



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 173-2022-DG-HVLH/MINSA

Magdalena del Mar, 09 de Noviembre de 2022

Vistos: el expediente N° 2200003001, que contiene la Nota Informativa N°169-2022-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y, por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

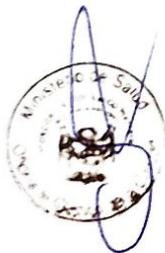
Que, la atención de la salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que se sustentan en criterios médico científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer el acto médico, la calidad de atención de la salud y el uso adecuado de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, numeral d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia;

Que, mediante documento del Visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera, la "Guía de Práctica Clínica de Traumatismo Abdominal Cerrado" y "Guía de Práctica Clínica Esguince de Tobillo en Adultos", las cuales fueron elaboradas por el departamento Médico Complementario; con la finalidad de contribuir al diagnóstico y a la toma de decisiones ante un traumatismo abdominal cerrado y contribuir al diagnóstico y tratamiento del esguince de tobillo, en el Hospital Víctor Larco Herrera;



Que, mediante Nota Informativa N° 112-2022-OEPE-HVLH/MINSA, emitida por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, que hace suyo el Informe N° 083-2022-UFPOP-OEPE-HVLH/MINSA efectuado por la Unidad Funcional de Planeamiento, Organización y Proyectos, a su cargo; donde indica que los documentos normativos titulados: "Guía de Práctica Clínica de Traumatismo Abdominal Cerrado" y "Guía de Práctica Clínica Esguince de Tobillo en Adultos", cumplen con lo regulado por la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", aprobada por Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA y a la estructura indicada en el numeral 6.1 Estructura de los documentos normativos, que corresponde a lo precisado en el literal 6.1.3 Guía Técnica, señalado en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud " aprobado por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA.

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto resolutivo;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe del Departamento de Apoyo Médico Complementario, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, y del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR los documentos normativos titulados:

- **"GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO"** del Hospital Víctor Larco Herrera; que en documento adjunto a folios nueve (9) forma parte integrante de la presente Resolución.
- **"GUIA DE PRACTICA CLINICA ESGUINCE DE TOBILLO EN ADULTOS"** del Hospital Víctor Larco Herrera; que en documento adjunto a folios siete (7) forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- DISPONER, que la Oficina de Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital "Víctor Larco Herrera" (www.larcoherrera.gob.pe)

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

Méd. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
CMP 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/JRCR/JSJA/MYRV/aesg.

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Departamento de Hospitalización
- Archivo

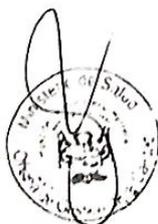
HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA

DEPARTAMENTO DE APOYO MEDICO
COMPLEMENTARIO



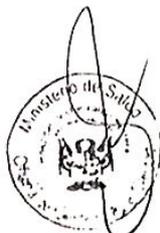
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA TRAUMATISMO
ABDOMINAL CERRADO

2022



ÍNDICE

I.- FINALIDAD	3
II. OBJETIVO	3
III. AMBITO DE APLICACIÓN	3
IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	3
4.1 NOMBRE Y CÓDIGO.....	3
V. CONSIDERACIONES GENERALES	3
5.1 DEFINICIÓN	3
5.2 ETIOLOGIA	3
5.3 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS	3
VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS	4
6.1 CUADRO CLINICO	4
6.2 DIAGNÓSTICO	4
6.3 MANEJO INICIAL Y EXAMEN FISICO ³	5
6.4 EXAMENES AUXILIARES DE AYUDA DIAGNOSTICA.....	6
6.4.1 Laboratorio	6
6.4.2 Radiología	7
6.5 TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL TRAUMA ABDOMINAL.....	8
6.6 FLUJOGRAMA DE TRAUMA ABDOMINAL CERRADO.....	8
VII BIBLIOGRAFÍA	9



I.- FINALIDAD

Contribuir al diagnóstico y a la toma de decisiones ante un traumatismo abdominal cerrado.

