

Urxencias  
Sanitarias

061

# GUÍAS RÁPIDAS DE CONSULTORÍA TELEFÓNICA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA

# GUÍAS RÁPIDAS DE CONSULTORÍA TELEFÓNICA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

XUNTA  
DE GALICIA

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

Edita: Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

Lugar: A Estrada (Pontevedra)

Año: 2022

Esta publicación fue acreditada por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Semes), cumpliendo con los protocolos y normativas recomendadas, por lo que se acredita como *actividad considerada de interés científico*.

Es un honor para mí poder participar en la presentación de este fantástico trabajo. He tenido el privilegio de haber formado parte como médico, durante años, de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 y he vivido en primera persona la importancia del trabajo dirigido, ordenado y referenciado por guías como la presente.

El grupo de trabajo que, durante veinticinco años, ha elaborado protocolos, guías y otros documentos, con los que el personal del 061 y cualquier otro personal sanitario que se dedique a la atención de urgencias y emergencias sanitarias está familiarizado, consigue con este documento una nueva referencia.

Sin duda alguna, los aspectos fundamentales que proporcionan mayor seguridad al personal sanitario son el conocimiento, la formación y la habilidad en el manejo de protocolos, instrucciones técnicas, algoritmos, recomendaciones y guías clínicas, siendo la clave para lograr un trabajo homogéneo y estructurado.

Estas guías pretenden ser un referente para cualquier profesional sanitario que necesite un documento de consulta que garantice una rápida y adecuada respuesta a la tan difícil labor de la consulta telefónica. Nacen en medio de una pandemia en la que la Covid-19 nos ha obligado a cambiar nuestra forma de vivir y de relacionarnos y cómo no, nuestra forma de atender a los pacientes, cobrando un especial protagonismo la consulta no presencial.

Estas guías están elaboradas por médicos coordinadores y enfermeros de consulta del servicio público gallego de Urgencias y Emergencias 061, profesionales referentes en este tipo de consulta y con una dilatada experiencia profesional. A este grupo se han sumado profesionales del ámbito clínico que completan una obra con garantía de éxito.

José Flores Arias  
Gerente del Servicio Gallego de Salud

Vivimos en una sociedad en la que el progreso continuo del conocimiento influye en todas las áreas de la ciencia, y especialmente en la medicina, causando una repercusión inmediata en cualquier procedimiento sanitario, que se hace extensible desde los protocolos diagnósticos o terapéuticos hasta el dimensionamiento de los recursos asistenciales. Esta realidad exige a todos los profesionales sanitarios un esfuerzo continuo de actualización de conocimientos que garantice la prestación de una atención óptima a todos los pacientes que nos llaman cada día, con el objetivo final de una asistencia sanitaria de calidad y una mejora de los tiempos de atención, tanto en la consulta sanitaria como en la operatividad del personal coordinador.

Este manual constituye una respuesta a esta necesidad, consensuada por médicos especialistas del Servicio Gallego de Salud y por médicos coordinadores y enfermeros de consulta de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 con amplia experiencia en la atención a la demanda sanitaria de nuestra Central de Coordinación. El resultado es, por tanto, consecuencia del esfuerzo y trabajo de todos los sanitarios coordinadores, con el valor añadido de haber unificado respuestas ante demandas similares, permitiendo crear un documento asimilable a una guía de práctica clínica para consultoría sanitaria telefónica.

Las "Guías rápidas de consultoría telefónica médica y de Enfermería" se han estructurado en diecisiete secciones, compuestas por diferentes temas en función de las patologías más atendidas. Cada guía consta de un interrogatorio sanitario telefónico con su correspondiente orientación diagnóstica y una serie de recomendaciones según los síntomas relatados por el alertante, para finalizar, en función de la gravedad valorada, con la respuesta más adecuada a la situación del paciente.

Todo lo anterior convierte a estas guías en un manual de consulta de gran valía no solo para el trabajo diario, sino también para la formación del personal de nueva incorporación e, incluso, para todo el personal sanitario que, en un momento determinado, precise una herramienta de referencia para la toma de decisiones rápidas ante una demanda de consulta sanitaria telefónica. Por todo ello y en representación de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 te animo a su lectura que deseo resulte de utilidad en tu práctica clínica.

Adriana Regueira Pan  
Directora de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

# COORDINACIÓN

Román Gómez Vázquez

Director de Coordinación. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 (FPUSG-061)

## SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Arantza Briegas Arenas

Responsable de Comunicación

Ramón Casal Aldonza

Secretario de Coordinación

Joaquín González Olveira

Secretario de Calidad y Relación con el Usuario

## AUTORES

- María Dolores Alende Fandiño Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Noa M.ª Álvarez Paredes Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Susana Arias Rivas Médico adjunto. Servicio de Neurología. CHUS.
- Aarón Barreiro Mallo Médico adjunto. Servicio de Urología. CHOP.
- Fátima Bea Gracia Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Adriana Ofelia Bello Rodríguez Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Marta Bernárdez Carbón Enfermero asistencial adjunto. FPUSG-061.
- Manuel Bernárdez Otero Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Arantza Briegas Arenas Responsable de Comunicación. FPUSG-061.
- Marisol Caamaño Arcos Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- M.ª Dominga Caamaño Martínez Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- José Ramón Caeiro Rey Médico Jefe. Servicio de Traumatología. CHUS.
- Ana Isabel Calvache González Médico adjunto. Servicio de Cirugía. CHUS.
- Alexia Candocia Recarey Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Valentín Carpena Montero Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- José Víctor Carou Fernández Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Eva Castro Tubio Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Pablo Colinas Pesado Formador. FPUSG-061.
- Francisco Contreras Martín Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Ana M.ª Cuba Orosa Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Amelia Días Sequeira Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Teresa Diéguez García Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Olga Dosil Díaz Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Paula Dopico Lorenzo Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Óscar Estraviz Paz Subdirector Procesos Asistenciales. Área de Enfermería. FPUSG-061.
- José Manuel Fandiño Orgeira Médico coordinador de Urgencias. CHUAC.
- Pablo Ángel Fernández Catalina Jefe de servicio. Endocrinología. CHOP.
- Montserrat Fernández Grandal Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Judith Alicia Ferrero Martínez Médico adjunto. Servicio de Digestivo. CHOP.
- Berta García Sueiras Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Clara Estévez Garrido Médico adjunto. Atención Primaria. Área Sanitaria de A Coruña.
- José Flores Arias Médico. Gerente del Servicio Gallego de Salud.
- Francisco Javier Gamallo Aller Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- M.ª del Carmen García Mahía Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría. CHUAC.
- Silvia García Mosteiro Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- María José Gil Leal Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Armando Manuel Gómez Iglesias Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
- Inés Gómez Otero Médico adjunto. Servicio de Cardiología. CHUS.
- Román Gómez Vázquez Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

- Juan González Bernárdez
  - Gloria González Cristobo
  - Virginia González López
  - Diego González Peña
  - M.ª Encarnación Guzmán Sáez
  - Germán Hawkins González
  - Adán Jorge Pastor
  - Mercedes Paz Viña
  - M.ª Jesús Ladra González
  - Juan López Lazcano
  - Rogelio Manuel Leira Muiño
  - Sofía López Agreda
  - Francisco López Agreda
  - Joaquín Martín Lázaro
  - María del Carmen Marcos Bravo
  - M.ª Dolores Martín Rodríguez
  - Romina Martínez Liñares
  - Mónica Martínez Martínez
  - Ana Martínez Moraña
  - Galo Alberto Martínez Nieto
  - Juan Ramón Meis Fernández
  - Pilar Menéndez Parras
  - Carlos Mirás Bello
  - Valentina Nicolay Eiras
  - M.ª Elena Núñez Esperón
  - Marta Pena Seijo
  - Manuel Pereira Carnero
  - Anxela Pousa Ortega
  - Indhira Miosotis Pérez Medrano
  - M.ª Rosa Parceros Oubiña
  - Mercedes Paz Viña
  - Angel Pichel Loureiro
  - Corsina Prado Pico
  - Jose M.ª Prieto González
  - Jorge Puente Hernández
  - Daniel Rey Aldana
  - M.ª José Rey Rey
  - José Manuel Rey Vieites
  - Jorge Ricoy Gabaldón
  - Paulino Rivadulla Barrientos
  - Javier Riveiro Villanustre
  - Higinio Rodríguez Núñez
  - Antonio Rodríguez Rivera
  - M.ª Jesús Rodríguez Pedreira
  - Manuel Rodríguez Yáñez
  - Leticia Ruanova Abalde
  - Antonio Rodríguez Rivera
  - Ana Salgado Portabales
  - Javier San Martín Lens
  - Paula Sánchez Sobrino
  - Laura M.ª Sebio Lago
  - Carlos Sevillano Torrado
  - Jorge Somoza Digón
  - Ricardo Valdes Bernárdez
  - Carlos Vidal Redondo
- Enfermero de consulta. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Medico adjunto. Servicio de Psiquiatría. Hospital da Costa.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico adjunto. Servicio de Cirugía. CHUS.
  - Médico coordinador adjunto FPUSG-061.
  - Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría CHUS.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico asistencial. FPUSG-061.
  - Médico adjunto. Servicio de Alergología. HULA.
  - Médico adjunto. Servicio de Alergología. CHUVI.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Enfermero de consulta. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Técnica en Epidemiología. Salud Pública. SERGAS.
  - Médico adjunto. Servicio de Digestivo. CHOP.
  - Médico adjunto. Servicio de Ginecología. H. del Salnés.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador. Urgencias. CHUVI.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Jefe de Servicio. Neurología CHUS.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico adjunto. Atención Primaria. A Estrada.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Enfermero. UCI. CHUS.
  - Médico adjunto. Servicio de Neumología. CHUS.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Formador FPUSG-061.
  - Médico adjunto. Servicio de Urología. CHOP.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico adjunto. Servicio de Neurología. CHUS.
  - Enfermera. UCI CHOP.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.
  - Médico adjunto. Servicio de Endocrinología. CHOP.
  - Médico adjunto. Servicio de Ginecología. CHUS.
  - Médico adjunto. Servicio de Oftalmología. H. del Salnés.
  - Médico coordinador adjunto FPUSG-061.
  - Médico Adjunto. Unidad de Cuidados Paliativos. CHUS.
  - Médico adjunto. Servicio de Otorrinolaringología CHUS.

