creatinina
 - Proteína C reactiva
 - TP, TPT y TT
 - Sodio, Cloro y Potasio
 - Examen General de Heces
 - Electrocardiograma
 - Radiografía de tórax (según disponibilidad)
 - Rx Simple de Abdomen (según disponibilidad)
- Gonadotropina coriónica en orina

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| - Apendicitis aguda. | - Insuficiencia renal aguda. | - Embarazo Ectópico |
| - Enfermedad Pélvica Inflamatoria. | - Colecistitis Aguda. | - Abruption placentae. |
| - Perforación de víscera hueca. | - Colangitis aguda. | - Amenaza de Parto Prematuro. |
| - Peritonitis. | - Enfermedad Acido Péptica. | - Cuerpo lúteo hemorrágico. |
| - Obstrucción Intestinal. | - Pancreatitis Aguda. | - Hiperestimulación Ovárica. |
| - Trombosis Mesentérica. | - Absceso tubo ovárico. | - Neumonía Basal. |
| - Infección de vías urinarias. | - Amenaza de Aborto o aborto en curso. | - IAM |
| - Cólico Renal. | - Folículo sangrante. | - Faringo-amigdalitis (Síndrome de Brenner) |
| - Colitis Infecciosa | - Diverticulitis | |

MANEJO

1. No administrar analgésicos a ningún paciente con dolor abdominal mientras no se tenga un diagnóstico definitivo y un plan terapéutico definido.
2. Cuando una paciente joven con dolor abdominal en el hemiabdomen inferior acude al Servicio de Emergencias con palidez, sudoración, taquicardia y en

estado de shock se debe de pensar en embarazo ectópico, aborto incompleto o un quiste ovárico sangrante, quiste retorcido del ovario, enfermedad pélvica inflamatoria y ante la sospecha de estas condiciones ginecológicas se solicitara a la brevedad posible la interconsulta o se referirá al hospital correspondiente.

3. Una vez establecido el diagnóstico del paciente deberá instaurarse el tratamiento sintomático y específico para su patología y efectuarle los procedimientos médico quirúrgicos necesarios (sonda nasogástrica, sonda vesical) para aliviar el estado de salud del paciente, ya sea para dar el alta o para trasladar al paciente a un centro de atención donde se le puedan dar las atenciones definitivas.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

- La atenuación del dolor abdominal en pacientes que se encuentran en tratamiento con Corticosteroides hace necesario el considerar como grave aun el dolor abdominal ligero, ya que estos medicamentos disminuyen los síntomas inflamatorios.
- Los pacientes Alcohólicos, Psiquiátricos, Diabéticos, Ancianos e Inmuno suprimidos deben de ser evaluados muy cuidadosamente
- Un dolor abdominal intenso que despierta al paciente o que dura más de 6 horas, casi siempre tiene un significado importante desde el punto de vista quirúrgico.
- El porcentaje de recuperación de los pacientes con enfermedad abdominal aguda es mayor entre mas temprano se haga el diagnostico y se inicie el tratamiento.
- El choque verdadero que se presenta en pocos minutos o una a dos horas después del inicio del dolor abdominal agudo suele significar hemorragia intraabdominal.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Pacientes con dolor abdominal agudo con hallazgos en la clínica sugestivos de una patología intraabdominal, en los cuales el diagnóstico no está claro en la evaluación inicial.
- Pacientes con hallazgos clínicos sugestivos de una patología intraabdominal que requieren un manejo quirúrgico o médico no disponible en el centro de atención para resolver su problema o que necesiten de otros métodos diagnósticos para evaluar su condición.
- Cuando el paciente tenga criterios de gravedad siguientes:
 - Inestabilidad Hemodinámica.
 - Frecuencia respiratoria > 30 ó < 10 respiraciones por min.
 - Alteración en el nivel de conciencia.
 - Distensión abdominal severa.
 - Hernias o eventraciones no reducibles.
 - Silencio Abdominal.
 - Defensa local o difusa.
 - Dolor severo o persistente.
 - Masa pulsátil.
 - Sangrado vaginal abundante.
 - Tumorción anexial dolorosa sin diagnóstico definido.
- Todo paciente que no responda al tratamiento médico habitual
- Ausencia de diagnóstico a pesar de la valoración y que necesite pruebas complementarias hospitalarias urgentes.

INCAPACIDAD

Según patología y el estado del paciente.

EDUCACIÓN

Según patología del paciente.

VII. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO CIE10: S 06

DEFINICIÓN

Historia definida por un golpe en la cabeza, una laceración del cuero cabelludo, ó alteración de la conciencia; no importa que sea breve.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

De todos los traumas craneoencefálicos, aproximadamente 10% mueren antes de llegar al hospital. Del 80% que reciben atención médica, el 10% son clasificados graves y otro 10% moderados.

CLASIFICACIÓN:

- **MECANISMOS DEL TRAUMA:** el estado de la **duramadre** es lo que determina si el tipo de lesión.
 - PENETRANTE
 - CERRADO
- **GRAVEDAD DEL DAÑO:** se mide a través de la **ESCALA DE COMA DE GLASGOW** y se usa para cuantificar hallazgos neurológicos y permite la uniformidad en la descripción de los pacientes con TCE:

RESPUESTA OCULAR	PUNTAJE
ESPONTÁNEA	4
AL ESTÍMULO VERBAL	3
AL DOLOR	2
NO RESPUESTA	1
RESPUESTA VERBAL	
ORIENTADO	5
CONFUSO	4
PALABRAS INAPROPIADAS	3
SONIDOS INCOMPRESIBLES	2
NO RESPUESTA	1
RESPUESTA MOTORA	
OBEDECE ORDENES	6

LOCALIZA DOLOR	5
RESPUESTA ANORMAL	4
FLEXIÓN ANORMAL (DECORTICACIÓN)	3
RESPUESTA EXTENSORA	2
NO RESPUESTA (FLACIDEZ)	1

- **TCE LEVE:** ESCALA DE COMA DE GLASGOW 14 a 15 PUNTOS: Paciente alerta y puede estar orientado.
 - **TCE MODERADO:** ESCALA COMA DE GLASGOW DE 9 A 13: Paciente puede estar confuso o somnoliento, pero es aún capaz de obedecer órdenes sencillas.
 - **TCE GRAVE:** ESCALA COMA DE GLASGOW DE 3 A 8: El paciente es incapaz de obedecer órdenes sencillas, debido a su déficit de conciencia.
- **MORFOLOGÍA DE LA LESIÓN:**
- **Fracturas de cráneo:** Las fracturas pueden ocurrir en la bóveda o en la base, pueden ser lineales o estrelladas y pueden ser abiertas o cerradas. Para poder ser identificadas necesitan de TAC de cerebro.
 - **Lesiones intracraneanas:** Estas pueden ser clasificadas como focales o difusas y éstas también pueden coexistir juntas. Las lesiones focales incluyen los hematomas epidurales, los hematomas subdurales y las contusiones (o hematomas intracerebrales). Las lesiones difusas muestran un TAC normal, pero ocasionan una alteración del nivel de conciencia a un coma profundo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

CLÍNICOS:

- Están relacionado con los criterios establecidos en la clasificación del tipo de lesión.

LABORATORIO Y GABINETE:

- Glicemia por Tira Reactiva para Determinar Glucosa en Sangre.
- Rx de cráneo y cuello cervical AP y Lateral, si se cuenta con este recurso.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

1. Vías aéreas permeables.
2. Soporte circulatorio y respiratorio adecuado.
3. Solución de Hartmann un litro endovenoso.
4. Dexametasona en casos de trauma moderado a severo 4mg EV primera dosis.
5. Manitol 0,5 a 2mg/kg/dosis, primera dosis EV, en casos de TCE moderado y grave.
6. Fenobarbital 5 a 15 mg/kg/dosis EV primera dosis o Fenitoina 250 mg EV primera dosis.
7. Oxígeno 7 litros/minuto con mascarilla de Venturi o si es necesario con tubo naso traqueal.
8. Otras medidas en el manejo:
 - En casos de TCE leve se debe suturar heridas de cuero cabelludo antes del transporte para hemostasia. En casos de TCE moderado y grave aplicar vendaje compresivo.
 - Colocar Cánula Mayo para mantener vía aérea permeable.
 - Colocar cuello rígido.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Todo paciente con trauma de cráneo debe referirse al Hospital

VIII. FRACTURA DE CLAVÍCULA CIE10: S 42.0

DEFINICIÓN

Pérdida de continuidad de la clavícula.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Lesión frecuente al momento del nacimiento y el hueso mas fracturado durante la infancia.

CLASIFICACIÓN

Según región anatómica:

- Fractura de 1/3 proximal.
- Fractura de 1/3 medio.
- Fractura del 1/3 distal.

Según gravedad:

- Grado I: Fractura no desplazada con ligamentos intactos.
- Grado II: Fractura esterno-clavicular con ruptura de ligamentos.
- Grado III: Fracturas que involucran la articulación acromio-clavicular.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS.

- Caída sobre el hombro: dolor, edema, deformidad y disfunción.
- Signo de la tecla.

RADIOLÓGICOS.

Rx: A-P.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO CONSERVADOR: El 90 % de fracturas de la clavícula pueden manejarse en forma conservadora con inmovilización.

1. Vendaje en ocho acolchonado, que se colocará por 30 a 60 días.
2. Diclofenac, 75 mg: 1 ampolla IM cada 12 horas por 48 horas como primera elección y como medicamento de mantenimiento Ibuprofeno, 400mg 1 tableta VO cada 8 horas por tres días.
3. En los centros de atención que cuenten con área de radiología, ordenar radiografía de control 5 días previos a su cita con el Ortopeda.

INCAPACIDAD

Para el paciente que no se refiere inmediatamente al hospital de acuerdo a los criterios abajo establecidos, se otorgará incapacidad por tres semanas y será el Ortopeda quien determinará si amerita prórroga.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Referencia al centro de atención que cuente con Especialidad de Ortopedia, para control en tres semanas a pacientes con fractura del tercio proximal y medio.
- Referir inmediatamente al hospital correspondiente con vendaje en ocho y analgesia adecuada:
 - Fracturas expuestas.
 - Fracturas con inminente ruptura de la piel suprayacente.
 - Lesión neurovascular que requiere cirugía.
 - Fractura del 1/3 distal.
 - Fractura clavicular asociada a fractura de la glenoidea o cuello de la escápula.
 - Fracturas que involucran la articulación acromio-clavicular.
 - Paciente que no tolera la inmovilización prolongada.