II. OBJETIVO

Estandarizar el manejo del traumatismo abdominal cerrado, mediante un diagnóstico oportuno y preciso

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La guía técnica tiene como ámbito de aplicación el Hospital Víctor Larco Herrera.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

Traumatismo abdominal cerrado en adultos.

Lesión que sufre el abdomen siendo susceptible a contusiones que compromete la pared y su contenido (vísceras sólidas y/o hueca).

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

Es una agresión sobre la pared abdominal en donde intervienen fuerzas de compresión, deformación, estiramiento y corte, estando la magnitud de estas fuerzas en relación directa con la masa de los objetos involucrados, su aceleración y desaceleración y su dirección relativa durante el impacto. ¹

5.2 ETIOLOGIA

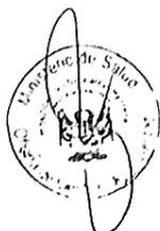
El daño ocurre cuando las fuerzas exceden a las fuerzas cohesivas de los tejidos y órganos involucrados.

En el trauma contuso en general, los órganos más lesionados son: el hígado, bazo, mesenterio y riñón.

La severidad se puede estimar si uno conoce la fuerza y dirección del impacto, al igual que el tamaño del área de contacto en el paciente.

5.3 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Los traumatismos son la principal causa en las muertes en las primeras 4 décadas de la vida. Los mecanismos más frecuentes para tener presente son los accidentes de tránsito (alrededor



del 50%) y en menor medida están las caídas de altura, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca y aplastamiento.

La mortalidad por traumatismos es significativamente mayor en los hombres.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

Lesiones Contusas

Puede deberse a efectos compresivos, desaceleraciones o aplastamientos. En este tipo de lesiones no se afecta la continuidad de la pared abdominal y la frecuencia de los órganos lesionados es para el: Bazo entre 30 a 60%, hígado 40-50%, riñón 15-20%.

6.2 DIAGNÓSTICO

Es importante tener en cuenta que el examen abdominal no indica de forma fiable la gravedad de una lesión abdominal. El dolor es un parámetro crucial de evaluación ya que si este aumenta gradualmente o aparecen otros signos clínicos que sugieren un deterioro, se debe sospechar de una complicación tardía.

6.2.1 En pacientes hemodinámicamente estables, que no tienen indicación de laparotomía, se les debe tener en observación con el monitoreo de las funciones vitales, los niveles de hematocrito seriado, así como en un primer momento de las amilasas séricas. Las tasas de éxito para el manejo no operatorio son aproximadamente del 92%, esto para las lesiones grado 1 y 2.

*Clasificación y alcance de lesiones de hígado y bazo

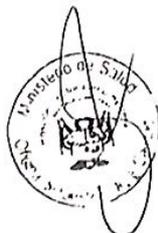
- Grado 1: Hematoma subcapsular < 10% de la superficie.

Laceración < 1 cmt de profundidad.

- Grado 2: Hematoma subcapsular que compromete del 10 al 50% de la superficie, hematoma intraparenquimatoso < 10 cmt. Laceración de 1- 3 cmt de profundidad y < 10 cmt de largo.

6.2.2 Las laceraciones sangran de inmediato y en el caso de una hemorragia de bajo grado de órgano sólido o laceración vascular menor incluso de víscera hueca, el sangrado es a menudo de bajo volumen con consecuencias fisiológicas mínimas. Las lesiones más graves pueden causar hemorragia masiva conllevando a shock, acidosis y coagulopatía lo cual es mandatorio de intervención quirúrgica.

6.2.3 Los hematomas típicamente se resuelven espontáneamente durante varios días a meses, dependiendo del tamaño y la ubicación. Los hematomas esplénicos y con menor frecuencia los hepáticos pueden romperse, por lo general en los primeros días después de la lesión y en ocasiones causando hemorragia tardía significativa.



6.2.4 Debido a que muchas lesiones intra-abdominales cierran sin tratamiento específico, el objetivo principal del médico es identificar lesiones que requieren intervención, como son los casos de:

- ° Trauma abdominal cerrado con hipotensión.
- ° Evisceración
- ° Inestabilidad hemodinámica
- ° Peritonitis.
- ° Aire libre, aire retroperitoneal o ruptura del diafragma.