## ABREVIATURAS

AAS	Ácido acetilsalicílico
ABC	Vía aérea, ventilación y circulación
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
ACO	Anticoagulantes orales
Admon	Administración
ADO	Antidiabéticos orales
AE	Angioedema
AEH	Angioedema hereditario
AF	Antecedentes familiares
AHE	Angioedema hereditario
AINE	Antiinflamatorios no esteroideos
Alt	Alteración
AM	Ambulancia medicalizada
ANHE	Angioedema no hereditario
ANOV	Anovulatorios
AP	Antecedentes personales
AR	Artritis reumatoide
ARA-II	Antagonistas de los receptores de la angiotensina II
ATM	Articulación temporomandibular
BCO	Bronquitis crónica obstructiva
BEG	Buen estado general
BQ	Bradicardia
BT	Bronquiectasias
BZD	Benzodiazepinas
CAE	Conducto auditivo externo
CCR	Cáncer colorrectal
CCUS-061	Central de Coordinación de Urgencias Sanitarias 061
CO	Monóxido de carbono
COF	Centro de orientación familiar
cm	Centímetro
CS	Centro de salud
CSE	Cuadrante superior externo
d	Día
DLP	Dislipemia
DM	Diabetes mellitus
DPN	Disnea paroxística nocturna
EAP	Edema agudo de pulmon
EII	Enfermedad inflamatoria intestina
EM	Esclerosis múltiple
EPI	Enfermedad pélvica inflamatoria
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ERGE	Enfermedad por reflujo gastroesofágico



ETS	Enfermedad de transmisión sexual
FC	Frecuencia cardíaca
FID	Fosa ilíaca derecha
FII	Fosa ilíaca izquierda
FOP	Fuerzas del Orden Público
FRCV	Factor de riesgo cardiovascular
Frec	Frecuentemente
FUR	Fecha de la última regla
g	gramo
GEA	Gastroenteritis aguda
GI	Gastrointestinal
GN	Glomérulonefritis aguda
GPAC	Gestaciones, partos, abortos, cesareas
h	Hora
HAC	Horario de atención continuada
HADO	Hospitalización a domicilio
HAO	Horario de atención ordinaria
HC	Hidratos de carbono
HIC	Hipertensión craneal
HPB	Hipertrofia prostática benigna
HSA	Hemorragia subaracnoidea
HTA	Hipertensión arterial
HTIC	Hipertensión intracraneal
IAM	Infarto agudo de miocardio
IBP	Inhibidor de la bomba de protones
IC	Insuficiencia cardíaca
ICC	Insuficiencia cardiaca congestiva
IECA	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
Intox	Intoxicación gravea
IR	Insuficiencia renal
IRC	Insuficiencia renal crónica
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
ITU	Infección del tracto urinario
IV	Insuficiencia venosa
IVAS	Infección de vías aéreas inferiores
IVC	Insuficiencia venosa crónica
l	litros
ISRS	Inhibidores de la serotonina
LES	Lupus eritematosos sistémico
MAP	Médico de atención primaria
Máx	Máximo
MEG	Mal estado general
mg	miligramos
min	minutos

MMII	miembros inferiores
MMSS	miembros superiores
Neo	Neoplasia
NTA	Necrosis tubular aguda
NTG	Nitroglicerina
OMA	Otitis media aguda
ORL	Otorrinolagigológica
PAC	Punto de atención continuada
PA	Presión arterial
PAS	Presión arterial sistólica
pat	Patología
PEG	Sonda de gastrostomía percutánea
PLS	Posición lateral de seguridad
OE	Oído externo
QT	Quimioterapia
RCP	Reanimación cardiopulmonar
RGE	Reflujo gastroesofágico
RT	Radioterapia
Rx	Radiografía
S	Síndrome
sc	Subcutáneo
SCA	Síndrome coronario agudo
SF	Suero fisiológico
sg	según peso
SNC	Sistema nervioso central
SNG	Sonda nasogástrica
SNY/D	Sonda nasoyeyunal/doudenal
sl	Sublingual
SOP	Síndrome de ovario poliquístico
s/p	Según pauta
TCE	Traumatismo craneoencefálico
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TQ	Taquicardia
TSV	Taquicardia supraventricular
Tto	Tratamiento
TVP	Trombosis venosa profunda
OMA	Otitis media aguda
P	Prioridad
PAS	Presión arterial sistólica
PLS	Posición lateral de seguridad
PTI	Purpura trombótica idiopática.
PTT	Purpura trombótica trombocitopenica
QT	Quimioterapia

T°	Temperatura
TCE	traumatismo craneoencefálico
TB	Tuberculosis
TQ	Taquicardia
TVP	Trombosis venosa profunda
VA	Vía aérea
VAS	Vía aérea superior
VAI	Vías aéreas inferiores
VD	Visita domiciliaria
VPP	Vértigo posicional paroxístico
vo	Vía oral
<	Menor que
>	Mayor que

# ÍNDICE

## **1** La comunicación

- La comunicación y sus variables
- Componentes de la comunicación clínica telefónica
- Interrogatorio clínico telefónico

## **2** Aparato cardiocirculatorio

- Dolor torácico
- Palpitaciones
- Síncope
- Parada cardiorrespiratoria

## **3** Piel y faneras

- Lesiones dermatológicas
- Urticaria
- Edema cutáneo

## **4** Aparato Digestivo

- Diarrea
- Dispepsia
- Dolor abdominal
- Dolor bucodental
- Estreñimiento
- Hematemesis
- Hipo
- Sangrado rectal
- Náuseas-Vómitos

## **5** Aparato Endocrino

- Hiperglucemia
- Hipoglucemia
- Errores con administración de insulina

## **6** Factores externos

- Mordeduras/ Picaduras
- Quemaduras

## **7** Farmacología

- Fármacos en el embarazo y la lactancia
- Fármacos más usados en Pediatría
- Fármacos en la diabetes mellitus

## **8** Aparato genital femenino y mamas

- Amenorrea

- Anticoncepción hormonal de urgencia
- Hemorragia genital
- Hemorragia gestacional
- Mama
- Metrorragia
- Parto
- Síntomas mamarios en mujer lactante

## 9 Aparato respiratorio

- Disnea
- Hemoptisis
- Tos

## 10 Sistema nervioso

- Cefalea
- Coma-estupor
- Ictus

## 11 Patología oftalmológica y anejos

- Lesiones oftalmológicas
- Lesiones palpebrales

## 12 Aparato auditivo

- Epístaxis
- Mareo y vértigo
- Otagia

## 13 Problemas psicológicos

- Alteraciones de la conducta
- Alteraciones del sueño
- Ideación suicida
- Traslado involuntario

## 14 Aparato locomotor

- Accidente/Lesión domiciliaria
- Dolor de espalda
- Dolor de miembro inferior
- Dolor de miembro superior

## 15 Aparato urinario y genital masculino

- Síndrome miccional
- Síndrome escrotal agudo
- Hematuria
- Oligoanuria

## 16 Problemas generales

- Atragantamiento resuelto
- Éxitus esperado
- Fiebre
- Síntomas mal definidos

# 1. LA COMUNICACIÓN

## Introducción

Las habilidades comunicativas del médico coordinador tienen dos bases fundamentales:

- La capacidad de obtener información necesaria para la toma de decisiones.
- La habilidad de negociar respuestas no coincidentes con lo solicitado que garantice la satisfacción del usuario y su fidelización a la organización.

Dicha comunicación sigue, si bien de forma un tanto especial, el esquema de la historia clínica que se realiza en la habitación de un hospital o en una consulta de Atención Primaria, pero de forma mucho más escueta, ya que es un sistema de emergencias que requiere una toma de decisión ágil y una liberación rápida de la línea para que puedan entrar todos los usuarios.