IX. LUXACIÓN ACROMIO CLAVICULAR

CIE10: S 43.1

DEFINICIÓN

Separación del extremo distal de la clavícula de su articulación con el acromion.

EPIDEMIOLOGÍA

Ocupa aproximadamente el 15% de todas las dislocaciones de la articulación del hombro. Mayor frecuencia en hombre 5:1 que en mujeres.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Historia de trauma directo ó por caída sobre el hombro, dolor, edema, local y disfunción.

RADIOLÓGICOS:

Rx. Antero-Posterior de hombro.

TRATAMIENTO

1. Diclofenac, 75 mg: 1 ampolla IM N° 1.
2. Colocar vendaje en ocho e inmovilizador de hombro, ya sea tipo cabestrillo o vendaje de Gilkrist:
 - Se mide el vendaje de estoquinete una longitud que incluya la circunferencia del tórax, el miembro superior, el cuello y del cuello hasta la 6° costilla.
 - Se introduce el estoquinete por la mano hasta la axila.
 - El extremo proximal se coloca por detrás del cuello y se ata a nivel de la muñeca. Almohadillado en el cuello y muñeca por el interior del estoquinete.
 - El extremo distal se pasa por detrás de la espalda para atarlo al brazo.



CRITERIOS DE REFERENCIA

Referir inmediatamente a emergencia hospitalaria para manejo por Ortopeda.

X. LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR

CIE10: S 43.2

DEFINICIÓN

Separación del extremo proximal de la clavícula de su articulación con el mango del esternón.

EPIDEMIOLOGÍA

Representa el 3% de las dislocaciones de la articulación del hombro.

CLASIFICACIÓN

- Anterior.
- Posterior.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS.

- Trauma severo en la parte superior del tórax, con frecuencia asociada a fracturas costales y/o esternales.
- Trauma indirecto por caída sobre el hombro (rara).
- Dolor, edema, puede haber deformidad móvil a nivel de articulación esternoclavicular.
- Puede presentarse una depresión del extremo medial de la clavícula, si la dislocación es posterior y acompañarse de cianosis y dificultad para respirar ó deglutir. También puede verse congestión venosa del miembro superior ipsilateral.

RADIOGRÁFICOS:

Comprobación de lujación a través de Rx de la articulación esternoclavicular.

TRATAMIENTO MÉDICO GENERAL Y EVOLUCIÓN

1. Vendaje en ocho.
2. Diclofenac, 75 mg: 1 ampolla IM N° 1.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Referir inmediatamente a emergencia hospitalaria para manejo por Ortopeda.

XI. FRACTURAS DE LA CABEZA DEL HÚMERO CIE10: S 42.2

DEFINICIÓN

Pérdida de solución de continuidad de la cabeza del húmero.

EPIDEMIOLOGÍA

Las fracturas de la cabeza del húmero son comunes en el paciente senil y difícil de tratar por la diversidad de sus desplazamientos y la osteoporosis dejando secuelas que limitan la actividad del paciente.

CLASIFICACIÓN

- **Neer 1:** fracturas no desplazadas del cuello quirúrgico del húmero, con angulación no mayor de 45°.
- **Neer 2:** Fracturas con desplazamiento superior al 50% de superficie, y mayor angulación de 45°.
- **Neer 3:** fracturas del cuello anatómico.
- **Neer 4:** fracturas del troquíter.
- **Neer 5:** fracturas del troquín.
- **Neer 6:** fracturas asociadas a luxación de la cabeza humeral.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS.

- Edema, deformidad, imposibilidad para la función, dolor y crepitación.

RADIOLÓGICOS (en los centros de atención que se disponga):

- Rx AP de hombro.
- Rx oblicua del hombro si el estado del paciente lo permite.

TRATAMIENTO MÉDICO GENERAL

TRATAMIENTO CONSERVADOR:

1. Colocación de Vendaje Mayo o vendaje de Gilkrist.

2. Diclofenac, 75 mg: 1 ampolla IM N° 1.
3. Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 a 5 días, como tratamiento de mantenimiento para pacientes con fracturas Clasificadas Neer 1.
4. Reposo relativo para pacientes con fracturas Clasificadas Neer 1.

INCAPACIDADES

Para pacientes con fracturas Clasificadas Neer 1 se otorgará incapacidad por 3 días y deberá ser evaluado por ortopeda en las próximas 48 horas, donde se determinará la prórroga de la incapacidad.

REFERENCIA

- Pacientes con Fracturas clasificadas Neer 1 deberán ser referidas a emergencia hospitalaria para control con ortopedia en las siguientes 48 horas.
- Las fracturas de la cabeza del húmero Neer 2 ó mayor deberán ser referidas inmediatamente al médico ortopeda de emergencia del hospital correspondiente con su inmovilización y analgesia adecuada para tratamiento quirúrgico.

XII. CUERPO EXTRAÑO EN OJO

CIE10: T 15

DEFINICIÓN

Cuerpo extraño se denomina a cualquier objeto que se encuentra en el ojo; pero que no debe estar allí. El cuerpo extraño puede estar en la conjuntiva ó en la cornea.

Los cuerpos extraños más frecuentes en la conjuntiva son:

- Polvo.
- Tierra.
- Arena.
- Lentes de contacto.
- Cuerpos metálicos, proyectados por aparatos de altas velocidades como esmeriles, pulidoras, cortadoras.
- Insectos.
- Astillas de madera o vegetales
- Vidrio.
- Cosméticos.
- Cualquier objeto proveniente del exterior.

Los cuerpos extraños en la cornea, son pedacitos de metal u objetos oxidados.

EPIDEMIOLOGÍA

Principal causa de consulta de emergencia en oftalmología, por la falta de medida de seguridad (como uso de gafas protectoras).

CLASIFICACIÓN

- Extraoculares:
 - Corneales
 - Conjuntivales
- Intraoculares.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Los síntomas más comunes en un cuerpo extraño en el ojo son: sensación de que hay un cuerpo extraño en el ojo, dolor y lagrimeo de los ojos, pestañeo excesivo,

dolor al mirar la luz (fotofobia), ardor, prurito, visión borrosa o doble, enrojecimiento o apariencia sanguinolenta del ojo, pérdida de la visión y cefalea leve.

LABORATORIO Y GABINETE

En casos de sospecha de cuerpo extraño intraocular o intraorbitario, radiografía antero posterior y lateral de órbita ocular, si existe disponibilidad.

TRATAMIENTO

El tratamiento específico para un cuerpo extraño extraocular en el ojo del paciente será determinado por el médico de emergencia, basándose en la edad, estado general de salud, la gravedad de la lesión, pero siempre se debe proceder con las medidas primarias siguientes:

1. Calmar el dolor: Tetracaína ocular 0.4-0.5% 2 gotas.
2. Evertir o levantar el párpado superior y limpiar con hisopo impregnado con solución salina.
3. Remover el objeto incrustado en la córnea, si se observa, con aguja fina y de forma cuidadosa con el bisel hacia arriba y paralelo a la superficie del ojo. Posteriormente, se retira el objeto con hisopo humedecido con SSN.
4. Cloranfenicol 0.5% colirio 1 gota 4 veces al día por cinco días.
5. Analgésicos: Acetaminofén 500 mg. cada 6 horas.
6. Sellar el ojo por 24 horas posterior a la aplicación de un antibiótico en unguento.
7. **Si el cuerpo extraño está penetrante al globo ocular, aplicación de 2 gotas de Tetracaína oftálmica y sello del ojo.**

CRITERIOS DE REFERENCIA INMEDIATA AL MÉDICO OFTALMÓLOGO

- En caso en donde no se observe, sea imposible su remoción y/o persista la sensación de cuerpo extraño.
- Cuando el cuerpo extraño es penetrante al globo ocular.

- Pérdida de la visión.
- Dolor intenso intraocular.
- Herida evidente a nivel corneal o escleral.
- Historia de lesión por partículas con gran velocidad.
- Falta de respuesta al tratamiento inicial.
- Quemadura por sustancias químicas.

INCAPACIDAD

En caso de cuerpo extraño extra ocular de 2 a 3 días de incapacidad.

EDUCACIÓN

Explicarle al paciente ó sus familiares que no se frote ni ejerza presión en el ojo, no debe intentar extraer el cuerpo extraño; ni retirar lentes de contacto y que busque de inmediato al médico si no surte mejoría en las próximas 24 horas después de haber iniciado el tratamiento.



XIII. TRAUMA OCULAR

CIE10: S 05

DEFINICIÓN

El trauma ocular es cualquier lesión causada en el ojo por factores externos no relacionados con enfermedades del paciente y que pueden ocasionar pérdida parcial o total de visión si no se interviene en el menor tiempo posible.

EPIDEMIOLOGÍA

Las causas más frecuentes del trauma o lesión ocular son los accidentes domésticos y laborales (50%).

El trauma ocular es considerado como la tercera causa de hospitalización y la segunda de compromiso visual después de las cataratas. Aproximadamente el 48.2% de las lesiones son contundentes y el 48% penetrantes, afecta a un porcentaje mayor al sexo masculino (87%) y con edad promedio de 30.6 años. Los niños menores de 10 años representan el 4% del total de pacientes.

CLASIFICACIÓN

- Lesiones contundentes: Las contusiones son capaces de producir hemorragias y tumefacción de los párpados, edema y ruptura de la córnea, iridodialisis, parálisis traumática de la pupila, desgarros retinales, Edema de Berlín.
- Lesiones penetrantes.
 - Con heridas, corneales, esclerales, corneo-esclerales.
 - Heridas evidentes que rompan las estructuras anteriormente mencionadas.
 - Deformidad de ojo.
 - Edema marcado bpalpebral.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Se inspecciona en forma ordenada las estructuras oculares: La superficie anterior de la cornea para confirmar o descartar la presencia de cuerpos extraños, heridas y

alteración del brillo; la superficie de la conjuntiva, tanto bulbar como tarsal, con la eversión de los párpados para localizar hemorragias; se evalúa la agudeza visual, motilidad, integridad de los medios transparentes, forma, tamaño y reacción de la pupila, tono ocular, fondo de ojo y tejidos adyacentes al globo.

Si la lesión ocular, está localizada en la cornea, presenta: dolor, sensación de cuerpo extraño que aumenta con el parpadeo, lagrimeo, inyección conjuntival, fotofobia, disminución de la agudeza visual y blefaroespasmos.

LABORATORIO Y GABINETE

En casos de trauma severo o sospecha de fractura del piso de órbita, radiografía antero posterior y lateral de órbita ocular.