6.2.5 Los pacientes de bajo riesgo, pueden ser dados de alta o ser observados brevemente sin ninguna prueba que no sea la inspección visual de la orina en búsqueda de sangre abundante. Estos pacientes generalmente tienen un traumatismo no penetrante, están con el sensorio normal y sin sensibilidad o signos peritoneales. Deben ser instruidos de regresar inmediato si el dolor empeora. Los pacientes de arma blanca aisladas en la pared abdominal, que no han penetrado la fascia, también siguen este manejo.

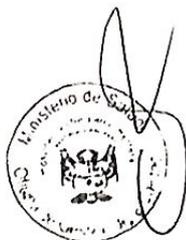
6.2.6 En los pacientes estables que se encuentran en observación (en UCE del hospital HVLH) deben permanecer por 24 a 48 horas bajo control de signos vitales y hematocritos seriados. Su actividad y dieta se avanza en la medida de lo tolerado. Al alta se le instruye para restringir la actividad durante un mínimo de 6 a 8 semanas.

6.2.7 El valor elevado o persistente de las amilasas, requiere reevaluación rápida del páncreas y de otras vísceras abdominales. ²

6.3 MANEJO INICIAL Y EXAMEN FISICO ³

Es importante tener en cuenta que para todo tipo de trauma el primer paso es identificar y manejar las lesiones que ponen en peligro la vida, en la forma siguiente:

- A. Vía aérea (incluye control de la columna cervical)
- B. Ventilación
- C. Circulación
- D. Déficit neurológico(buscar)
- E. Examen completo del paciente



EXAMEN FISICO

INSPECCION

El examen de la pared abdominal en forma integral (anterior, flancos y posterior), así como la parte inferior del tórax, región glútea y perineal. Inspeccionar si existen hematomas, contusiones, laceraciones y/o heridas penetrantes, evisceración.

AUSCULTACIÓN

La ausencia de ruido intestinal puede ser señal de íleo o irritación peritoneal temprana, debido a bilis, orina, contenido intestinal, sangre, ó una víscera hueca rota.

PALPACIÓN

Determinar dolorabilidad y buscar signos precoces de irritación peritoneal, tumoraciones y defensa muscular. Es primordial reconocer que la ausencia de dolor abdominal en el examen físico no descarta la presencia de lesión intraabdominal importante. Pacientes con lesión visceral presentan hipersensibilidad abdominal local o generalizada en hasta un 90% de los casos.

La exploración rectal: permite averiguar sobre todo la presencia de sangre rutilante u oculta, lo cual determina compromiso del tracto digestivo.

La exploración vaginal: permite explorar la pelvis y determinar lesiones de pared (fracturas pélvicas)

PERCUSIÓN

Determinar si hay matidez o Hipersonoridad.

6.4 EXAMENES AUXILIARES DE AYUDA DIAGNOSTICA

6.4.1 Laboratorio

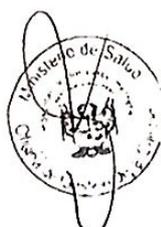
Hematocrito, hemoglobina, Thévenon en orina, amilasas séricas.

Un análisis del hematocrito mide la proporción de glóbulos rojos en la sangre.

Un hematocrito menor a 30% aumenta la probabilidad de lesión intraabdominal, en el contexto de un traumatismo abdominal cerrado. La anemia se debe interpretar en el contexto clínico, incluido el grado de hemorragia y el tiempo transcurrido desde la lesión y el volumen de soluciones parenterales administrado.

Asumir un hematocrito normal en pacientes con traumatismo agudo e hipotensión que pudiese existir una hemorragia interna.

Es prudente realizar un estudio microscópico de orina. Una hematuria microscópica (mayor de 25 eritrocitos por campo) aumenta la probabilidad de una lesión intra-abdominal importante.



Un recuento de glóbulos blancos es inespecífico y de poco valor.

Las concentraciones de amilasa y lipasa sérica no pueden excluir una lesión pancreática importante.