## Variables que influyen en la comunicación médica/enfermería telefónica en una CCUS

- 1. Desconocimiento del sistema:** la presencia en la calle de ambulancias con sus logotipos es lo que identifica la ciudadanía y no así la existencia de un desconocido centro coordinador.
- 2. Desconocimiento personal:** la comunicación es más eficaz cuando los dos interlocutores se conocen.
- 3. Elevada ansiedad:** cuando se solicita ayuda se hace, generalmente, en un contexto ansioso y ante una situación que no se es capaz de controlar.
- 4. Incomunicación asociada a la conversación telefónica:** existen barreras que la condicionan:
  - Físicas: ruido ambiental, transmisión distorsionada, etc.
  - Psíquico-intelectivas propias del alertante: prisa, prejuicios de experiencias anteriores, nivel intelectual, idioma, etc.
- 5. Objetivos ocultos:** El mensaje transmitido por el alertante no siempre coincide con la realidad de lo que le preocupa o de lo que sucede. Llamadas reiteradas no sólo son características de patología funcional, sino que pueden ser alertas de problemas sociofamiliares.
- 6. Sesgos de médico/enfermero consultor:** el estado anímico, el cansancio o la existencia de situaciones epidémicas, entre otras, favorecen sesgos al valorar la gravedad de que estamos analizando.
- 7. Sesgo de bienestar:** en contextos de epidemia gripal no es raro banalizar los cuadros febriles y contemplarlos como un nuevo caso de gripe.
- 8. Sesgo de enfermedad:** contemplar como dolor isquémico todo dolor torácico tras una experiencia negativa en ese apartado.
- 9. Sesgos del alertante:** su objetivo prioritario es obtener asistencia sanitaria para él o para otro paciente, pero la comunicación se verá condicionada por el grado de preocupación por el enfermo, ansiedad, exigencia de un recurso determinado, etc.
- 10. Localización del incidente:** la ubicación del incidente condiciona la interrelación médico-alertante, tanto en el apartado técnico con las posibles trabas que pueden asociarse al empleo de la telefonía móvil, como con la cantidad y calidad de la información aportada por el comunicante.

# COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

## Introducción

El abordaje de la llamada en su aspecto psíquico y físico (acceso al ordenador, postura, cansancio, disponibilidad de medios necesarios, etc.) debe ser preparado de forma metódica.

Para una adecuada comunicación, a la hora de atender cada llamada, hemos de tener en cuenta los componentes de la comunicación médica/enfermería de consultoría telefónica.

### Componentes de la comunicación médica/enfermería telefónica aplicada a la entrevista

- 1. Sonrisa:** abordar la conversación telefónica con gesto sonriente garantiza una comunicación positiva.
- 2. Voz:** es el envoltorio del mensaje que aporta confianza y tranquilidad. Hay que distinguir:
- 3. Entonación:** resulta importante modificar el tono de voz a lo largo de la conversación, ya que un tono monocorde provoca desconfianza y una sensación de desinterés percibida por el interlocutor. En una conversación normal, no conflictiva, se pueden emplear las siguientes entonaciones
  - Presentación y acogida ..... Tono cálido
  - Sondeo de necesidades ..... Tono seguro
  - Interrogatorio dirigido ..... Tono seguro
  - Comunicación de respuesta ..... Tono sugerente
  - Despedida ..... Tono cálido
- 4. Elocución:** el ritmo de conversación debe ser más lento de lo habitual. La frecuencia idónea es de unas 140 palabras/minuto, evitando un ritmo rápido, que pueda ser interpretado como urgencia para cortar la comunicación, o bien un ritmo excesivamente lento que logre impacientar al alertante.
- 5. Articulación:** el mensaje ha de ser comprensible para el alertante. Es esencial una correcta articulación de las palabras, sobre todo cuando se pauta o prescribe medicación.
- 6. Lenguaje:** el lenguaje ha de ser claro, conciso, evitando terminología médica, empleando frases cortas y de carácter positivo, eludiendo comentarios negativos, recriminatorios o agresivos. Hemos de intentar adaptar nuestro lenguaje al nivel de conocimientos del alertante.
- 7. Silencios:** entre las palabras, antes o después de ellas, hay silencios y éstos tienen un significado. Tienen mucho poder y es importante saber gestionarlos. Si el médico y el alertante quieren hablar y ninguno de ellos tiene la aptitud del silencio, no hay escucha por lo cual resulta difícil la comunicación o la resolución de un conflicto. También resulta importante la habilidad para romper los silencios, incluso tocando algún tema no sanitario.
- 8. Escucha activa:** oír no es sinónimo de escuchar. No es oír al alertante, es estar totalmente concentrado en el mensaje que nos trasmite, escuchar con atención al paciente de forma que perciba que se ha estado atento a la información que nos aporta (ya que en una Central de Coordinación de Emergencias, se trabaja fundamentalmente con información) y que perciba que hemos estado muy atentos a su discurso, que tenemos un interés real en aportar una solución a sus necesidades en cuanto al consejo médico como a la respuesta que el sistema sanitario le puede ofrecer.
- 9. Empatía:** significa que tenemos la capacidad para ponernos en el lugar del alertante, comprender lo que le está sucediendo o el motivo de su urgencia, permitiéndonos resolver en muchas ocasiones un conflicto. No nacemos siendo empáticos, sino que es una habilidad que forma parte de nuestro desarrollo emocional, social y laboral. Deben desarrollarse técnicas que hagan que el alertante o el paciente perciba que al intercomunicación con el médico sea empática.



# INTERROGATORIO CLÍNICO TELEFÓNICO

## Introducción

El interrogatorio médico telefónico está dirigido a descubrir los antecedentes y los datos clínicos pertinentes (priorizando la valoración de la urgencia), que permitan al facultativo evaluar la situación y dar la respuesta más eficiente a la situación clínica que nos plantean.

## Abordaje del interrogatorio clínico telefónico

- 1. Presentación y acogida:** contemplar cada llamada como la primera que se asume en ese turno de trabajo. Tener en cuenta que el alertante ha relatado su problema, como mínimo, a otro profesional (teleoperador) y en el caso de que la llamada provenga de otra plataforma de recepción de llamadas de emergencia (112), el médico coordinador es la tercera persona con la que el alertante habla. La eficacia en la comunicación mejora si en la presentación el médico se identifica personalmente (Buenos días soy el Dr/Dra...) repitiendo lo que ya conoce del caso. La ansiedad del interlocutor disminuye al conocer que está al habla con quien va a tomar la decisión sobre el problema que le preocupa.
- 2. Sondeo de necesidades:** tras la presentación, realizar una pregunta abierta del tipo: ¿En qué le puedo ayudar?, que busca tres objetivos:
  1. Permite que el alertante aporte información sobre el motivo de la llamada.
  2. Consigue que disminuya su ansiedad, (se le permite expresar de forma libre, sin respuestas cerradas, lo que le preocupa).
  3. El relato abierto sin restricciones y con las expresiones propias del alertante permite al médico coordinador realizar una valoración global de su fiabilidad.

Posponer a momentos posteriores de la conversación el empleo de preguntas cerradas, enfocadas a conocer determinados aspectos clínicos o de otro tipo; no obstante, se pueden emplear en este primer sondeo cuando nos encontremos ante una urgencia vital o funcional, cuyo abordaje asistencial precise la toma rápida de decisiones. Cuando el relato del alertante haya finalizado, o cuando empiece a repetir datos o argumentos, pasar a la siguiente fase del interrogatorio, en la que se incluirán preguntas cerradas, en búsqueda de la información necesaria para la valoración del caso.

Indagar acerca de los antecedentes personales, medicaciones habituales, etc. Si resulta difícil centrar el motivo de la llamada o bien cuando se describe una sintomatología abigarrada, (en contextos de pluripatología), centrar la demanda asistencial mediante preguntas del tipo: ¿Qué es lo que más le preocupa?, ¿Cuál es el motivo por el que ha decidido llamar a esta hora?, ¿A qué atribuye los síntomas que me cuenta?

Esta fase del interrogatorio no debe ser prolongada (no pretender realizar una anamnesis completa para obtener un diagnóstico). El objetivo básico del médico coordinador es intentar descartar la patología grave y, al mismo tiempo, orientar y aliviar la patología por la que consulta el paciente.
- 3. Decisión de la respuesta:** una vez realizada la valoración del caso, el médico está en condiciones de decidir cuál es la respuesta más adecuada. Respuesta que puede requerir el envío de uno o más recursos, o bien consistir en la resolución de la demanda asistencial por el propio médico coordinador. Debemos asegurarnos de que al alertante le ha quedado clara la respuesta que le hemos dado.
- 4. Despedida:** es importante en cuanto a la imagen de servicio, emplear un tono de voz cálido, similar al de la acogida, que invite al comunicante a ponerse de nuevo en contacto con el 061 si así lo precisa. La elocución debe ser lenta, sin que el alertante perciba que hay cierta celeridad en cortar la comunicación y esperando a que el comunicante haya cortado antes que el profesional.