TRATAMIENTO MEDICO

1. No colocar anestésico local.
2. Suspender vía oral.
3. Oclusión no comprensiva con apósito para evitar exteriorización de las estructuras del ojo, previa aplicación de antibiótico en ungüento.
4. Diclofenac 75 mg IM N° 1.
5. Referir a emergencia hospitalaria para control con oftalmología.

EDUCACIÓN

Explicarle al paciente que el golpe del ojo es diferente a los golpes en otras partes del cuerpo, debido a la alta sensibilidad del globo ocular, decirle o aclararle que los golpes dejan casi siempre secuelas que representa un problema funcional en el lugar de la lesión:

- Si es la córnea el órgano lesionado, la cicatriz que deja altera la transparencia y la forma de su superficie.
- Si es el cristalino, se produce catarata traumática.
- Si fue la retina la lesionada, la visión queda definitivamente más o menos comprometida.

XIV. SÍNDROME DE OJO ROJO

DEFINICIÓN

Los cuadros clínicos de "Ojo Rojo" constituyen el capítulo más frecuente de las urgencias oftalmológicas. La atención clínica de un proceso ocular urgente representa un problema para la mayoría de los médicos no especialistas en oftalmología, generalmente poco familiarizados con la patología oftálmica.

Engloba un conjunto de entidades clínicas caracterizadas por la presencia de hiperemia conjuntival, localizada o difusa. Esta inyección vascular puede expresar la hiperemia de vasos conjuntivales, epiesclerales o esclerales. Traduce patología del segmento ocular anterior es decir, de las estructuras situadas por delante del diafragma irido-cristalino.

Las estructuras implicadas en el proceso patológico pueden ser:

- Anexos Oculares:
 - Sistema Lagrimal.
 - Párpados.
 - Conjuntiva.
- Córnea.
- Epiesclera y Esclerótica.
- Úvea anterior:
 - Iris
 - Cuerpo Ciliar.
- Cristalino.

CATEGORÍAS CLÍNICAS DE OJO ROJO

- **Inyección conjuntival:** Hiperemia de vasos conjuntivales superficiales, más intensa en el fondo de saco conjuntival (fórnix), disminuyendo conforme nos acercamos al limbo esclero-corneal. La hiperemia conjuntival indica patología del párpado y/o de la conjuntiva, y generalmente representa un proceso de naturaleza banal.

La instilación tópica de un colirio vasoconstrictor (fenilefrina) en el fondo de saco conjuntival inferior atenúa o suprime la hiperemia durante algunos

minutos, al actuar con vasoconstricción sobre los vasos superficiales móviles o deslizables.

- **Inyección ciliar o periquerática:** Hiperemia de vasos conjuntivales profundos y episclerales, más intensa a nivel del limbo formando un anillo hiperémico periquerático.

Esta hiperemia que afecta a vasos perilímbicos, se relaciona con patología más severa del segmento ocular anterior, que afecte a córnea, iris o cuerpo ciliar. La instilación tópica de un colirio vasoconstrictor no atenúa la hiperemia del círculo periquerático, ya que no actúa sobre vasos profundos, no móviles.

- **Inyección mixta:** Hiperemia de vasos superficiales y profundos que confiere a la conjuntiva una tonalidad rojo-vinosa. Esta hiperemia es característica del **glaucoma agudo**. La instilación tópica de un colirio vasoconstrictor sólo atenúa la hiperemia conjuntival relacionada con los vasos superficiales.
- **Equimosis Subconjuntival:** Colección hemática subconjuntival producida por rotura vascular, que se presenta clínicamente como una mancha rojo-vinosa que enmascara los vasos subyacentes.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE OJO ROJO

El término **Ojo Rojo** engloba una gran variabilidad de cuadros clínicos, basándonos en la sintomatología referida en la anamnesis ocular, distinguimos dos grandes apartados:

- Ojo Rojo Indoloro.
- Ojo Rojo Doloroso.

Clasificación Clínica del Ojo Rojo Indoloro

- Patología Palpebral: Blefaritis (CIE10: H 01.0).
- Patología Conjuntival:
 - Hiposfagma, Equimosis o hemorragia Subconjuntival (CIE10: H 11.3).
 - Conjuntivitis (CIE10: H 10):

Clasificación Clínica del Ojo rojo Doloroso:

- Patología Inflamatoria.

- Patología Palpebral.
 - Orzuelo (CIE- H 00.0).
 - Herpes Zoster Oftálmico (CIE- B 02.3).
- Patología del Saco Lagrimal: Dacriocistitis Aguda (CIE- H 04.3).
- Patología Epiescleral: Epiescleritis (CIE- H 15.1).
- Patología Corneal: Queratitis (CIE- H 16.2).
 - Infecciosas.
 - No Infecciosas.
- Patología Uveal: Uveítis Anterior Aguda (CIE- H 20.0).
- Patología Orbitaria: Celulitis Orbitaria (CIE- H 05.0).
- Hipertensión Ocular Aguda: Glaucoma Agudo (CIE- H 40.0).
- Patología Traumática.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La actitud médica ante una urgencia oftalmológica debe basarse en la historia clínica sistemática del paciente, siendo la **anamnesis ocular** una etapa clave para la orientación diagnóstica del proceso.

EXPLORACIÓN OCULAR:

- Borde palpebral: Eritema, descamación, engrosamiento (Tilosis) y telangiectasias.
- Disfunción de las glándulas sebáceas sobre todo de Meibomio: orificios dilatados o estenosados, concreciones calcáreas, secreción espumosa, orzuelos, chalazión, entre otros.
- Pestañas: La forma estafilocócica presenta escamas duras y fibrinosas, formando un collarete en la base de las pestañas. Se asocia a foliculitis con formación de pústulas y úlceras cubiertas de costras amarillentas. Al desprenderse los collaretes y las costras dejan una superficie cruenta.
- La forma seborreica cursa con caspa o escamas adheridas a las pestañas, que puede ser de dos tipos: seca y escamosa o grasa y amarillenta. Estas escamas se desprenden con facilidad, es un eczema del borde palpebral con hiperqueratosis y descamación epitelial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OJO ROJO:

Sintomatología	Conjuntivitis Aguda	Uveítis o Iritis Aguda	Glaucoma Agudo	Traumatism o o Infección Corneal
Frecuencia	Sumamente frecuente	frecuente	raro	frecuente
Etiología	Staphylococcus Aureus, Streptococcus pneumoniae y Streptococcus pyogenes, mientras que en niños predomina Haemophilus Influenza	La respuesta a una agresión directa o bien mediada inmunológicamente por antígenos exógena o endógena. Infecciosa: Herpes virus, tuberculosis, sífilis y lepra.		
Ojo Rojo	Periférico		Central	
Sensación de cuerpo extraño	Presente	Ausente	Ausente	Puede estar presente
Secreción	Purulenta o acuosa	Ausente -	Ausente -	Puede estar presente si hay infección
Dolor ocular	No	Moderado	intenso	intenso
Alteración Pupilar	No	+ Miosis preactiva,	+++ Pupila en midriasis media arrefléctica (abolición del reflejo fotomotor).	
Visión	Sin alteración	Ligeramente borrosa	opaca	Habitualmente e borrosa
Presión ocular	Normal	Normal	Elevada	Normal
Inyección Conjuntival	Difusa mas acentuada hacia el fondo de saco	Principalmente corneal	Difusa	Difusa
Cornea	Transparente	Habitualmente transparente	Opaca	Puede existir erosión corneal, cuerpo extraño o ulcera debida a virus o infección bacteriana
Tamaño pupilar	Normal	Pequeña	Grande	Normal
Respuesta pupilar	Normal	Lenta	Lenta o ausente	Normal
Frotis	Germen causal	Sin gérmenes	Sin gérmenes	Sin gérmenes a menos que se tomen directamente de la cornea en caso de ulcera bacteriana

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS CONJUNTIVITIS

RASGO CLÍNICO	VIRAL	CLAMYDIAS	BACTERIANA	ALÉRGICA	OCUPACIONAL
Sensación	Cuerpo extraño	Cuerpo extraño	Cuerpo extraño	Prurito	Sensación de cuerpo extraño o escozor
Secreción	Serosa	Muco purulenta	Muco purulenta	Mucosa	Secreción conjuntival serosa o mucoide.
Folículos	Común	Común	Alguna especie	Ausente	leve
Papilas	Infrecuente	Frecuente	Común	Común	Hipertrofia
Adenopatía Preauricular	Común	Común	Infrecuente	Ausente	ausente
Frotis Conjuntival	Mononuclear Partículas virales	Infiltrado Mixto Cuerpos vascófilos	Polimorfo nuclear Agente bacteriano	Eosinófilos Mastocitos	Negativo Pruebas alérgicas positivas

TRATAMIENTO POR MÉDICO GENERAL

Para conjuntivitis aguda: Cloranfenicol en colirio 1 gota en ojo afectado cada 4 horas más Cloranfenicol ungüento oftálmico aplicar cada 12 horas ambos por 5 días.

INCAPACIDAD

La incapacidad será extendida por el médico general de acuerdo a la gravedad de la patología con un máximo de 7 días.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Pacientes con Síndrome de Ojo Rojo y alta sospecha de Uveítis o Glaucoma.
- Paciente con conjuntivitis resistente a tratamiento.
- Paciente con síndrome de ojo rojo refractaria a tratamiento.
- Las siguientes patologías se referirán directamente a nivel hospitalario para evaluación urgente por oftalmología:
 - Cuerpo Extraño intraocular.
 - Sospecha de Glaucoma Agudo.
 - Sospecha de Uveítis.

XV. DOLOR LUMBAR CIE10: M 54.5

DEFINICIÓN

Lumbago: Es el dolor agudo que se presenta en forma repentina cuando se realiza un sobre esfuerzo o al realizar un movimiento brusco y repentino, sin estar la espalda preparada para dicho esfuerzo o movimiento.

Lumbalgia: Es todo tipo de dolor lumbar que no es ocasionado en forma repentina y brusca, se presenta con varios días de evolución y es producto de desarrollar una actividad que no es usual o de mantener una misma posición por mucho tiempo o de alguna patología asociada.

EPIDEMIOLOGÍA

El lumbago ocupa el quinto lugar en el perfil de las enfermedades no transmisibles y el primer lugar en las centinelas con 12,313 casos nuevos, con una incidencia de 1161 x 100,000 derechohabientes para el periodo de enero a diciembre del año 2003, una incidencia mayor en la región occidental con 2532 casos nuevos, una tasa de incidencia de 1602.60 x 100000h. En segundo lugar la región oriental 1048 casos nuevos con una tasa de 1072.2 x 100,000h. En tercer lugar la región central con 2299 casos con una tasa de 888.3x100000h y en ultimo lugar la región metropolitana con 6439 casos nuevos, una tasa de 607.13x100000h.