6.4.2 Radiología

Radiografía de tórax Para estudiar trauma torácico asociado, así como niveles diafragmáticos.

Radiografía de abdomen simple de pie y de cubito lateral izquierdo.

- Se realizan una vez que se ha estabilizado el paciente.

-Se debe buscar aire libre en cavidad que ocurre en lesiones de vísceras huecas.

- Visualizar o no la imagen del musculo psoas, lo cual ocurre en lesiones con derrame de líquido a cavidad abdominal.

-Permite conocer zonas que pueden hacer sospechar lesiones viscerales concomitantes. Las fracturas de las últimas costillas pueden asociarse a lesiones hepáticas o esplénicas. Las fracturas de la apófisis transversa de las vértebras lumbares pueden acompañarse de trauma renal. Las fracturas y diástasis pelvianas pueden ocasionar lesiones uretrales, vesicales o vasculares.

-El aire retroperitoneal demarcando el borde del psoas, puede ser única manifestación de una ruptura retroperitoneal del duodeno o de las porciones fijas del colon.

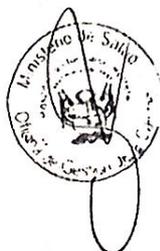
-Con pérdidas menores al 20% de la volemia el paciente puede estar estable desde el ingreso, por tal motivo el examen clínico debe ser cuidadoso, se refiere que entre un 5 a 10% de esta presentación clínica termina en laparotomía.

-Los exámenes físicos nos pueden dar un 16% de falsos (+) y un 20% de falsos (-) de la severidad en cuanto al compromiso abdominal.

-El paciente deteriora cuando existe una pérdida de la volemia entre el 20 al 40% también en una hemorragia oculta no controlada. Estos pacientes son candidatos a una laparotomía.

-El empeoramiento repentino en días después de la lesión se debe sospechar en rotura de hematoma de órgano sólido o perforación de víscera hueca, sobre todo si hay taquicardia con hipotensión.

-Cuando el dolor es constante y empeora gradualmente en el 1er día, se debe sospechar en perforación de víscera hueca, si en los días siguientes aparece fiebre con leucocitosis se debe sospechar en abscesos. ³



TÍTULO.

GUIA TECNICA: GUIA PRÁCTICA CLINICA ESGUINCE DE TOBILLO EN ADULTOS

I.-FINALIDAD

Contribuir al diagnóstico y tratamiento del esguince de tobillo.

II.- OBJETIVO

Estandarizar el manejo del Esguince de Tobillo mediante un diagnóstico y tratamiento oportuno y preciso.

III.- AMBITO DE APLICACIÓN

La guía técnica tiene como ámbito de aplicación el Hospital Víctor Larco Herrera.

IV.- PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO: Esguince de Tobillo en el adulto.

V.- CONSIDERACIONES GENERALES

5.1.- DEFINICIÓN

El esguince de tobillo es un trauma común producido a nivel de la articulación tibio peroneo distal y ocurre cuando se dobla o tuerce el tobillo de una manera extraña. Los ligamentos que soportan están más agrandados de lo normal y suelen estar situados en el exterior. ¹

PREGUNTAS SOBRE EL ESGUINCE DE TOBILLO

- ¿Cuáles son los criterios clínicos que clasifican el esguince de tobillo en función de la gravedad?
- ¿Cuál debe ser el manejo farmacológico adecuado?
- ¿Cuál debe ser la gestión funcional?
- ¿Es la inmovilización funcional más eficiente que la inmovilización en férula?
- ¿Cómo debe ser el seguimiento?

5.2 ETIOLOGÍA

Los esguinces de tobillo (E.T.), son las lesiones más comunes en los ligamentos. El mecanismo más común de lesión es la supinación con una combinación de aducción e inversión del pie en flexión plantar, que puede ocurrir como resultado de una caída, un movimiento inadecuado y un golpe directo.



El propósito de esta guía es unificar un tratamiento para promover la recuperación y la calidad de vida.