## 2. APARATO CARDIOCIRCULATORIO

# DOLOR TORÁCICO

## Interrogatorio

- 1. Descartar inconsciencia:** ¿Está consciente? ¿Habla? ¿Abre los ojos?. Si está inconsciente, seguir protocolo específico.
- 2. Evaluar patrón respiratorio:** Le cuesta hablar, se fatiga al moverse, respiración jadeante, tiraje, sibilancias, roncus o estertores. Evaluación indirecta de dificultad respiratoria.
- 3. El inicio del dolor y el tiempo de evolución son relevantes:**
  - Súbito nos hará pensar en disección aórtica, TEP o neumotórax. Si es agudo, en cardiopatía isquémica, pleuritis, osteocondritis.
  - Progresivo, pensaremos en pericarditis, úlcera o esofagitis.
- 4. ¿Dónde es el dolor?**
  - Retroesternal: cardiopatía isquémica, esofagitis.
  - Interescapular: aneurisma aórtico, cardiopatía isquémica.
  - A punta de dedo: osteomuscular, submamario: úlcus gastrointestinal, pancreatitis, biliar.
- 5. Irradiación.** Cardiopatía isquémica: brazos, cuello y mandíbula. Disección aórtica: espalda. Esofagitis: cuello.
- 6. ¿Cómo es el dolor?**
  - Opresivo orienta hacia cardiopatía isquémica.
  - Quemante orienta a esofagitis.
  - En puñalada a pleuritis o pericarditis.
  - Desgarrante a disección aórtica.
  - Pinchazos nos orientan más a cuadros de ansiedad o inespecíficos.
- 7. ¿Le alivia de alguna manera?:** Nitratos: cardiopatía isquémica. Antiácidos: patología ulcerosa. Flexión ventral del cuerpo: pericarditis, colecistitis, pancreatitis.
- 8. ¿Empeora de alguna manera?**
  - Con los movimientos corporales: dolor osteomuscular, pleuritis o pericarditis. A la palpación: osteomuscular, pleuritis, pericarditis. Con la inspiración: pleuritis, pericarditis u osteomuscular. Postprandial: esofagitis, úlcus, cardiopatía isquémica.
- 9. El aspecto del paciente nos puede orientar hacia la gravedad del cuadro.**
  - Un cuadro acompañado de cortejo vegetativo orienta hacia cardiopatía isquémica, disección aórtica o patología de mayor complicación generalmente.
  - La coloración: cianosis, rubicundez facial, palidez. Puede ayudarnos a discernir si se trata de algo respiratorio, ansiedad, etc.
- 10. ¿Le pasó alguna vez, le recuerda a infartos previos, lo achacan a algo?** Antecedentes de cardiopatía isquémica, orienta a patología previa
- 11. ¿Tiene alguna enfermedad?** HTA, DM, DLP, cardiopatías, valvulopatías, cirugías... procesos agudos como virasis, herpes ...
- 12. Tratamientos:** gastrolesivos, hepatotóxicos, anticoagulantes o antiagregantes ...

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Comprobar estado de consciencia. Si inconsciente, seguir algoritmo RCP .
- Si disnea mantener incorporado o sentado, abrir una ventana y retirar ropa que oprima el tórax. Si tienen O2 en el domicilio, indicar su administración según gravedad.
- A la espera del recurso enviado, vigilar la consciencia, la respiración y la agudización del dolor.

### Medidas específicas

Si el dolor sugiere cardiopatía isquémica, se puede indicar nitratos sl hasta en tres ocasiones separados de 5 -10 min, incluso media aspirina masticada.

En caso de patología menor, se pueden indicar analgésicos atendiendo a los AP del paciente.

Si sospechamos ansiedad, comenzar con técnicas de respiración y si tienen ansiolíticos de crisis previas administrar (alprazolam 0,25-0,5 mg, diazepam 2,5-5 mg...).

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"><li>- Alteración estado consciencia</li><li>- Inicio súbito o agudo</li><li>- Opresión o desgarrado</li><li>- Disnea o taquicardia</li><li>- Similar a episodio isquémico previo</li><li>- Retroesternal o interescapular</li><li>- Cortejo vegetativo acompañante.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consciente, sin disnea ni cortejo acompañante</li><li>- Similar a previos, que no mejora con medicación</li><li>- Sensación de quemazón, puñalada o punta de dedo</li><li>- Dolor no filiado</li><li>- Ansiedad que no mejora tras la medicación o con afectación general</li><li>- Pleurítico que empeora con inspiración</li><li>- Carácter osteomuscular sin mejoría con analgesia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vida basal limitada y movilidad reducida con:<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor progresivo, subagudo, sin afectación general</li><li>• Superficial, pinchazos o a punta de dedo</li><li>• Empeora con inspiración.</li><li>• Mejora con antiácidos</li></ul></li></ul>

# PALPITACIONES

## Interrogatorio

1. **¿Cuándo empezaron?** Hace minutos, horas, días.
2. **¿Lo relaciona con esfuerzos? ¿Aparecen en reposo? ¿Durante el descanso nocturno?**
3. **¿Presenta otros síntomas?**
  - Dolor torácico.
  - Opresivo: angor hemodinámico, pasar a protocolo de dolor torácico.
  - Punzante: ansiedad.
  - Cortejo vegetativo: mal tolerada, pensar en cardiopatía isquémica, taquicardia ventricular, TSV, FA, flutter.
  - Dificultad respiratoria: podemos estar ante un TEP si es de forma súbita, un fallo cardíaco en contexto de arritmia con respuesta rápida (FA, TSV, flutter).
  - Fiebre, sospecha de algún proceso infeccioso: (tos, expectoración,..). La fiebre suele acompañarse de un aumento del ritmo cardíaco.
  - Mareo: pudiendo ser la causa de las palpitaciones un simple vértigo o malestar.
  - Ha vivido algún acontecimiento estresante previo que pueda desencadenarlo: ansiedad.
4. **¿Padece del alguna enfermedad -AP-?** Arritmia o cardiopatía conocida. Anemia, problemas electrolíticos, diuréticos, tiroides.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Realizar respiraciones profundas y lo más lento posible.
- Intentar mantener la calma.
- Adoptar postura cómoda y relajada hasta nuestra llegada.
- Vigilar si empeora y en caso de pérdida de conocimiento, dolor torácico en aumento, disnea, etc. se le indicará que vuelva a llamar.

### Medidas específicas

- Si tiene una arritmia conocida y tiene una medicación que haya tomado en otros episodios, se puede indicar su administración, asegurándonos de los antecedentes y valorando sus efectos secundarios.
- Si sospechamos ansiedad y el paciente tiene medicación, se puede administrar alprazolam 0,25 mg sl o diazepam de 2,5 o 5 mg. En caso de tener otro tipo de ansiolíticos se valorará de forma individualizada (según dosis habitual, vida media y tolerancia, etc.).
- Si sospechamos una TQ potencialmente grave (mal tolerada), indicar reposo semincorporado, con el tórax descubierto esperando a nuestra llegada.
- Medir la Tª y si el proceso presenta fiebre, recomendaremos paracetamol 1 g/8 h.
- Si está tomando antigripales, podríamos indicar su retirada, ya que en mayores de 50 años pueden provocar TQ.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Taquicardia mal tolerada - Dolor torácico opresivo o mal definido con cortejo acompañante - Disnea - Pérdida de conocimiento	- Sospecha de arritmia de nueva aparición, siendo bien tolerada por el paciente y sin datos de alarma (dolor torácico, mareo, disnea, cortejo vegetativo) - Arritmia conocida con frecuencias altas y repercusión del estado general o datos de alarma - FC por encima de 100 sin causa aparente - Ansiedad que no se controla	- Situaciones de estrés severo que no conseguimos desplazar al paciente o reacción de duelo - Persona mayor con fiebre - Paciente paliativo

# SÍNCOPE

## Interrogatorio

- 1. Valorar estado de conciencia:** ¿Abre los ojos? ¿Respira? Estimular al paciente (llamar, pellizcar).
  - Inconsciente--Seguir algoritmo de RCP.
  - Recuperado-- cuadro presincope o síncope.
- 2. ¿Cómo respira?** Si hay disnea, buscar causas (atragantamiento, TEP, ansiedad).
- 3. ¿Qué estaba haciendo?**
  - Calor, ansiedad, bipedestación prolongada, dolor, habitualmente con pródromos (sudoración, acúfenos, náuseas, vómitos, visión borrosa, BQ o hipotensión). Orienta a síncope neuromediado.
  - Brusco, durante un esfuerzo, palpitations que preceden a la pérdida de conciencia: orienta a síncope cardiogénico.
  - Con la bipedestación, disminución de la PAS, palpitations, sudoración y debilidad. Orienta a síncope ortostático.
  - Tras ingesta alimenticia: orienta a hipotensión postprandial, síncope ortostático.
  - Tras accesos tos, defecación, micción, síndrome seno carotídeo: orienta a síncope neuromediado.
- 4. ¿Convulsión? ¿Relajación de esfínteres?** Orienta a crisis comicial.
  - Síncope: puede iniciarse con un espasmo tónico y relajación de esfínteres.
  - Crisis comicial: convulsión prolongada, recuperación lenta con estado postcrítico.
- 5. ¿Presenta pérdida de fuerza en miembros, desvía comisura, disartria...?** Orienta a ACV.
- 6. ¿Presenta algún otro síntoma?** Dolor torácico, abdominal, disnea, palpitations, etc.: pasar a protocolo específico.
- 7. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-?** DM, cardiopatía, toma de fármacos (diuréticos, digital, hipoglucemiantes, antihipertensivos...). Orienta a patología previa.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Intente despertarlo. Si no ha recuperado la conciencia, compruebe respiración. Si respira, colocarlo en PLS y si no respira, inicie RCP.
- Si convulsiona esperar a que termine y tumbar en PLS, no sujetar al paciente y retirar los objetos con los que pueda golpearse.
- Si ha recuperado la conciencia, tumbe al paciente boca arriba con las piernas elevadas.