CLASIFICACIÓN

Según la presentación e intensidad del dolor lumbar se clasifican en las siguientes categorías:

- **Dolor lumbar no radicular:** El dolor es regional, sin irradiación definida y sin compromiso del estado general del paciente.
- **Dolor lumbar radicular (Lumbociática):** Se acompaña de síntomas y/o signos neurológicos en el miembro inferior que sugiere un compromiso radicular.
- **Lumbalgia compleja o potencialmente catastrófica:** El dolor aparece después de un accidente importante con o sin lesión neurológica.
- **Causas secundarias a otras patologías.**

DIAGNOSTICO

CLÍNICOS:

- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

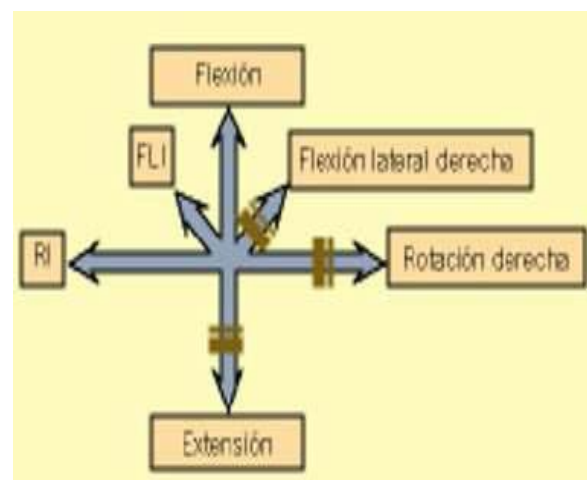
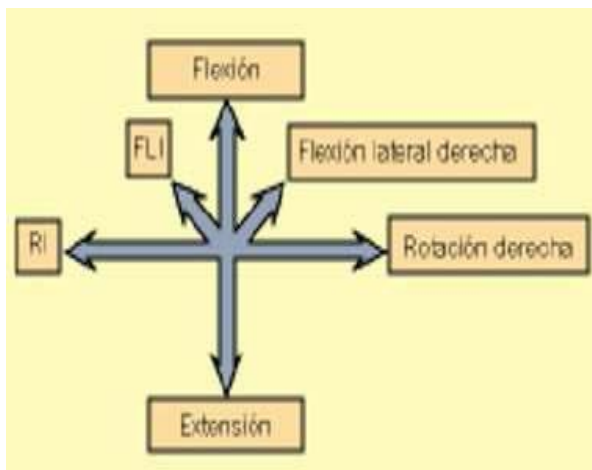
- Conocer el tipo de trabajo y/o actividad que desarrolla en la vida diaria.
- Averiguar si el episodio de dolor lumbar se presentó durante el desarrollo de su trabajo o fuera de su área laboral y si es primera vez que presenta este episodio.
- Historia que describa si el paciente levantó algún objeto pesado o no, si hizo uso inadecuado de su columna lumbar (flexionándola y/o rotándola bruscamente, desarrollando dolor intenso en la parte baja de la espalda).
- Utilización de posición y movimientos viciosos durante el desarrollo de sus labores dentro de su trabajo o fuera de él.
- Historia de traumatismos directos al nivel de región lumbar como ser golpeado por un objeto en movimiento o caerse desde diferentes alturas.
- Hábitos de los pacientes: alcoholismo, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, estrés.
- Otras patologías: Artritis, osteoartritis, litiasis renal, infecciones de vías urinarias, colitis etc.
- Descripción de las características del dolor (inicio, evolución, severidad, localización, irradiación, situaciones o movimientos que lo empeoran, posiciones antálgicas. etc.

- EXAMEN FÍSICO:

- Por lo general el paciente prefiere estar de pie, por que al sentarse y luego levantarse se aumenta el dolor a nivel región lumbar.
- Si es del sexo femenino, con dificultad deambula con zapatos de tacón alto por que desplaza su punto de sustentación.
- Observar marcha del paciente, expresión de dolor, cuando entra y sale del consultorio.

- Observar deformidades (cifosis, escoliosis, hiperlordosis). Paciente con lordosis pronunciada (son propensos a dolores lumbares). El paciente que con dificultad se sube al canapé.
- Medir longitud de cada miembro inferior (diferencia es mayor de 10 mm).
- Rectitud de columna y espasmo músculos lumbares (pérdida de la curvatura lumbar normal).
- Luego se explora la movilidad, primero espontánea o activa y luego guiada o pasiva, anotando los valores obtenidos del examen de los seis movimientos elementales del segmento raquídeo:
 - Flexión: valor normal del ángulo de flexión: 90°
 - Extensión: valor normal del ángulo de extensión: 30°
 - Flexión lateral derecha e izquierda: valor normal del ángulo de flexión lateral: 45°
 - Rotación derecha e izquierda: valor normal del ángulo de rotación: 80 a 90°.

Para ello utilizar el "Diagrama en Estrella de Maigne" donde se señala en esquema tridimensional no solo los puntos de limitación de cada dirección de movimiento de un segmento vertebral, sino también y con toda exactitud, los puntos de localización del dolor en cada una de las posibles direcciones.



- / Indica limitación dolorosa al final del movimiento.
- // Indican limitación dolorosa mayor desde la mitad del recorrido total movimiento.
- /// Indican una limitación importante y dolorosa del recorrido desde el inicio del movimiento.
- X Indica la limitación de movimiento franca y sin dolor.

Dependiendo de la limitación del movimiento lumbar determinada en el diagrama anterior se clasificará de la siguiente manera:

- Cero: si no hay limitación dolorosa del movimiento.
- - 1: Si hay limitación dolorosa del movimiento hasta en un 25%.
- - 2: Si hay limitación dolorosa del movimiento del 50%.
- - 3: Si hay limitación dolorosa del movimiento del 75%.
- - 4: Si hay limitación dolorosa del movimiento del 100%.
- Pierde el equilibrio o aumenta el dolor cuando se le pide que se pare sobre los talones o en puntillas.
- Marcha a pasos cortos o claudicante.

- **SIGNOS DE ALERTA:**

- Lateralización (Lassegue, Patrick).
- Movimientos repetitivos involuntarios unilaterales.
- Pérdida del control de esfínteres.
- Irradiación del dolor a miembros inferiores (dolor en trayecto del nervio ciático).
- Fuerza muscular de miembros inferiores disminuida.
- Reflejos osteotendinosos: Hiperreflexia o Hiporreflexia.
- Sensibilidad disminuida o aumentada en forma creciente y continua.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- Radiografía lumbar anterior, posterior, lateral y oblicuas en consultas de primera vez, los hallazgos radiológicos:
 - Espacios intervertebrales conservados.



- Rectificación de curvatura lumbar.
- Exámenes complementarios:
 - General de orina.
 - Hemograma completo (opcional de acuerdo al cuadro clínico).

TRATAMIENTO

1. ANALGÉSICOS:

- Acetaminofén 500 mg a 1gr vía oral C/6 horas por 5 días para paciente con Lumbago leve o para pacientes con contraindicaciones de ingesta de AINES.
- Diclofenac sódico 75 mg IM como dosis inicial o c/8 – 12 h por 48 – 72 h, dependiendo de la severidad del dolor.
- Ibuprofeno 400 mg: Dosis inicial 800 mg cada 8 horas VO, las primeras 24 horas (2.4 gr), luego dejar 400 mg VO repartidos cada 8 horas como dosis de mantenimiento o posterior a la dosis inicial de Diclofenac parenteral, por 5 a 7 días.

En ancianos y en pacientes con antecedente de gastritis, utilizar Ranitidina 150 mg cada día concomitantemente, durante el periodo de ingesta de AINES.

2. RELAJANTE MUSCULAR SI HAY ESPASMO MUSCULAR:

- Metocarbamol 400 mg vía oral c/8 horas por 7-10 días.
- Orfenadrina 60 mg cada 8 a 12 horas por 3 días IM y luego pasar a Metocarbamol 400 mg vía oral hasta completar 7 a 10 días.
- En caso de que el paciente presente un componente de ansiedad agregar Diazepán 5 mg por la noche por 5 días.

INCAPACIDAD

- Personas con movilidad lumbar normal, clasificados en la Estrella de Maigne con cero (0): no darles incapacidad laboral.

- Personas clasificadas en la Estrella de Maigne (-1): incapacidad laboral por cinco días.
- Personas clasificadas, en la Estrella de Maigne (-2): incapacidad laboral de siete días.
- Personas clasificadas en la Estrella de Maigne (-3): incapacidad laboral por diez días.
- Personas con movilidad lumbar limitada en un cien por ciento, en la Estrella de Maigne (-4): incapacidad laboral de 15 días.

REFERENCIA

A Fisiatra:

- Lumbagos clasificado con cero ó -1 recurrentes.
- Lumbagos clasificados como -2 a -4.
- Lumbagos que no ceden después de 10 días de tratamiento adecuado.
- Lumbago con compromiso neurológico.
- Hallazgos radiológicos sugestivos de otra patología.

A Emergencia hospitalaria, los pacientes que presentan:

- Movimientos repetitivos involuntarios unilaterales.
- Pérdida del control de esfínteres.
- Fuerza muscular de miembros inferiores disminuida.
- Reflejos osteotendinosos: Hiperreflexia o Hiporreflexia.
- Sensibilidad disminuida o aumentada en forma creciente y continua.

EDUCACIÓN

Se debe de orientar y explicarle al paciente la importancia que tiene para su bienestar. disminuir el dolor o recuperar su buena salud, evitar posteriores complicaciones como hernias discales, etc. y recomendar la realización de las medidas siguientes para higiene de columna:

- Mantener una buena postura corporal cuando se esta de pie o sentado
- Realizar ejercicios aeróbicos.
- Control del peso.
- Evitar flexionar y rotar bruscamente la columna lumbar.
- No ejecutar movimientos bruscos de la columna lumbar.
- Preparar la columna para realizar cualquier tipo de esfuerzo para el cual no esta acostumbrado.
- No levantar objetos pesados sin la técnica apropiada o pedir ayuda en caso de levantar objetos demasiados pesados.
- Utilizar bancos para bajar objetos de sitios que rebasen la altura de la persona.