El enfoque del tratamiento farmacológico es promover la recuperación funcional mediante el tratamiento del problema inflamatorio. La tendencia a reducir la inmovilización tanto como sea posible es promover la curación adecuada de los ligamentos para prevenir los síntomas restantes (dolor y edema) y las recaídas de inestabilidad crónica a largo plazo. Por lo tanto, la implementación de un manejo adecuado de la rehabilitación temprana puede reducir el tiempo de recuperación y las complicaciones.

5.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Las personas con sobrepeso tienen un mayor riesgo de desarrollar Esguince de Tobillo (E.T)
- Los factores de riesgo más comunes son: personas con procesos neuropáticos, trombosis venosa, uso crónico de antiinflamatorios o anticoagulantes.
- Alrededor del 40% de la E.T. puede desarrollar problemas crónicos como edema residual, dolor, rigidez, inestabilidad crónica.
- Los esguinces de grado I deben ser reevaluados en el 5º día, su solución total es de aprox. 7 días.
- Los esguinces de grado II la parte superior está determinado por la disminución del edema, así como el del dolor y la mejoría para soportar el propio peso. La resolución suele ser de 14 días.²

VI.- CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1.- CUADRO CLÍNICO

Dolor acompañado de deformidad, a veces presente edema en la región del tobillo, con limitación funcional para mover tobillo y dedos del pie.

6.2.- DIAGNÓSTICO

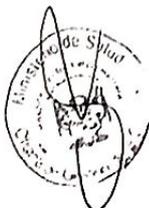
REGLAS DE OTAWA PARA EL ESGUINCE DE TOBILLO

Dolor en la zona maleolar y uno o más de los siguientes:

1. Dolor a la palpación a los 6 cmts. distales del borde posterior de la tibia o la punta del maléolo medial.
2. Dolor a la palpación a 6 cmts. distales del borde posterior del peroné o de la punta lateral del peroné.
3. Incapacidad para soportar el propio peso (dar 4 pasos sin ayuda) inmediatamente después del trauma.³

Dolor en la zona media del pie y uno o más de los siguientes datos:

1. Dolor a la palpación de la base del metatarsiano.
2. Dolor a la palpación del hueso navicular.
3. Incapacidad para soportar el propio peso (hacer 4 pasos sin ayuda) después del tratamiento.³



CLASIFICACIÓN

GRADO I .- Lesión parcial de un ligamento sin pérdida funcional o deterioro leve. Edema inflamatorio leve. No hay inestabilidad mecánica.

GRADO II.- Lesión parcial de un ligamento. Dolor más edema moderado. Edema y limitación parcial de la función y el movimiento. Algunas fibras del ligamento están parcialmente desgarradas.

GRADO III.- Lesión completa (fractura) y pérdida de la integridad del ligamento. Edema severo. Pérdida de función y movimiento.

GRADO IV.- Dislocación de la articulación.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

Radiografía en dos posiciones; anteroposterior, de perfil y la proyección anteroposterior con una rotación interna de 20°

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 TRATAMIENTO

GRADO I y II

Descanso con elevación de extremidad y el apoyo progresivo al 2°o 3er día.

Hielo local cada 4 a 6 horas por 20 minutos y AINES durante 72 horas.

GRADO II

Reposo con elevación de extremidad durante 3 días y luego apoyo progresivo.

Hielo cada 4 a 6 horas por 20 minutos y AINES por 72 horas.

GRADO III

Inmovilización con férula de yeso posterior, luego vendajes y rehabilitación temprana.

El manejo integral de la fase aguda debe centrarse en el manejo del dolor y la reducción del edema, para comenzar rápidamente con la movilización y que también se puede asociar a fisioterapia. El objetivo es la disminución del proceso inflamatorio. El ligamento afectado generalmente es el lateral externo, el fascículo anterior que se produjo debido a la inversión forzada del pie. ²