### Medidas específicas

- Si dolor torácico o disnea, descubra el tórax y espere a nuestra llegada.
- Si tiene vómitos, inclinarle hacia un lado para evitar el atragantamiento.
- Si el paciente es diabético, medir la glucemia, en caso de  $<60$  mg/dl comience a administrar azúcar.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"><li>- PCR</li><li>- Cardiogénico</li><li>- Disnea intensa</li><li>- Focalidad neurológica, convulsión</li><li>- Hipoglucemia severa</li><li>- Disminución del nivel de conciencia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Síncope recuperado</li><li>- Toma de fármacos</li><li>- Palpitations</li><li>- Dolor abdominal o estreñimiento</li><li>- Tusígeno</li><li>- Cefalea asociada</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Paciente encamado con claro desencadenante o sin recuperación completa</li></ul>

# PARADA CARDIORRESPIRATORIA

## Interrogatorio

1. **¿Está consciente?** ¿Abre los ojos, habla, se mueve?
  - Sí: pasar al protocolo correspondiente.
  - NO: pasaría a la siguiente pregunta.
2. **¿Respira?** Paciente que no respira: pasar a protocolo de PCR.
  - Sí o respira con dificultad: utilizar protocolo correspondiente.
  - NO: pasar a la siguiente pregunta
3. **¿Tiene signos de vida? (valorar la circulación):** movimientos, deglución
  - Sí
  - NO: pasar a la siguiente pregunta
4. **¿Cuánto tiempo lleva así?** Orienta sobre la actitud terapéutica y respuesta desde la CCUS.
  - Segundos, minutos: PCR.
  - Más de 20 min, horas: éxitus.
5. **Valoración del entorno o actividad previa del paciente a la PCR:** domicilio (autólisis, pastillas), bar (intoxicación etílica, drogas, jeringuillas), industria (tóxicos industriales). Humo combustión, motor en marcha (sospecha intox CO), intemperie o ahogamiento (hipotermia). Señales de violencia, armas.
6. **¿Padece de alguna enfermedad -AP-?** La patología previa puede indicar criterios de no iniciar la RCP. Pueden orientar a una causa específica: DM, cardiopatía, broncopatía, hepatopatía, IRC, epilepsia, intentos autolíticos previos o adicciones. Neoplasias u otras enfermedades avanzadas, vida basal previa.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- **Retirar la ropa del tórax del paciente, decúbito supino, superficie dura** (si es posible) e iniciar **RCP**.
- Dejar el **teléfono** del reanimador en **función de altavoz** para realizar la RCP guiada.
- Si el **reanimador no está formado en RCP se indicarán solo COMPRESIONES TORÁCICAS:**
  - Colóquese de rodillas perpendicularmente al tórax del paciente.
  - Coloque el talón de sus manos y una sobre otra en el centro del tórax, y comprima.
  - Con una profundidad de unos **5 cm**. (Se aumentará la profundidad si la superficie no es dura)
  - Entre **100-120/veces/min**. (Vamos contando con el paciente 1,2,3, ....)
  - Con ciclos de compresión descompresión del **50%**.
  - Se le animará periódicamente: ¡Lo está haciendo muy bien!, ¡Continúe hasta que llegue la ambulancia!
- Si el reanimador está formado en RCP, se le indicará administrar 2 ventilaciones de rescate de 1 segundo, en ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones.
- Si hay dos personas, se alternarán cada 2 minutos en las compresiones torácicas.

### Medidas específicas

- Si tiene DESA (gimnasios, aeropuertos...), tan pronto llegue:
  - Encienda el aparato y coloque los parches adhesivos sobre el tórax desnudo del paciente.
  - Continúe las instrucciones que le da el DESA.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado (*)	Derivación telefónica a médico/enfermero consultor	Visita a domicilio
- Todo paciente en PCR en que se inician medidas de RCP - Si AM está ocupada o no es posible, se - enviará ASVB y médico (éste por sus medios si se demora la asistencia). <b>(*) Se movilizará el recurso más próximo con capacidad de desfibrilación</b>	- Para realización de RCP guiada	- PCR no susceptible de RCP compatible con éxitus esperado - PCR con signos evidentes de muerte

## 3. PIEL Y FANERAS

# LESIONES DERMATOLÓGICAS

## Interrogatorio

1. **¿Desde cuándo está así? y ¿Le había ocurrido anteriormente?** Orienta a patología previa.
2. **¿En dónde se localizan las lesiones?**
  - Si son localizadas: orienta a eccemas de contactos, picaduras (pasa a protocolo específico), herpes...
  - Si son generalizadas: sugiere procesos de tipo sistémico.
3. **¿Hay algún factor desencadenante?** Si hay contacto o exposición a alérgenos (dermatitis contacto o urticaria), exposición solar (quemadura solar, fotosensibilidad), exantema viral (en niños sugestivo PTI), ingesta de fármacos (penicilinas, AINE, IECA...)
4. **¿Como son las lesiones?:**
  - Manchas:
    - Difusas: exantemas morbiliformes (sarampión) o escarlatiniforme.
    - Confluentes: púrpuras y petequias palpables o no, tiña, dermatitis de contacto, celulitis, dermatitis atópica...
  - Sobrelevadas:
    - Líquido en su interior: enfermedades vesículo-ampollosas (pénfigo, varicela/zoster, herpes simple).
    - Sin líquido en su interior: enfermedades pápulo-nodulares (verrugas, picaduras, LES, sarcoidosis, urticarias).
    - Ronchas: urticaria (fármacos, alérgenos, físicas...).
    - Descamativas: psoriasis, pitiriasis rosada, tiñas, dermatitis contacto...
    - Úlceras cutáneas: insuficiencia venosa, HTA, DM, encamados, Behcet.
5. **¿Presenta algún síntoma acompañante?**
  - Disnea, mareos, palpitaciones, angioedema: reacción anafiláctica.
  - Prurito: dermatosis crónicas, varicela, enfermedades sistémicas (DM, uremia, linfomas, hipertiroidismo).
  - Fiebre: procesos infecciosos, autoinmunidad, PTT, trastornos SNC, fallo renal...
  - Dolor: herpes zoster, quemaduras...
6. **¿Padece alguna enfermedad -AP-?** Enfermedades dermatológicas previas (reagudizaciones), enfermedades sistémicas (LES, artritis reactivas, vasculitis, DM, IRC, atopia...), alergias conocidas.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Si hay prurito generalizado: aplicar compresas frías durante 30-45 min/preparados de mentol (Sartol® solución) /baños en sales de avena (Mede-baby avena®) /soluciones de urea (Nutraplus4®).
- Si no mejora con las indicaciones anteriores, se puede indicar antihistamínico.
- Para molestias asociadas a exantemas virales, aconsejaremos preferiblemente paracetamol.
- En general, no recomendaremos corticoides tópicos. No obstante, podrían prescribirse si los tiene en el domicilio, los ha utilizado en más ocasiones y sugiere una lesión que justifique su aplicación.

### Medidas específicas

- Quemadura solar: hidratación cutánea y compresas frías para el alivio de síntomas.
- Dermatitis atópica: hidratación de la piel por medio de emolientes. Los corticoides tópicos, después del baño.
- Dermatitis del pañal: cambios de pañal, lavado con agua tibia y jabón suave, aplicación de cremas barrera (pasta al agua, Natusan®, Mustela®...).
- Sospecha de herpes simple: aplicación de crema antiviral (Aciclovir®, Zovirax®...).
- Sospecha de enfermedad exantemática: corte de unas, evitar el uso de AINE, hidratación cutánea y antihistamínicos, si los tiene en el domicilio y los ha utilizado en más ocasiones.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio	Derivación AP
- Reacción anafiláctica - Picaduras en alérgicos - Quemaduras extensas y/o compromiso de vía aérea - Afectación del estado general	- Reacción alérgica generalizada con buen estado general - Mal control de los síntomas (prurito, dolor...) - Pobre respuesta al tratamiento - Quemaduras 2º o 3º grado extensas sin riesgo vital	- Reacción alérgica generalizada con buen estado general - Mal control de los síntomas (prurito, dolor...) - Pobre respuesta al tratamiento - Quemaduras 2º o 3º grado extensas sin riesgo vital	- Quemaduras leves con mala evolución - Reagudización de patología crónica - Lesiones cutáneas sin filiar y sin síntomas asociados en el paciente con buen estado general - Exantema febril - Urticaria



# URTICARIA

## Interrogatorio

1. **¿Desde cuándo la tiene? ¿Le ha ocurrido en otras ocasiones?** Orienta a patología previa.
2. Inicio brusco (minutos): orienta a gravedad.
3. Paulatino (horas): orienta a leve o menor gravedad.
4. **¿En dónde se localiza?**
  - Localizada: orienta a menor gravedad (de contacto).
  - Generalizada: fármacos, físicas, enfermedades sistémicas/autoinmunes (LES, vasculitis, conectivopatías, Hashimoto..), infecciones (exantemáticas, viriasis ...), alimenticias.
5. **¿Tiene algún tipo de lesión cutánea?**
  - Habones: lesión típica de la urticaria.
  - Otras lesiones: pasa a protocolo de lesiones dermatológicas.
6. **¿Presenta algún síntomas acompañante?**
  - Dificultad respiratoria, sibilancias: sugieren signos de alarma. Pasa a protocolo de disnea, anafilaxia.
  - Inflamación de labios, garganta, lengua, cara: reacción anafiláctica.
  - Mareos, vómitos, dolor abdominal, diarrea: sugiere signos de alarma.
  - Fiebre, adenopatías, ictericia: sugieren signos alarma.
7. **¿Padece alguna enfermedad -AP-?**
  - Alergias: alimentarias (mariscos, frutos secos, leche, huevo..), físicas (frío, calor, sol, vibración), colinérgicas (al aumentar la temperatura corporal)...
  - Fármacos: penicilina, AINE, cefalosporinas, sulfamidas, AAS, contrastes radiológicos.
  - Enfermedades sistémicas: DM, IRC, conectivopatías, vasculitis, inmunodeprimidos.
  - Picaduras de himenópteros reciente (abeja, avispa).