XVI. SÍNDROME DE ABORTO

CIE10: O 03

DEFINICIÓN

Toda interrupción del embarazo, espontáneo o provocado durante las primeras 20 semanas de gestación, con un peso fetal menor de 500 gramos.

ETIOLOGÍA

- Desarrollo anormal del cigoto (50%).
- Factores maternos: infecciones, enfermedades crónicas, alteraciones endocrinas, factores nutricionales, alcohol, tabaco, factores inmunológicos, anomalías de los órganos reproductores, trauma quirúrgico, físico, psíquico.
- Factores paternos.

EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial se estima que el 15% de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo. El aborto es el responsable del 13% de mortalidad materna a nivel mundial según la OMS.

En El Salvador, la incidencia de aborto es del 10.7%. En el Hospital Nacional de Maternidad la incidencia anual observada ha sido del 9%. En el ISSS la incidencia de aborto es de 7.9%.

VARIETADES CLÍNICAS

AMENAZA DE ABORTO.

La amenaza de aborto es en extremo frecuente. Una de cada 4 a 5 mujeres embarazadas sangra durante los primeros meses de gestación. De las mujeres que sangran al principio del embarazo aproximadamente la mitad abortan.

En la sintomatología presentan hemorragia generalmente ligera, aunque puede persistir durante días e incluso durante semanas y dolor lumbopélvico de leve intensidad. Los síntomas del embarazo persisten.

ABORTO INMINENTE.

Aumento de la intensidad de la hemorragia uterina, dolor lumbopélvico y dilatación cervical.

ABORTO INEVITABLE O EN CURSO.

Variedad que hace imposible la continuidad de la gestación asociado a dilatación cervical y ruptura de membranas.

ABORTO INCOMPLETO.

Expulsión parcial de los productos de la concepción. El sangramiento puede ser de moderado a severo y la paciente puede presentar: palidez, taquicardia e hipotensión, dolor lumbopélvico. A la exploración, el útero es doloroso, cuello entreabierto y/o restos ovulares en vagina. El tamaño del útero es menor del que corresponde a la edad de gestación. La ecografía muestra la existencia de restos ovulares en cavidad uterina.

ABORTO COMPLETO.

La expulsión del huevo ha sido total (completa). Desaparece la hemorragia y el dolor. La ecografía muestra un útero vacío.

ABORTO SÉPTICO.

Es el aborto al que se le agrega una infección intrauterina, fiebre de 38° C ó más y se haya descartado otras causas. Generalmente está asociado a maniobras abortivas y/o a infecciones vaginales severas.

ABORTO RETENIDO O FALLIDO.

El producto de la concepción es retenido después de su muerte.

Generalmente existe el antecedente de amenaza de aborto a repetición y crecimiento uterino menor en relación con la edad gestacional. Desaparecen los síntomas subjetivos de embarazo (aunque persiste la amenorrea). A la exploración ecográfica, se encuentra ausencia de latidos cardíacos o signos de actividad embrionaria, contornos del saco embrionario son irregulares, diámetros pequeños para la edad gestacional.

ABORTO HABITUAL.

Pérdida repetida y espontánea del embarazo en dos o más ocasiones consecutivas o tres ó más en forma alterna. Se considera aborto habitual primario, cuando todos los embarazos terminaron en aborto y secundario cuando antes de los tres abortos ha ocurrido un embarazo normal.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS.

Historia clínica: amenorrea, características del sangramiento y dolor, historia obstétrica previa.

Examen físico completo: La exploración cérvico-vaginal con espejulo para descartar que el sangrado provenga de lesiones cervicales (pólipos, erosiones, etc.); tamaño uterino, cambios cervicales y cuantía del sangrado.

LABORATORIO Y GABINETE.

Prueba de embarazo en orina.

Ultrasonografía pélvica si existe disponibilidad en el centro de atención y si las condiciones de la paciente lo permiten.

CONDUCTA

Informar a la paciente de su estado, las perspectivas para la evolución de la gestación, la terapéutica y el pronóstico. Seguir las siguientes recomendaciones para cada variedad específica.

AMENAZA DE ABORTO:

- Si el sangrado es leve el manejo es ambulatorio.

- Investigar la causa, indicar exámenes orientados según el cuadro clínico y establecer el manejo. Indicar Ultrasonografía para control oportuno con Ginecólogo en Consulta Externa.
- Dar recomendaciones: reposo absoluto (incapacidad), abstinencia sexual, analgésicos en casos necesarios. Acudir a la emergencia Hospitalaria más

cercana a su domicilio si el sangrado se hace más intenso ó más frecuente o si hay presencia de fiebre o fetidez.

- Si la paciente vive lejos ó tiene antecedentes de abortos previos, referirla a hospital.
- **Si el sangrado es moderado y/o persistente:** referir para manejo hospitalario.
- **Si el sangrado es intenso, que amenace la vida de la madre:** iniciar medidas de sostén y referir inmediatamente para manejo hospitalario.

ABORTO INMINENTE, INEVITABLE, INCOMPLETO, COMPLETO, SÉPTICO, FALLIDO: referir para manejo hospitalario.

ABORTO HABITUAL: Referir para manejo hospitalario al tercer nivel.

Si durante el examen físico se encuentran restos de la concepción, estos deberán ser remitidos con la paciente para estudio por anatomía patológica.

COMPLICACIONES:

Hemorragias, infección, shock séptico, insuficiencia renal aguda, CID, perforación uterina, daño intestinal, evacuación incompleta de los restos ovulares.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Patología que amerita manejo por Ginecología y Obstetricia, ya que aún en casos de sangrado leve, se debe realizar estudio ultrasonográfico. Por lo tanto, referir al próximo nivel donde exista recurso especializado.

XVII. AMENAZA Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CIE10: O 60

DEFINICIÓN.

Presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia, intensidad y duración (dos ó más contracciones cada 10 minutos) acompañada de modificaciones cervicales (con o sin rotura de membranas) antes de las 37 semanas completas de embarazo.

EPIDEMIOLOGÍA.

A nivel mundial la incidencia es del 11.8%. En El Salvador en el ámbito nacional representa el 13.8% En el Hospital Nacional de Maternidad, la tendencia observada para el año 2001 es del 15% y en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo del ISSS de 7.54%.

Entre las tres primeras causas de parto pretérmino están: ruptura prematura de membranas, embarazo múltiple y preeclampsia respectivamente.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO:

FACTORES MATERNOS:

- **Generales:** Multiparidad, Infecciosos (vías urinarias principalmente), enfermedades endócrinas y metabólicas, cardiopatías, neuropatías, hipertensión arterial durante el embarazo.
- **Antecedentes de:** Parto prematuro, hemorragia uterina durante el embarazo, abortos.
- **Locales:** Malformaciones uterinas, incompetencia ístmico-cervical, tumores uterinos y anexiales, DIU in situ.
- **Condiciones Externas:** Traumatismos, cirugías, estrés, factores psicógenos.
- **Hábitos tóxicos:** Tabaco, alcohol, drogas.

FACTORES OVULARES:

- **Fetales:** Embarazo múltiple, malformaciones congénitas, presentaciones anormales, muerte fetal intrauterina.

- **Colaterales:** Rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa, insuficiencia placentaria, polihidramnios, infección intra-amniótica.

FACTORES SOCIALES

- Edad materna (inferior a 18 años y superior a 35).
- Malas condiciones socioeconómicas.
- Riesgo laboral (trabajo).
- Estado nutricional.
- Falta de asistencia prenatal.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

CLÍNICOS.

- Gestación entre 20 y 37 semanas a partir de la fecha de última menstruación confiable. Para confirmar el diagnóstico, se debe apoyar o correlacionarse los aspectos clínicos y el control prenatal.
- Presencia de contracciones uterinas regulares (dos ó más contracciones en 10 minutos) más de 6 en una hora.
- Modificaciones cervicales: Borramiento o inicio de dilatación.
- La valoración fetal y datos complementarios.

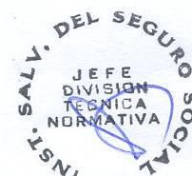
CONDUCTA.

- En embarazos entre 24 a 34 semanas, acelerar la madurez pulmonar fetal en casos de presentar dilatación cervical: administrar la primera dosis de Betametasona, 12 mg IM o Dexametasona 8 mg EV.
- En pacientes con presencia de dilatación cervical, Solución de Hartmann 1Lt EV a 40 gotas por minuto.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Toda paciente con diagnóstico de amenaza y trabajo de parto pretérmino debe ser referida a un centro hospitalario lo mas pronto posible. Si la paciente va con trabajo

de parto activo, dilatación mayor de 5 y dependiendo de las semanas de amenorrea (entre menor sea la amenorrea, mayor riesgo expulsión) deberá ser trasladada con atención de enfermería.



XVIII. HIPERTENSIÓN Y EMBARAZO

DEFINICIÓN.

La Hipertensión Arterial y embarazo es una de las complicaciones más frecuentes y graves en el transcurso de éste y constituye una importante causa de retardo del crecimiento fetal, bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y en el peor de los casos, muerte del feto. Además, puede acompañarse de daños en los riñones y otros órganos como consecuencia de la presión sanguínea elevada, convulsiones y en los casos más severos fallecimiento de la madre y su producto.

EPIDEMIOLOGÍA:

Los trastornos hipertensivos son las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, constituye una de las primeras causas de muerte materna según OMS y actualmente es la primera causa de muerte materna en El Salvador a nivel institucional. A nivel mundial un 7 a 10 % de los embarazos se complican con hipertensión.

Las dos formas más frecuentes de hipertensión son la enfermedad hipertensiva asociada con el embarazo, la cual es responsable de un 70% del total de casos y la hipertensión crónica es responsable de los casos restantes.

Las mujeres con preeclampsia tienen un riesgo 7 veces mayor de morbilidad neonatal.

CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: (SEGÚN ACOG)

1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO:

a. Factores de Riesgo:

- Embarazo en los extremos de la vida reproductiva (< 18 años y > de 35 años).
- Preeclampsia previa.
- Patología amniótica: Polihidramnios
- Enfermedad Gestacional del Trofoblasto

- Hidrops fetal
- Hipertensión crónica
- Diabetes
- Gestación múltiple
- Síndrome antifosfolípidos primario
- Nefropatía
- Obesidad.

b. Criterios Diagnósticos

- **Preeclampsia leve** (CIE10: O 13):
 - Hipertensión: Tensión arterial igual o mayor de 140/90 y menor de 160/110mm de Hg en dos ocasiones, con seis horas de intervalo y con la paciente en reposo.
 - Incrementos de la presión arterial sistólica mayor o igual a 30 mm de Hg, sobre las presiones basales conocidas.
 - Incrementos de la presión arterial diastólica mayor o igual a 15 mm de Hg, sobre las presiones basales conocidas.
 - Proteinuria de 100 a 300 mg en tira reactiva para determinar sustancias químicas en orina de una muestra al azar.
 - Edema, el cual puede no estar presente.
- **Preeclampsia grave** (CIE10: O 14):
 - Hipertensión: Valores absolutos iguales o mayores a 160/110 mm de Hg en dos ocasiones, con seis horas de intervalo y con la paciente en reposo.
 - Proteinuria: de 500 mg o más en una tira reactiva para determinar sustancias químicas en orina de una muestra al azar.