6.5 CRITERIOS DE REFERENCIA

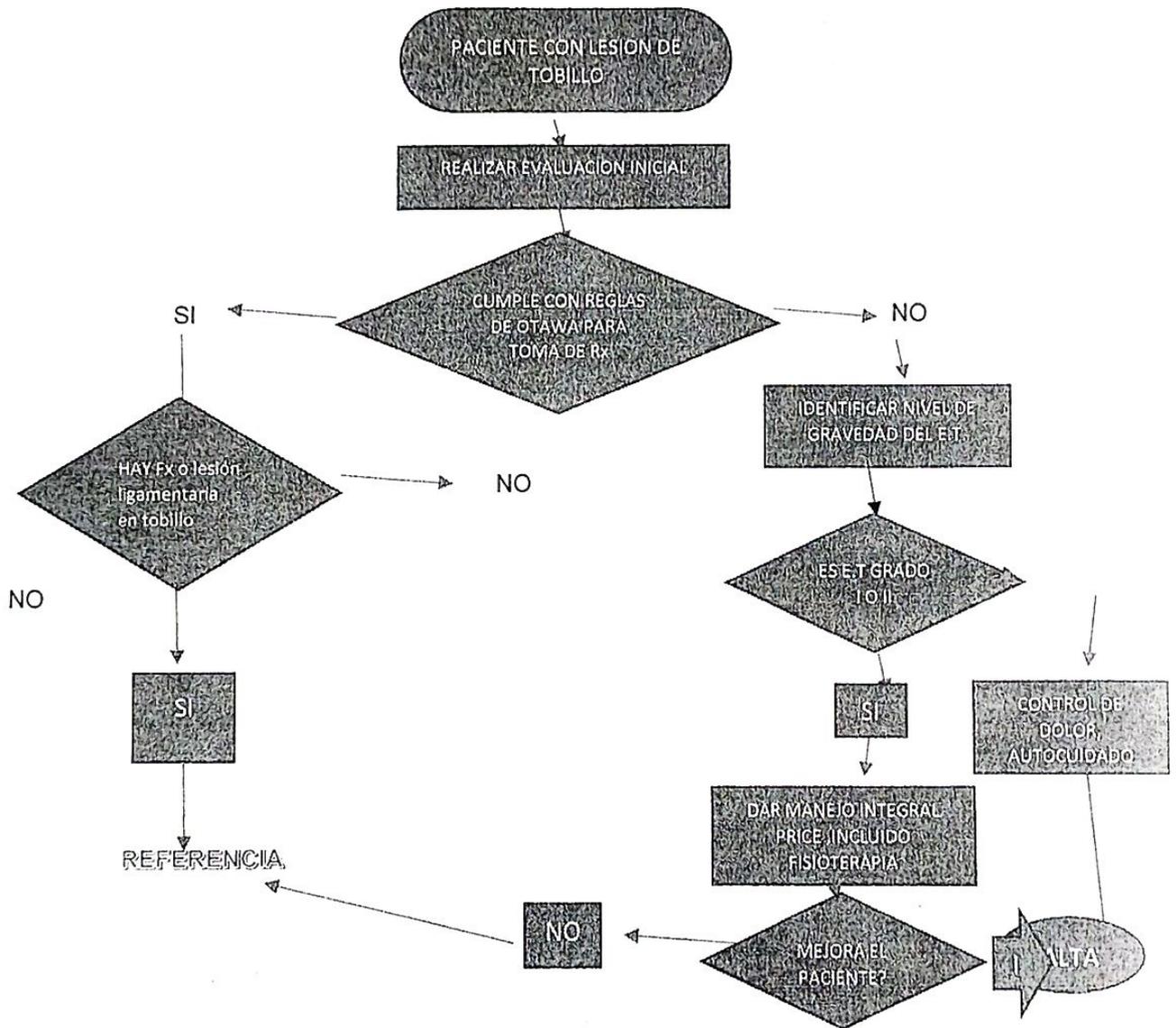
- 1.- Fracturas
- 2.- Dislocaciones.
- 3.- Compromiso neuromuscular (cianosis, dolor intenso que no da paso al tratamiento, ausencia de pulso pedicular y tibial posterior)



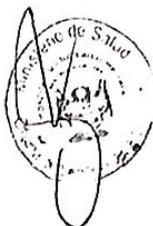
- 4.- Rotura tendinosa de la subluxación.
- 5.- Heridas articulares penetrantes
- 6.- Lesión por sindesmosis.