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Evitar factores de sospecha desencadenantes: calor, frío, fármacos, alimentos, contacto con alérgenos.
- Aplicar una crema emoliente en todo el cuerpo.
- Las medidas para evitar irritantes incluyen cuidados para disminuir el contacto con la piel de alimentos ácidos (tomate, cítricos, etc.), cambio frecuente de pañales y aclarado cuidadoso de la ropa.

### Medidas específicas

- Antihistamínicos (cetirizina, loratadina, ebastina...): si los tiene en el domicilio y los ha tomado en otras ocasiones.
- Si sospecha una crisis anafiláctica y tiene autoinyector, se recomienda su utilización.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Pasar a médico de AP	Derivación a centro de Urgencias	Visita a domicilio
- Sospecha de reacción anafiláctica - Alteración del nivel de consciencia	- Control de las lesiones - Si persistencia tras aplicar tratamiento - Duración mayor de 48 hr - Antecedentes de alergia - Reparación sin factor de exposición o desencadenante	- Disnea, sibilancias, inflamación facial - Fiebre, adenopatía, dolor abdominal, vómitos, diarrea, ictericia, mareos - Prurito intenso que no cede con tratamiento - Rápida evolución tras exposición a un alérgeno (alimentos, fármacos picaduras etc.)	- Circunstancias basales que impiden la movilización del mismo: paliativos, encamados

# EDEMA CUTÁNEO

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuándo está así?

- Agudo: posible AE histaminérgico (inicio rápido de duración entre 24-48 h).
- Menor de 4 días: puede ser angioedema o cualquier otro tipo de edema.
- Mayor de 5 días: no es angioedema, es un edema cutáneo de otro tipo.

### 2. ¿Dónde está localizado?

- Generalizado: no es angioedema
- Localizado:
  - Cara, orofaríngea: valorar ronquera disfonía, estridor, disfagia. Indica gravedad, excepto en edema de úvula (edema frecuente en la población, no es angioedema).
  - Periférico, extremidad, genital, tronco.
  - ¿Tiene dolor abdominal? Posible AEH. (En el AE histaminérgico si tiene dolor abdominal, suele ir asociada a otros síntomas en contexto de anafilaxia).

### 3. ¿Cómo es el edema?

- Doloroso, piel enrojecida y caliente: no es angioedema, orienta a celutitis...
- Blanquecino, pruriginoso, presencia de habones: urticaria con AE.
- Piel enrojecida con picor: posible angioedema histaminérgico.

### 4. ¿Qué cree que lo ha podido desencadenar?

- Traumatismos físicos (procedimientos odontológicos, endoscopias, intubación), orienta a angioedema bradicinérgico (AEH).
- Fármacos (IECA, ARA-II, estrógenos): posible angioedema bradicinérgico (AEH, angioedema inducido por IECA).
- Fármacos (betalactámicos, aines, AAS), alimentos (mariscos pescados, huevo, leche), exposición a animales, picaduras: orienta a AE histaminérgico.

### 5. ¿Lo ha tenido en otras ocasiones- AP-?, ¿Sabe con que tratamiento respondió?

- Concentrados de C1-inhibidor: angioedema bradicinérgico (AEH, y otros)
- Antihistamínicos, corticoides, adrenalina: AE histaminérgico.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar al paciente y familiares.
- Colocar al paciente en posición semiincorporada si tiene compromiso respiratorio.
- Evitar posibles precipitantes: estrés, fármacos (AINE, IECA), alimentos.

### Medidas específicas

- Si sospecha de AE histaminérgico, se pueden indicar antihistamínicos y corticoides (si los ha tomado en más ocasiones y no ha tenido efectos adversos).
- Si se sospecha de AEH y tiene edema oro-laríngeo-faríngeo o dolor abdominal agudo: se indicará Firazyr® sbc: 1 dosis solo en los pacientes con diagnóstico firme de AEH. Estos pacientes son conocedores del manejo de las crisis por lo que llaman al 061 cuando no las resuelven adecuadamente o han tenido un episodio grave).
- En pacientes con angioedema de vía aérea superior con compromiso respiratorio, que reciben terapia con IECA y no responden a adrenalina, se valorará el tratamiento con Firazyr® sbc.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Paciente con compromiso de la vía aérea - Paciente con dolor abdominal y signos de hipovolemia	- Paciente con suficientes molestias que le obligan a alterar su actividad o estado basal sin compromiso de la vía aérea	- Circunstancias basales que impiden la movilización del mismo: paliativos, encamados

## 4. APARATO DIGESTIVO

# DIARREA

## Interrogatorio

1. **¿Desde cuándo está así?** Crónica superior a 4 semanas.
2. **¿Cómo son las heces?**
  - Moco, sangre (diarrea inflamatoria): procesos infecciosos, EII, neoplasias de colon, patología isquémica de colon. Algunos procesos benignos pueden cursar con expulsión de moco.
  - Acuosa (osmótica/secretora): laxantes, enterotoxinas bacterianas, EII, causa endocrinológica, neoplasias.
  - Esteatorrea: enfermedad de Whipple, giardiasis, linfoma, EII, insuficiencia pancreática exocrina...
  - Alterna diarrea y estreñimiento: fecaloma, síndrome de intestino irritable.
3. **¿Tiene otros síntomas asociados?**
  - Náuseas, vómitos frecuentes en diarreas agudas.
  - Fiebre: proceso infeccioso, inflamatorios, fármacos. Puede ser uno de los síntomas de deshidratación.
  - Dolor abdominal: edad avanzada + FRCV + dolor abdominal agudo + diarrea sanguinolenta, pensar en enteritis isquémica.
  - Aftas recurrentes Crohn, Behçet, celíaca.
4. **¿Qué aspecto tiene?** Pálido, ojeroso, postración, sequedad mucosas, oliguria, TQ, pliegue cutáneo.
5. **¿Lo pone en relación con algo?** Comidas, viajes, más miembros afectados (viriasis, toxiinfección alimentaria).
6. **¿Padece de alguna enfermedad -AP-?** infecciones (VIH, colitis), patología multisistémica (DM, uremia, celíaca..), cirugía previa (gastrectomía, resecciones intestinales, vagotomía..), fármacos de inicio reciente: cualquiera, pero son más frecuentes: antibióticos, antiácidos con magnesio, metformina, colchicina, digital, diuréticos, teofilinas, colinérgicos, quimioterápicos,

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Buena hidratación: 1,5- 2 l/d. Agua de arroz, limonada alcalina, suero oral.
- Dieta astringente: baja en fibra, sin lactosa y sin alimentos irritantes (café, grasas, picantes, bebidas gaseosas).
- Haga comidas sencillas: hervidas, al vapor o a la plancha y evite fritos, rebozados y guisos.
- Repose sentado 30 min después de las comidas principales.
- No tome alimentos ni muy fríos ni calientes.
- Los fármacos antidiarreicos no están indicados inicialmente.
- Vigile la Tª o si aparecen vómitos o dolor abdominal o rectorragias acudirá a Urgencias.

### Medidas específicas

- Fiebre: paracetamol
- Vómitos inicialmente con líquidos en sorbos pequeños, si no cede, puede recomendar un antiemético por vo, si disponen del mismo en el domicilio, lo ha tomado en otras ocasiones y no ha producido efectos adversos.

## Respuesta desde CCUS-061

Rellamada	Pasar a médico consultor	Derivación a centro de Urgencias	Visita a domicilio
- Si garantiza la hidratación oral y los síntomas asociados se controlan con una buena respuesta - BEG, sin síntoma de gravedad y familia colaboradora	- Signo de alarma: rectorragia, taquicardia, oliguria, postración, o síntomas de deshidratación - Riesgo de bacteriemia: >50 años, inmunodepresión, patología vascular asociada (aneurismas, valvulopatías), gastrectomizados. - Sospecha de abdomen agudo	- Cuando se sospecha mal estado general o diarrea con mala evolución. - Fiebre >39°, afectación sistémica, tenesmo, heces sanguinolentas, duración mayor de 2 semanas o signos de deshidratación (piel pastosa, mucosas secas, ojos hundidos)	- Las mismas que en la derivación a Urgencias cuando esta no es posible

# DISPEPSIA

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuándo está así?