- Dolor epigástrico severo y persistente o de hipocondrio derecho: por vasoconstricción del área esplénica y posible distensión de cápsula hepática, hematoma subcapsular o rotura hepática.
- Edema pulmonar o cianosis.
- Alteraciones hepáticas con elevaciones de transaminasas.
- Alteraciones cerebrales, visuales o auditivas, escotomas, hiperreflexia o trastornos de la conciencia.
- Cefalea frontal y menos frecuente occipital, resistente a analgésicos,
- RCIU.
- Sospecha de Oligohidramnios.

Un cuadro hipertensivo aun con presiones menores a 160/110 mm de Hg con la presencia de uno o más de estos criterios se hace diagnóstico de Preeclampsia Grave.

- **Eclampsia** (CIE 10: O 15):

Crisis convulsivas generalizadas o estado comatoso, generalmente aparece bruscamente durante los estados hipertensivos inducidos por el embarazo, en el curso de la gestación (50%), durante el parto (20%) o en el puerperio (30%). No se correlacionan con la severidad del cuadro hipertensivo. **La amaurosis (ceguera sin lesión aparente del ojo) es equivalente de una convulsión eclámptica.**

- **Síndrome de HELLP (Entidad asociada):**

Término acuñado por Weinstein en 1982, representa un acrónimo de las palabras en inglés:

- H: Hemólisis.
- EL: Enzimas hepáticas elevadas.
- LP: Plaquetas baja.

Es una complicación de la preeclampsia que incide en su evolución, ~~sin~~ embargo un 15 a 20% de las pacientes son normotensas.

- **Epidemiología:**

A nivel mundial representa un 4-12% de los casos de preeclampsia grave, **se** presenta anteparto en 66% y posparto 33% (en posparto a las 48 horas). Tiene una morbilidad materna de 1-25%, con mortalidad materna del 3.3 al 24%.

En el ISSS la incidencia es de 0.19% de los partos atendidos. En el Hospital Nacional de Maternidad la incidencia es de un 15% en Preeclampsia Grave y de un 21% en las Eclampsias. En el período de 1993- 2000 la proporción de muertes maternas fue de 54%.

- **Síntomas.**

- Debilidad, fatiga 90%.
- Síntomas gripales.
- Náusea y vómitos (30%), diarrea.
- Dolor en hipocondrio derecho 90% y/o epigástrico 65%.
- Dolor en hombro derecho o cuello.
- Cefalea 31%, trastornos visuales.

- **Parámetros de laboratorio:**

- Hemólisis:
 - Aumento de bilirrubina mayor de 1.2 mg/dl.
 - LDH mayor de 600 UI/L.
- Elevación de transaminasas: SGOT-AST mayor de 70 UI/L.
- Plaquetopenia: Plaquetas menores de 150,000/mm³.

c. Examen Físico:

- Exploración del sistema cardiovascular: pulso, tensión arterial, ruidos cardíacos.
- Exploración neurológica: especialmente estado de conciencia y de los reflejos osteotendinosos profundos.

- Exploración abdominal, valorar hipersensibilidad hepática (congestión o hemorragia subcapsular hepática) y / o ascitis.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREGREGADA:

Se define como la preeclampsia que se observa en una paciente con hipertensión crónica preexistente. Con frecuencia es difícil diferenciar esta con respecto a la exacerbación de la hipertensión crónica.

3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA ASOCIADA AL EMBARAZO:

Cuyo diagnóstico se establece antes de las 20 semanas de gestación, con presencia indefinida de la misma después del nacimiento o historia de hipertensión previa a la gestación.

4. HIPERTENSIÓN TRANSITORIA:

Es el aumento de la presión arterial en etapas avanzadas del embarazo o en las primeras 24 horas posparto, sin más signos de preeclampsia o hipertensión crónica.

MANEJO: SOPORTE BÁSICO

1. Para Preeclampsia grave:

- Dosis de impregnación con Sulfato de Magnesio al 20%, 4 gramos EV a pasar en 5-10 minutos (de la ampolla de 10 cc se extraen 8 cc (4 gr) y se le agrega 12 cc de SSN).

2. Para eclampsia (paciente que convulsiona en emergencia):

- Evitar traumatismos, asegurándola en cama en decúbito lateral.
- Colocar cánula mayo para evitar trauma en la lengua y facilitar la permeabilidad de las vías aéreas.
- Oxígeno por mascarilla a 8 a 10 lt por minuto.
- Sulfato de Magnesio al 20%, 2 gramos EV en 5-10 minutos, repetir una segunda dosis si no cede la convulsión (máximo 2 dosis).
- Si la TAD es de 110 mm de Hg o mayor, iniciar Hidralazina 5 mg EV una dosis (medicamento que debe estar disponible según Adenda # 01 29 08

2007, Manual de Procedimientos Médicos Hospitalarios de Mayor Frecuencia en el ISSS, Modificación del Anexo nº 2: Botiquín de RCP, lista 4).

- Iniciar maduración pulmonar fetal en embarazos de 24 a 34 semanas con Betametasona, 12 mg IM o Dexametasona 8 mg EV.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Referir para manejo hospitalario por gineco obstetra todos los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo.
- Las pacientes con hipertensión crónica asociada al embarazo y con hipertensión transitoria, si no hay compromiso de su estado general, deberán ser referidas a consulta externa de gineco obstetricia.

XIX. HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL CIE10: N 92 y N 93

DEFINICIÓN

Cualquier hemorragia con duración, frecuencia y cantidad excesiva para una paciente en particular debe considerarse anormal; por lo que es importante establecer cuales son las características de una menstruación normal y todos aquellos sangrados que se encuentren fuera de sus rangos de normalidad constituyen una hemorragia uterina anormal (HUA).

CARACTERÍSTICAS DE UNA MENSTRUACIÓN NORMAL

(Br J Obstet Gynaecol 87:603-609, 1980)

Característica	Promedio	Rango	Anormalidad
Duración del ciclo (frecuencia)	28 días	21-35 días	Menor 21 días y mayor de 35 días
Duración del sangrado	4 días	1-8 días	Mayor de 8 días
Cantidad de sangrado	35 ml	20-80 ml	Mayor 80 ml.

PATRONES DE SANGRADO DE LA HUA

PATRÓN DE SANGRADO	DESCRIPCIÓN
Metrorragia	Sangrado a intervalos irregulares de cantidad variable pero no excesivo.
Menometrorragia	Sangrado prolongado o excesivo a intervalos irregulares.
Menorragia	Sangrado excesivo o prolongado a intervalos regulares.
Oligomenorrea	Sangrado a intervalos mayores de 35 días.
Polimenorea	Sangrados a intervalos menores de 21 días.
Sangrado intermenstrual	Sangrado que ocurre entre ciclos normales.
Sangrado post-menopausico	Sangrado que ocurre después de 1 año de la menopausia.

EPIDEMIOLOGÍA

La hemorragia uterina anormal es uno de los problemas ginecológicos más frecuentes a nivel mundial, cuyo manejo durante los últimos 20 años ha sufrido de

cambios sustanciales principalmente como consecuencia de los avances en los métodos diagnósticos y terapéuticos en el campo de la ginecología.

Se estima que este problema es responsable del 15% de las consultas al ginecólogo y que al menos el 25% de todas las histerectomías realizadas a nivel mundial son por problemas de hemorragias uterinas anormales y en 4 de cada 5 mujeres que son sometidas a una histerectomía por esta causa no se encuentra ningún hallazgo anormal al realizar el análisis anatomopatológico². Por lo tanto la histerectomía no sería el tratamiento más adecuado para la misma.

El entendimiento adecuado de la fisiopatología de este problema y el conocimiento de las diferentes terapéuticas se vuelven fundamentales para el manejo apropiado de las miles de mujeres que padecen de este problema a nivel internacional.

En el Hospital Materno Infantil 1º de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, la Hemorragia Uterina Anormal (HUA) constituye la cuarta causa de consulta (superada sólo por el parto, abortos y amenazas de aborto), en los últimos 5 años la HUA ha tenido un promedio de 625 consultas mensuales siendo la mayor parte de las mismas en la unidad de emergencia. Así mismo, la HUA, es responsable del 27% de los legrados realizados en dicho hospital, situación que como veremos más adelante no constituye una práctica adecuada para el diagnóstico ni para el tratamiento de esta patología; y se realizan un 20% de histerectomías por HUA³.

CLASIFICACIÓN

La hemorragia uterina anormal se clasifica en 2 grandes categorías:

- Ovulatoria: sangrado excesivo asociado a la caída de progesterona que se produce a intervalos predecibles entre 21 y 35 días pero generalmente es abundante. Generalmente se acompaña de dismenorrea y síndrome de tensión premenstrual y puede ser producido por una causa anatómica. Los tipos de patrón de HUA más frecuente son: menorragia, sangrado intermenstrual, polimenorrea.

² Clarke A, Black N, Rowe P, et al: *Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease*. A prospective cohort study. Br J Obstet Gynaecol 102:611-620, 1995

³ Unidad de estadísticas del hospital 1º de mayo y auditorías ginecológicas de dicho hospital.

- Anovulatorio o Hemorragia Uterina disfuncional: ocurre en ausencia de la producción cíclica de progesterona por el ovario y consecuentemente es un sangramiento errático donde se mezcla la oligomenorrea y hemorragias irregulares en cantidad y frecuencia. Los tipos de patrón de HUA más frecuentes son: oligomenorreas, menorragias, menometrorragias.

ETIOLOGÍA:

Existen múltiples causas que pueden originarnos HUA para un mejor entendimiento de la etiología de esta patología es preferible dividir sus causas por grupo etáreo.