6.6 FLUXOGRAMA

DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL ESGUINCE DE TOBILLO EN FASE AGUDA DEL ADULTO.

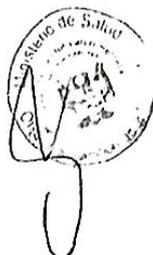


*PRICE: Protección, Reposo, Ice (hielo), Compresión, Elevación.



VII BIBLIOGRAFÍA

1. Cobalia A. Traumatología y Ortopedia Miembro Inferior. . Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. España . Editorial Elsevier.
2. Pérez J, Hernández E, Mazadiego M, Mora R. Guía Clínica para la atención del paciente con esguince de tobillo. Revista Médica del IMSS. 2004. Vol 42 N°5 .
3. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Guía de Práctica clínica Diagnóstico y Manejo del Esguince de Tobillo en la fase Aguda en el Primer nivel de Atención. México. 2013.
4. Vásquez J. Guía de Práctica Clínica del Departamento de Traumatología. Hospital Casimiro Ulloa. Lima . 2013.
5. Swiontkowski M. Manual de Traumatología y Ortopedia. (8ª ED.). Barcelona. LWW. 2021

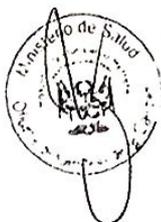
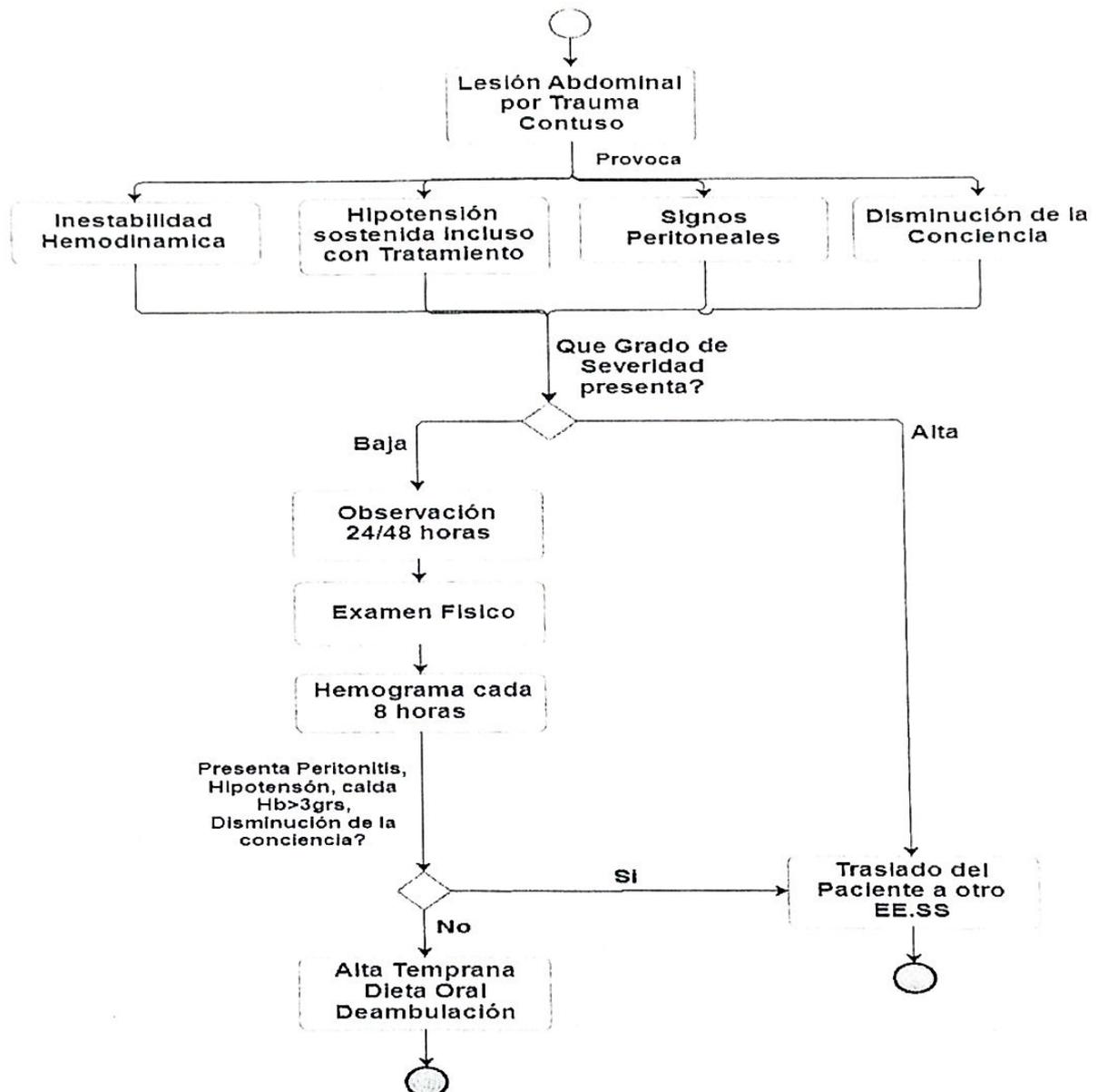