- Aguda: fármacos, postinfecciones (GEA), agudizaciones de colon irritable y de enfermedad celíaca.
- Crónica: úlcera, dispepsia funcional (síntomas al menos 6 m antes del dx, estar activa 3 m y no se identifica causa tras endoscopia), infestaciones por parásitos, causa tumoral.

### 2. ¿Dónde se localiza la molestia?

- Epigastrio: origen esofágico, gástrico, biliar, pancreático, SCA, RGE.
- Retroesternal: pat de cardias, esófago o cardíaca, RGE.
- Hipocondrio derecho: pat biliar, hepatitis, cirrosis patología de cabeza de páncreas.
- Hipocondrio izquierdo: pat de cola de páncreas, colon irritable, aire atrapado en ángulo esplénico.
- Periumbilical: pat de intestino delgado (obstrucción, enteritis regional), comienzo de apendicitis.

### 3. ¿Qué cree que puede desencadenarla?

- Relación con comidas: gastritis úlcera, neo gástrica, pat biliar, anafilaxia, RGE, enfermedad celíaca.
- Estrés: colon irritable.
- Relación con menstruación: endometriosis.
- Posición de decúbito: ERGE
- Ejercicio físico: SCA

### 4. ¿Qué cree que puede mejorarla?

- Con alimentación, antiácidos, IBP: ulcus gástrico.
- Con deposiciones: colon irritable, EII, pat de colon derecho o íleon terminal, aerofagia.
- Con vómitos: úlcera gástrica o de duodeno. Si no mejora, pensar en pat pancreática o biliar.
- En posición de sedestación o inclinándose hacia adelante: pat pancreática (pancreatitis, neo).
- En posición de bipedestación: ERGE.

### 5. ¿Presenta otros síntomas?

- Fiebre: EII, colecistitis, GEA.
- Náuseas, vómitos: patología biliar, úlcera péptica.
- Reflujo, tos: ERGE.
- Eruptos: aerofagia.
- Edema facial, disnea: anafilaxia a alimentos.
- Disminución de peso, hiporexia: neo, EII, síndrome de mala absorción podría excluir colon irritable.
- Estreñimiento: lesión obstructiva de colon.
- Sudoración profusa, síntomas vagales: SCA.
- **Síntomas de alarma:** pérdida de peso importante, AF de neo de colon o gástrico, impide conciliar el sueño, anemia no justificada, comienzo agudo en mayores de 50 años, vómitos persistentes, sangrado digestivo, cirugía gástrica previa o masa abdominal palpable.

### 6. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-? Patología digestiva de base, patología oncológica, patología o factores de riesgo cardiovascular o DM (tenerlo en cuenta en ancianos por sospecha de gastroparesia). Hernias. Úlceras. Toma de AINE, tabaquismo.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Se evitarán comidas muy condimentadas, grasas y probar comidas ácidas (cítricos tomates, vinagre).
- Evitar café, alcohol y tabaco.
- Disminuir los niveles de estrés y realizar ejercicio de forma regular.

### Medidas específicas

- Dispepsia orgánica: tratamiento causal.
- Dispepsia funcional: antiH2 e IBP. Valorar procinéticos.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Signos de hipovolemia - Inestabilidad hemodinámica - Alteración de la consciencia - Disnea - Dolor retroesternal que nos haga sospechar SCA	- Fiebre - Sospecha de abdomen agudo - Vómitos incoercibles - Hemorragia digestiva (hematemesis, melenas). - Masa abdominal palpable - Cirugía gástrica previa	- Paciente paliativo en el que no están indicadas medidas de reanimación

# DOLOR ABDOMINAL

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuándo tiene el dolor?

- Agudo: inicio (súbito e intenso): SCA, aneurisma de aorta, isquemia mesentérica aguda, cólico biliar, pancreatitis, cólico nefrítico, rotura quiste ovárico, embarazo ectópico...
- Crónico (horas de evolución e inicio más insidioso): GEA, colon irritable, diverticulitis, apendicitis, resto de patología ginecológica...

### 2. ¿Por dónde le duele, del ombligo hacia arriba o hacia abajo?

- Epigástrico: coronario, úlcera péptica, gastritis, pancreatitis (irradiado en cinturón hacia la espalda), esofagitis, espasmo esofágico, pericarditis, rotura aneurisma de aorta.
- Hipocondrio derecho: patología hepática y biliar, cólico nefrítico, neumonía basal derecha, cardiopatía isquémica.
- Hipocondrio izquierdo: pancreatitis, cardiopatía isquémica, úlcera péptica, rotura esplénica, neumonía basal izquierda, cólico renal.
- Mesogastrio: disección de aneurisma de aorta, GEA, oclusión intestinal, isquemia intestinal.
- FID: apendicitis, cólico renal, patología ginecológica (embarazo ectópico, rotura folículo ovárico...), adenitis mesentérica.
- FII: diverticulitis, cólico renal, patología ginecológica (embarazo ectópico, rotura folículo ovárico...), neo de colon, EII.
- Hipogastrio: obstrucción intestinal, patología urológica, patología ovárica.

### 3. ¿Cómo es el dolor?

- Continuo: ITU, pancreatitis, colitis isquémica, diverticulitis, hepatitis, aneurisma aórtico, isquemia mesentérica crónica (tras ingesta).
- Cólico: GEA, cólico biliar, cólico nefrítico.
- Irradiado: cólico nefrítico (fosas ilíacas), disección aneurisma aorta torácica (espalda), SCA (tórax, espalda), pancreatitis.

### 4. ¿Se le alivia con alguna acción?

- Cambio postural: mejora al incorporarse hacia delante (pancreatitis).
- Ingesta: mejoría (úlcera duodenal). Empeoramiento (patología vascular digestiva, pancreatitis...).
- Defecación: alivio (patología colon).
- Decúbito: empeora en RGE.

### 5. ¿Tiene algún síntoma asociado?

- Disnea o dolor torácico: origen coronario, neumonía, TEP.
- Presenta mareo, sudoración profusa, palpitaciones: posibilidad de inestabilidad hemodinámica.
- Fiebre, vómitos, diarrea o ausencias de expulsión de gases: GEA, obstrucción intestinal.
- Hemorragia digestiva: pasa a protocolo específico.

### 6. ¿Padece alguna enfermedad -AP-?

- Patología digestiva de base, patología oncológica, cirugías abdominales, antecedentes ginecológicos (valorar posibilidad de embarazo si es paciente joven, DIU), patología o factores de riesgo cardiovascular o DM (tenerlo en cuenta en ancianos por sospecha de gastroparesia). Hernias. Úlceras. Toma de fármacos (AINE, ACO). Tóxicos (setas, mariscos...).

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Indicaremos aflojar las prendas de ropa, colocarse en decúbito supino y si se acompaña de vómitos, colocar en PLS.
- Dieta absoluta mientras persista el dolor.
- Si presenta vómitos, esperar al menos 20-30 min tras el último vómito para iniciar rehidratación oral y 3-4 h antes de la ingesta de sólidos.

### Medidas específicas

- Cuadro compatible con GEA sin repercusión hemodinámica aparente: rehidratación con suero oral, reposo intestinal sin ingesta de sólidos.
- En adultos: retirar lácteos; en niños: no recomendado y posteriormente, dieta astringente.
- Si presenta vómitos, podríamos recomendar metoclopramida, domperidona si la tiene en el domicilio y la ha tomado en otras ocasiones.
- Si sospecha de dispepsia, IBP a dosis doble si lo tiene en domicilio y lo ha tomado en otras ocasiones.
- Si sospecha de cólico biliar o renal, calor local. Analgesia si la tiene en domicilio y la ha tomado en otras ocasiones.

## Respuesta desde CCUS-061

Pasar medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"><li>- Signos de hipovolemia</li><li>- Inestabilidad hemodinámica</li><li>- Alteración de la consciencia</li><li>- Disnea</li><li>- Dolor torácico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fiebre</li><li>- Cirugía o traumatismo abdominopélvico reciente</li><li>- Sospecha de abdomen agudo</li><li>- Cólico biliar o nefroureteral de inicio</li><li>- Vómitos incoercibles</li><li>- Hemorragia digestiva</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Paciente paliativo en el que no están indicadas medidas de reanimación</li></ul>

# DOLOR BUCODENTAL

## Interrogatorio

- 1. ¿Desde cuándo tiene el dolor?**
  - Agudo: pulpitis aguda, absceso.
  - Crónico: pulpitis crónica, prótesis mal ajustada.
- 2. ¿Dónde se localiza el dolor?**
  - Dental: absceso, pulpitis, flemón.
  - Mucosa oral: gingivitis (muguet, herpes), mecánico (mordedura, prótesis), patología sistémica (Behçet).
  - Mandibular: cardiopatía isquémica, patología de ATM.
- 3. ¿Cómo es el dolor?:**
  - Aumenta con el frío: pulpitis.
  - Aumenta al abrir y cerrar la boca: patología de ATM, arteritis temporal.
  - Se desencadena al tocar alguna parte de la cara o al morder: absceso, neuralgia trigémino.
- 4. ¿El dolor irradia?**
  - Mandíbula: cardiopatía isquémica, patología de ATM.
  - Oído: otitis, patología de ATM, patología de glándulas salivares (sialolitiasis, tumores...).
  - Cara: sinusitis, neuralgia.
- 5. ¿Tiene alguna lesión?** Boca, encías, paladar (blanquecinas, úlceras, ampollas).
- 6. ¿Tiene otros síntomas?**
  - Cortejo vegetativo: cardiopatía isquémica.
  - Fiebre: descartar septicemia.
  - Cefalea: migraña, arteritis de la temporal.
  - Sangrado, rotura o movilidad dental o avulsión completa.
- 7. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-?** Trauma facial, manipulación dental reciente, enfermedades sistémicas, fármacos...