PRINCIPALES CAUSAS DE HUA

PERI MENARQUIA	<ul style="list-style-type: none"> • Anovulación • Coagulopatías 20%
EDAD REPRODUCTIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo y sus complicaciones • Enfermedades inflamatorias • Enfermedades sistémicas • Causas Anatómicas. • Anovulación y problemas psicológicos
PERI MENOPAUSIA	<ul style="list-style-type: none"> • Anovulación 60% • Causas Anatómicas del 18 - 40% • Hiperplasia endometrial 1 - 7%
POST-MENOPAUSIA	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de endometrio 10% • Hiperplasia endometrial 20% • Causas Anatómicas 40% • Cáncer de Cérvix o de ovario
ENFERMEDADES SISTÉMICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Coagulopatías • Enfermedades tiroideas • Enfermedades hepáticas • Sépsis
IATROGÉNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • ACO • Anticonceptivos de solo progestinas • DIU • Terapia de reemplazo hormonal • Tamóxifeno. • Corticosteroides.

Es importante recalcar que durante la época reproductiva debe siempre tenerse en mente los problemas relacionados con el embarazo inclusive si la mujer está esterilizada. La incidencia de problemas anatómicos como causa de HUA se incrementa con la edad de la paciente, así en las pacientes mayores de 60 años de

edad el 67% de las histeroscopías mostrarán hallazgos anormales, valor significativamente mayor que el 37% de hallazgos anormales en las mujeres menores de 30 años de edad.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

- Para la evaluación de toda mujer que consulta por una hemorragia uterina anormal es necesario:
 - Establecer el patrón menstrual previo al problema.
 - Determinar la duración de los ciclos menstruales (frecuencia).
 - Determinar los días y la cantidad estimada de sangrado menstrual, el tiempo de evolución de la hemorragia y el tipo de patrón del sangrado actual (metrorragia, menorragia, menometrorragia, polimenorrea, etc.) para tratar de determinar el posible tipo de HUA (ovulatoria o anovulatoria).
 - Determinar, si ha existido un aumento en el número de toallas sanitarias utilizadas por día y si la hemorragia interfiere con el desempeño de sus actividades normales.
- No debe olvidarse interrogar respecto a los antecedentes de patologías asociadas como problemas tiroideos, coagulopatías, enfermedades hepáticas, etc. o ingesta de medicamentos que pudieran explicarnos la hemorragia uterina anormal. Debe explorarse el padecimiento de ciertas enfermedades que limitarán el uso de medicamentos de contenido estrogénico para el tratamiento de la HUA, tales como: hipertensión arterial descompensada, diabetes no controlada, la presencia de varices GII-III, antecedentes de problemas tromboembólicos, enfermedades hepáticas en los últimos 6 meses, etc.
- Es imprescindible en el examen físico colocar el espéculo, realizar tacto vaginal y cuantificar el sangrado.

⁴ Indman PD: *Abnormal uterine bleeding: Accuracy of vaginal probe ultrasound in predicting abnormal hysteroscopic findings.* J Reprod Med 40:545-548, 1995.

LABORATORIO Y GABINETE:

- Hemograma.
- Prueba de embarazo.
- Pruebas de coagulación.

TRATAMIENTO

- En cuadros severos, estabilizar hemodinámicamente y referir a emergencia hospitalaria para control con ginecología.
- En casos leves:
 - Ibuprofeno 400 mg vo cada 8 horas durante cinco días.
 - Levonorgestrel mas Etinilestradiol 0.3 mg, 1 tableta cada 6 horas por 5 días y luego 1 tableta cada día por 21 días mas.
 - Antieméticos.
 - Ranitidina 1 tableta cada 12 horas.
 - Control en emergencia a las 72 horas para verificar comportamiento del sangramiento.
 - Indicar Ultrasonografía pélvica.

INCAPACIDAD

Esta es variable pero se requerirá tres días en los casos de hemorragias agudas severas.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Emergencia Hospitalaria:
 - Sospecha de neoplasia maligna como causa de la HUA.
 - Causa anatómica que amerite intervención quirúrgica: fibromas, pólipos, desgarros, etc.
 - Paciente con HUA y anemia.
 - Paciente hemodinámicamente inestable.

- Sangramiento profuso.
- Paciente que no tolera la vía oral o el tratamiento médico.
- Si la paciente tiene un cuadro leve y está hemodinámicamente estable, referencia al Ginecólogo en Consulta externa con resultado de ultrasonografía.

EDUCACION

- Control estricto de sus patrones de sangrado en cuanto a fechas, duración y cantidad del sangrado.
- Orientar respecto a la importancia de la ingesta correcta de los medicamentos y explicarlo apropiadamente acorde con el grado de escolaridad y entendimiento de la paciente.
- Orientar respecto a donde consultar y bajo que circunstancias debe consultar inmediatamente.

XX. DOLOR PÉLVICO AGUDO

CIE10: N 94

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico y abdominal supone un gran reto diagnóstico en las mujeres. Los trastornos orgánicos pueden originarse en el tracto genital, urinario, gastrointestinal o sistema músculo-esquelético. Muchos de los síntomas son similares y se superponen.

CLASIFICACIÓN

En general las causas de dolor pélvico en la mujer se pueden agrupar en tres categorías:

- Relacionadas con el embarazo.
- Ginecológicas.
- No ginecológicas.

Dentro de las patologías que podemos encontrar a nivel ginecológico podemos mencionar las siguientes:

ÓRGANO	LESIÓN QUÍSTICA	LESIÓN SÓLIDA
OVARIO	Quiste funcional	Neoplasia primaria benigna
	Quiste neoplásico benigno	Neoplasia primaria maligna
	Quiste neoplásico maligno	Metástasis al ovario
	Endometriosis	
TROMPA DE FALOPIO	Absceso tubo ovárico	Absceso tubo ovárico
	Hidrosálpinx	Embarazo ectópico
	Quiste paraoóforo	Neoplasia primaria
ÚTERO	Embarazo intrauterino	Mioma pediculado
	Embarazo en útero bicorne	Mioma intraligamentoso
	Útero bicorne	

Otra posible clasificación es por la presentación del dolor:

- Agudo:
 - Inflamatorio
 - No inflamatorio
- Crónico.

TIPOS DE DOLOR

DOLOR CAUSADO POR IRRITACIÓN PERITONEAL:

La inflamación del peritoneo es una gran fuente de dolor abdominal. La peritonitis localizada resulta de la extensión de la inflamación al peritoneo desde un órgano adyacente como útero, trompa, apéndice o vesícula. La peritonitis generalizada puede ocurrir con un absceso roto o contenido fecal del colon, o bien puede ser estéril cuando hay exposición a jugos gástricos o pancreáticos. Cuando se generaliza la peritonitis causa espasmos reflejos de los músculos rectos, provocando rigidez y dolor de la pared abdominal, manifestándose como dolor de rebote y defensa.

DOLOR CAUSADO POR ISQUEMIA:

La isquemia puede provocar dolor, ya sea somática, visceral o cardíaca. En las mujeres mayores son más importantes las causas cardíacas o vasculares y en las mujeres en edad reproductiva son más frecuentes la torsión anexial, estrangulación intestinal o vólvulo.

DOLOR CAUSADO POR TENSIÓN:

La tensión de los músculos intestinales o del uréter ocurre como resultado de una distensión o espasmo. El cólico es un tipo de dolor en oleada asociado a una reacción peristáltica. Un esfuerzo intestinal en vencer una obstrucción o bien sustancias imitativas como por ejemplo de origen viral pueden conducir al mismo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS.

Se debe determinar su relación con la menstruación, ovulación o coito. En toda paciente con dolor pélvico agudo debe realizarse una historia clínica completa tratando de definir la posibilidad de gestación intra o extrauterina y la relación del cuadro con la fase del ciclo ovárico y menstrual.

EDAD:

Es la primera clave diagnóstica pues algunos grupos tienen mayor prevalencia de algunas enfermedades. Por ejemplo la EPIA, absceso tubovárico, y apendicitis son más frecuentes entre las mujeres en edad reproductiva, sin embargo la diverticulosis es más frecuente entre la séptima u octava década de vida.

DOLOR:

El dolor de comienzo repentino sugiere un evento agudo como la perforación de una víscera hueca como puede ser el colon. Una repentina isquemia vascular ocurre en la torsión de un ovario, anexo o en la ruptura de un quiste de ovario.

La obstrucción de una víscera hueca o la inflamación de paredes viscerales son de presentación más gradual, por ejemplo, apendicitis, salpingitis y colecistitis. El dolor de estos procesos tarda varias horas en alcanzar su pico. Estos pacientes describirán un progresivo empeoramiento.

Los pacientes frecuentemente describen el dolor pélvico y abdominal como agudo, sordo, persistente o palpitante. El carácter del dolor puede proporcionar alguna pista diagnóstica.

Es el caso de los calambres o retortijones que pueden ser una respuesta del útero a un estímulo nocivo.

El cólico es característico de la obstrucción de una víscera hueca.

El dolor pleurítico originado en el abdomen es más frecuentemente resultado de una inflamación o irritación del diafragma cuando se mueve contra un

órgano o peritoneo inflamado, como en la enfermedad pélvica inflamatoria, colecistitis aguda o un ectópico accidentado.

El dolor severo abdominal que se llega a generalizar rápida o lentamente suele ser causado por algún líquido irritante en la cavidad peritoneal como sangre, pus, bilis o jugo gástrico.

El dolor más localizado puede ofrecer una indicación del órgano comprometido:

- Embarazo ectópico. Se asocia generalmente con dolor unilateral continuo tipo retortijón que puede paradójicamente mejorar si ocurre la ruptura.
- Aborto incompleto o inminente. Puede presentarse como dolor en la línea media o bilateral, generalmente de carácter intermitente.
- La distensión del recto-sigmoides produce dolor suprapúbico como la distensión de la vejiga o cistitis.
- La distensión de la vesícula produce dolor medio epigástrico que se puede irradiar al cuadrante superior derecho incluso a escápula y hombro.
- La distensión gástrica o del intestino delgado superior produce dolor en la línea media o derecha debajo del xifoide y por encima del ombligo.
- El dolor del intestino delgado puede ser peri umbilical. La apendicitis aguda suele presentarse de esta manera para posteriormente localizarse en FID.
- El dolor del colon es frecuentemente referido a la línea media entre sínfisis púbica y ombligo.
- El dolor pancreático es epigástrico y se irradia a la espalda.
- La Enfermedad Pélvica Inflamatoria se puede presentar como dolor bilateral, sordo y se irradia a la espalda baja o muslos en su parte alta.
- La degeneración del mioma causa dolor agudo en puñalada o persistente en la región del mioma.