6.5 TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL TRAUMA ABDOMINAL

El fundamental requisito para llevar a cabo un tratamiento conservador es que: el paciente este hemodinámicamente estable y esto se confirma con el control frecuente de los signos vitales y la vigilancia del hematocrito.

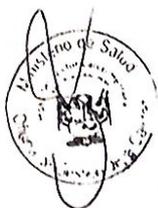
Estudios retrospectivos señalan que, en pacientes politraumatizados observados durante 8 horas, cuyos signos vitales, mediciones de hematocrito y exploración física se mantuvieron estables y dentro de límites normales, se reporta que solo el 0.4% tenía una lesión intraabdominal.

6.6 FLUJOGRAMA DE TRAUMA ABDOMINAL CERRADO



VII BIBLIOGRAFÍA

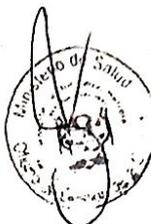
1. Parra-Romero G, Contreras-Cantero G, Orozco-Guinaldo D, et al. Trauma abdominal: experiencia de 4961 casos en el occidente de México . Cir Cir. 2019;87(2):183-189.
2. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del trauma Abdominal. Hospital Casimiro Ulloa 2013.
3. Leenen LP. Abdominal trauma: from operative to nonoperative management. Injury. 2009 Nov;40 Suppl 4:S62-8.
4. Guía de Práctica Clínica. Manejo Multidisciplinario del paciente politraumatizado. AUNA 2019.
5. Parra-Romero G, Contreras-Cantero G, Orozco-Guinaldo D, et al. Trauma abdominal: experiencia de 4961 casos en el occidente de México . Cir Cir. 2019;87(2):183-189.
6. Sabiston. Tratado de Cirugía 20°. Madrid. Elsevier. 2017
7. Schwartz. Principios de Cirugía . 10ª Edición. Madrid. Ed. Interamericana/McGraw-Hill . 2010



HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA
DEPARTAMENTO DE APOYO MEDICO
COMPLEMENTARIO



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA ESGUINCE DE TOBILLO EN
ADULTOS



2022

INDICE

TÍTULO.....	3
I.-FINALIDAD.....	3
II.- OBJETIVO.....	3
III AMBITO DE APLICACIÓN.....	3
IV PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	3
4.1 NOMBRE Y CÓDIGO.....	3
V CONSIDERACIONES GENERALES.....	3
5.1.- DEFINICIÓN.....	3
5.2 ETIOLOGÍA.....	3
5.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.....	4
VI.- CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....	4
6.1.- CUADRO CLÍNICO.....	4
6.2.- DIAGNÓSTICO.....	4
6.3 EXÁMENES AUXILIARES.....	5
6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.....	5
6.4.1 TRATAMIENTO.....	5
6.5 CRITERIOS DE REFERENCIA.....	5
6.6 FLUXOGRAMA.....	6
VII BIBLIOGRAFÍA.....	7