- El cuerpo lúteo y quiste simple de ovario roto producen dolor generalizado persistente que se incrementa con el paso del tiempo sobre todo si ocurre un sangrado continuo.
- En una torsión de ovario-anexo el dolor es característicamente cólico palpitante y es más severo en el lado donde se desarrolla, aunque tiene predisposición por ocurrir en el lado derecho.

ANTECEDENTES PERSONALES:

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: *Historia de ciclos menstruales.*

Los antecedentes quirúrgicos incrementan el riesgo de obstrucción intestinal o síndrome adherencias. Una paciente con antecedentes de embarazo ectópico tiene un mayor riesgo de sufrir otro en siguientes gestaciones.

Es importante también considerar diagnósticos anteriores como quistes ováricos, endometriosis y miomas. Antecedentes de Enfermedad de Transmisión Sexual, Enfermedad Pélvica Inflamatoria y múltiples parejas sexuales disponen a su desarrollo y torsión anexial.

El riesgo de disminuye usando métodos de barrera o anticonceptivos hormonales orales (ACO). Las usuarias de ACO tienen menos riesgo de desarrollo de quistes de ovario al cesar la ovulación. El uso de DIU aumenta el riesgo de Enfermedad Pélvica Inflamatoria pero no parece aumentar el riesgo absoluto.

FACTOR SOCIAL:

Debe investigarse el número de compañeros sexuales del último año, tipo y frecuencia de actividad sexual. Las mujeres con una sola pareja sexual tienen menos posibilidades de desarrollar una Enfermedad Pélvica Inflamatoria y frecuentemente tiene una historia de coito sin protección.

SINTOMATOLOGÍA

Los más comunes son: fiebre, anorexia, astenia, náuseas y vómitos, diarrea, leucorrea, metrorragia, síntomas urinarios como polaquiuria, disuria, y dispareunia.

La fiebre acompañada de síntomas de irritación peritoneal sugiere una enfermedad inflamatoria como enfermedad pélvica inflamatoria, apendicitis, torsión anexial o

perforación de víscera hueca. Las náuseas vómitos y anorexia son síntomas inespecíficos de irritación peritoneal. La diarrea sanguinolenta puede ocurrir en la diverticulitis, Enfermedad de Crohn e infección por Shigella. La leucorrea puede indicar una cervicitis transmitida sexualmente asociada a Enfermedad Pélvica Inflamatoria. La metrorragia puede tener relación con un embarazo, anomalías del ciclo menstrual o trastornos orgánicos cervicales o uterinos.

Tras descartar el embarazo se debe investigar dismenorrea, hemorragia uterina anormal, miomas y endometriosis.

Masa pélvica: Cuando se encuentra una masa durante la evaluación ginecológica debe examinar con Vejiga y recto vacío y hacer énfasis en describir adecuadamente los siguientes componentes:

Característica	Categoría
Tamaño	Límites definidos Límites mal definidos
Consistencia	Sólida Quística Mixta
Movilidad	Libre Fija
Superficie	Lisa Irregular
Lateralidad	Lado Unilateralidad Bilateralidad
Relación con órganos Vecinos	Útero Recto Vejiga Pared abdominal
Sensibilidad	Indolora Dolorosa

LABORATORIO Y GABINETE:

- Hemograma
- General de orina
- Prueba de embarazo en orina si hay amenorrea (4 semanas o más)
- U/S Abdominal o Pélvica (Según disponibilidad)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Apendicitis Aguda.
- Obstrucción Intestinal.
- Hiperestimulación Ovárica.
- Perforación de Viscera hueca.
- Colecistitis Aguda.
- Embarazo Ectópico.
- Trombosis Mesentérica.
- Infarto Agudo al Miocardio.
- Quiste Retorcido de Ovario.
- Peritonitis.
- Enfermedad Ácido Péptica.
- Folículo Hemorrágico.
- Cólico Renal.
- Abruptio placentae.
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
- Pancreatitis Aguda.
- Amenaza de Aborto.
- Infección de Vías Urinarias.
- Neumonía Basal.
- Amenaza de Parto Prematuro.

TRATAMIENTO

No utilizar analgésicos, ni mucho menos antibióticos mientras no se defina con exactitud la etiología del cuadro mórbido.

Paciente que requiera una atención medico-quirúrgica inmediata deberá ser referida a emergencia hospitalaria para que reciba una evaluación adecuada, la referencia deberá contener la valoración inicial realizada, el diagnóstico presuntivo, el tratamiento administrado y la hora de administración y los exámenes tomados.

Se evaluará según la patología del paciente:

- No analgesia.
- Antieméticos: Metoclopramida 10 mg. IM o EV o Dimenhidrinato 50 mg. IM o EV una dosis.
- Soluciones Parenterales: Cristaloides (Sol. Hartmann, Sol. Salina Normal).

Explicar al paciente y a sus familiares del diagnóstico y el plan terapéutico.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Cuando el paciente tenga criterios de gravedad:
 - Inestabilidad Hemodinámica.
 - Historia de Lipotimias.
 - Intolerancia a la vía oral que no responde en 4 horas con antieméticos.
 - Alteración en el nivel de conciencia.
 - Distensión.
 - Silencio Abdominal.
 - Dolor severo o persistente.
 - Masa Pélvica.
 - Duración mayor de 6 horas.
 - Sangrado Vaginal Inespecífico.
 - No contar con prueba de embarazo cualitativa en pacientes con fuerte sospecha de gestación.
- Todo paciente que requiera atención quirúrgica-ginecológica inmediata.
- Pacientes con factores de riesgo o inmunodeprimidos con hallazgos clínicos sugestivos de una patología pélvica que requieren un manejo médico o quirúrgico para resolver su problema y que necesiten de otros métodos diagnósticos para evaluar su condición.
- Pacientes con dolor pélvico y hemodinámicamente inestables.
- Toda paciente que no responda al tratamiento médico habitual, en un periodo de 4 horas.
- Ausencia de diagnóstico a pesar de la valoración y que necesite pruebas complementarias hospitalarias urgentes.

DISPOSICIONES FINALES:

ACTUALIZACIÓN:

Las "**GUÍAS DE MANEJO PARA MÉDICOS GENERALES DE EMERGENCIA DEL ISSS**" serán revisados cada dos años o antes a solicitud de los Centros de Atención que cuentan con este portafolio de servicios, con el fin de actualizarla y mantenerla coherente a las necesidades reales y objetivos de la Institución.

VIGENCIA:

Las presentes "**GUÍAS DE MANEJO PARA MÉDICOS GENERALES DE EMERGENCIA DEL ISSS**" entraran en vigencia con la firma de las Autoridades y posterior a su Implantación y Divulgación, sustituyendo a todos los Documentos Normativos emitidos anteriormente para tal fin.

San Salvador, Mayo de 2009.

Revisión:


Dr. Guillermo José Valdés Flores
Jefe Depto. Normalización y Estandarización.





Dr. Simón Baltazar Agreda
División Técnica Normativa



Autorización:


DR. JOSÉ EDUARDO AVILÉS FLORES
Subdirector de Salud ISSS



BIBLIOGRAFÍA

- Guías de Manejo de Oftalmología, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Junio 2006.
- Guías de Manejo en Cirugía General, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Abril 2004.
- Guías de Manejo de Emergencia en Medicina Interna, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Mayo 2004.
- Manual de Procedimientos de Ortopedia, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, octubre 2005.
- Guías de Manejo de Neurocirugía, Tercer Nivel de Atención, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, mayo 2004.
- Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo Nivel de Atención, Ministerio de Salud Pública, Diciembre 2005.
- Achiron A, Gornish M, Melamed E: Cerebral sinus thrombosis as a potential hazard of antifibrinolytic treatment in menorrhagia. Stroke 21:817, 1990.
- Akkad AA, Habiba MA, Isamil N, et al: Abnormal uterine bleeding on hormone replacement: The importance of intrauterine structural abnormalities. Obstet Gynecol 86:330-334, 1995.
- American College of Obstetric and Gynecology. Clinical management of Abnormal Uterine Bleeding Clarke A, Black N, Rowe P, et al: Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease: A prospective cohort study. Br J Obstet Gynaecol 102:611-620, 1995.
- Baughan DM. Challenges in the management of the patient with dysfunctional uterine bleeding. Family Practice Recertification 1993;15:68-78.
- Bernard JP, Rizk E, Camatte S, et al. Saline contrast sonohysterography in the preoperative assessment of benign intrauterine disorders.
- Bradley LD, Andrews BJ: Saline infusion sonohysterography for endometrial evaluation. Female Patient 23:12-41, 1998.



- Carlson KJ, Nichols DH, Schiff I: Indications for hysterectomy. N Engl J Med 328:856-860, 1993.
- Chuong CJ, Brenner PF. Management of abnormal uterine bleeding. Am J Obstet Gynecol 1996;175(3 pt 2):787-92.
- Franks S. Polycystic ovary syndrome. N Engl J Med 1995;333:853-61 [Published erratum in N Engl J Med 1995;333:1435].
- Grimes DA. Diagnostic dilation and curettage: a reappraisal. Am J Obstet Gynecol 1982;142:1-6.
- Indman PD: Abnormal uterine bleeding: Accuracy of vaginal probe ultrasound in predicting abnormal hysteroscopic findings. J Reprod Med 40:545-548, 1995.
- Langer RD, Pierce JJ, O'Hanlan KA, Johnson SR, Espeland MA, Trabala JF, et al. Transvaginal ultrasonography compared with endometrial biopsy for the detection of endometrial disease. N Engl J Med 1997;337:1792-8.
- Shwayder James M. Pathophysiology of abnormal uterine bleeding Obstetrics and Gynecology Clinics Volume 27 • Number 2 • June 2000.
- Speroff L, Glass RH, Kase NG, eds. Dysfunctional uterine bleeding. In: Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994:531-46.
- Rimsza Mary E. Dysfunctional Uterine Bleeding Pediatrics in Review Volume 23 • Number 7 • July 2002
- Ultrasound Obstet Gynecol 2001;17:145-9. DeVore GR, Owens O, Kase N: Use of intravenous premarin in the treatment of dysfunctional uterine bleeding: A double-blind randomized control study. J Obstet Gynecol 59:258-291, 1982.
- Campeau L. Grading of angina pectoris. Circulation 1976; 54; 522-523 (<http://www.azprensa.com/SCORE/c9.pdf>).
- Clarke A, Black N, Rowe P. et al, Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease: a prospective cohort study Br J Obstet Gynaecol 102:611 – 620, 1995.





DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN

Ligia Lima/