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Higiene bucodental con cepillado suave y enjuague con colutorio sin alcohol.
- Evitar bebidas frías, calientes, dulces o ácidas.

### Medidas específicas

- Analgésicos habituales.
- **Paracetamol:** niños: 15 mg/kg/6h. Adultos: 650 mg/6h.
- **Ibuprofeno:** niños: al 2% (peso/3 c/6 h) y al 4% (peso/6 c/6h. Adultos: 400-600 mg/6 h.
- En rotura o avulsión dental: transportar el diente en leche, en menos de 3 h para atención por dentista.
- Hemorragias: compresión, lavado con agua oxigenada, evitar bebidas calientes, no apoyar la cara del lado afecto y evitar escupir.

## Respuesta desde CCUS-061

Pasar a médico consultor	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Disnea, mareo, sudación o palidez - Sangrado abundante que no remite con medidas conservadoras - Cambio de algunos síntomas previos - Paciente VIH, inmunodeprimido u oncológico con QT o RT con patología local	- Dolor refractario persistente - Absceso, fiebre o pulpitis - Lesión de mucosa oral que no mejora tras tratamiento. - Paciente VIH, inmunodeprimido u oncológico con QT o RT con patología sistémica - Rotura dental, movilidad o avulsión (dentista) - Dolor irradiado al oído	- Las mismas que en la derivación a Urgencias cuando ésta no es posible

# ESTREÑIMIENTO

## Interrogatorio

### 1. ¿Cuántos días hace que está estreñado?

- Como regla general, la duración guarda relación inversa con la probabilidad de hallar una causa orgánica. Excepto: cambio en hábitos higiénico-dietéticos, fármacos, viaje, suceso vital estresante, etc.

### 2. ¿Cómo es el estreñimiento?

- Constante: orienta a cronicidad.
- Intermitente: pseudobstrucción intestinal, colon irritable.
- Altera con períodos de diarrea: tumoral, colon irritable, neuropatía diabética, impatación fecal, síndrome de intestino irritable (síntomas intermitentes, alivia tras la deposición) EII.
- Expulsa gases u oye ruidos intestinales: su ausencia orienta a obstrucción intestinal.

### 3. ¿Tiene otros síntomas asociados?

- Síntomas de alarma: hematoquecia, síntomas obstructivos, instauración aguda del cuadro, cambio en el calibre de las heces, pérdida de peso, AF de CCR, celiaquía o EII, edad >50 años.
- Dolor abdominal: proceso obstructivo (tumor, diverticulitis, vólvulo...), síndrome de intestino irritable (síntomas intermitentes, alivia tras la deposición), EII.
- Vómitos, hematemesis: orienta a severidad del cuadro.
- Dolor anal: fístula anal, hemorroides, fisuras, EII.
- Fiebre: enfermedad inflamatoria pélvica.
- Otros síntomas digestivos asociados (pirosis/plenitud postprandial/saciedad precoz, etc.): orienta a patología funcional.
- Fiebre: enfermedad pélvica inflamatoria.

### 4. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-? (Orientan a proceso previo)

- Patología digestiva: colon irritable, EII, tumores, cirugía abdominal previa.
- Patología neurológica: enfermedad de Párkinson, EM, ICTUS, meningocele, Hirschprung.
- Patología endocrina: hipotiroidismo, DM, Addison, hiperparatiroidismo

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar al enfermo y a la familia si no hay datos de alarma.
- Dieta: líquidos 1 - 1,5 l/d + aporte de fibra (si no existe fallo renal y/o tratamiento con sintrom, evitar fibra verde).
- Caminar, realizar ejercicio.
- Evitar medicación que enlentezca el tránsito intestinal en lo posible.

### Medidas específicas

- Supositorio de glicerina: 1 supositorio/24h, 2 días como máximo.
- Plantago®: 1 sobre 2-3 veces/24 h, 3 días como máximo.
- Microenema: 1/24 h, 2 días como máximo.
- Si tomó alguna vez laxantes y le han sentado bien, vuelva a tomarlo según la pauta previa. Hemorragias: compresión, lavado con agua oxigenada, evitar bebidas calientes, no apoyar la cara del lado afecto y evitar escupir.

## Respuesta desde CCUS-061

Pasar a médico consultor	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Mareo, desmayo, fiebre - Estreñimiento de más de 7 días - Hemorroides - Síndrome constitucional - Si persiste o empeoramiento	- Sangrado no asociado a la deposición o si es importante - Patología digestiva conocida con signos de alarma (vómitos, dolor abdominal, etc.)	- Sangrado no asociado a la deposición o si es importante - Patología digestiva conocida con signos de alarma (vómitos, dolor abdominal, etc.)



# HEMATEMESIS

## Interrogatorio

### 1. ¿Habla normal, respira normal?

- Si no es así, pasa al protocolo correspondiente.

### 2. ¿Desde cuando está así?

- Es la primera vez
- Ha tenido más episodios: orienta a patología previa.

### 3. ¿Cómo es la hemorragia?

- Roja: sugiere un sangrado de mayor intensidad: lesión encima del píloro, esófago.
- Marrón, negro, posos de café: sugiere un sangrado más limitado.
- Rojo brillante con espuma o expectoración: posible sangrado de origen pulmonar.

### 4. ¿Frecuencia e intensidad de la hemorragia?

- Ha sido de inicio brusco y masivo: varices esofágicas, úlcera digestiva: orienta a pérdida de volumen importante (1 litro al menos).
- Ha tenido vómitos previos normales sin sangre: síndrome de Mallory-Weiss.
- Ha tenido deposiciones negras: lesiones agudas de la mucosa gástrica, úlcera gástrica/duodenal: orienta a pérdida entre 50-100 ml de sangre.

### 5. ¿Presenta otros síntomas?

- Palidez, sudoración fría, alteraciones del comportamiento: orienta a hipovolemia (hemorragia severa).
- Dolor abdominal: úlcera péptica. Si el dolor es más bajo podría indicar EII. Patología isquémica intestinal, patología tumoral.
- Diarrea o cambio del hábito: neo de colon, EII.
- Pirosis, RGE: lesión esofágica (úlcera, neoplasia, inflamatoria).

### 6. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-?

- Patología digestiva: úlcera, cirrosis, enolismo, cirugía o traumatismo gastrointestinal reciente, EII, neoplasias.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar a la familia.
- Si está vomitando, se le indicará que tengan una bolsa a mano y que no desplacen al paciente al baño.

### Medidas específicas

- Si está estable y solo, dejar la puerta abierta del domicilio, permanecer sentado en el suelo (si está solo) con la espalda apoyada en la pared y aflojar la ropa.
- Si el paciente presenta signos de inestabilidad hemodinámica, PLS.
- Si es un paciente paliativo en el que no están indicadas medidas de reanimación, se indicará utilizar sábanas y toallas oscuras, medidas de confort y manejo de medicación si está indicada por HADO (cloruro mórfico, midazolam, haloperidol...).

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Signos de hipovolemia - Inestabilidad hemodinámica - Alteración de la consciencia - Disnea	- Sangrado único de poco volumen y paciente colaborador y sin signos de hipovolemia ni aparente inestabilidad hemodinámica	- Paciente paliativo en el que no están indicadas medidas de reanimación

# HIPO

## Interrogatorio

### 1. ¿Cuándo empezó el hipo?

- **Agudo:** RGE, enolismo, distensión gástrica (ingesta abundante, bebidas carbonatadas, aerofagia), meningitis, patología respiratoria (laringitis, neumonía, pleuritis, bronquitis...).
- **Crónico (>48 h):** tumoral, hernias abdominales (irritación nervio frénico) patología neuromuscular, bocio, tumores de cuello, desequilibrio electrolítico, DM, TCE, gastritis, úlcera péptica, abscesos abdominales, patología biliar, esofagitis, obstrucción intestinal.

### 2. ¿Tiene otros síntomas asociados?

- Dolor de pecho: cardiopatía isquémica, alteraciones del ritmo cardíaco.
- Dolor costal: patología respiratoria (pleuritis, neumonía...).
- RGE o algún problema GI: 50% se asocian a RGE, cirugía abdominal previa, patología tumoral.
- Patología neurológica (cefalea, vértigo...): tumores, meningitis. TCE.

### 3. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-?

- Traumatismo o cirugía recientes, especialmente de estómago, intestino, vejiga o próstata. Pueden sufrir de ataques de hipo en los primeros cuatro días, lo cual, se considera normal.
- Enfermedades: VIH (considerar candidiasis esofágica, toxoplasmosis y esofagitis herpética).
- Tratamientos previos: corticoides, benzodiazepinas, anestésicos, antibióticos (gentamicina, metronidazol), alfametildopa, barbitúricos.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Realizar una apnea forzada ("aguantar la respiración") y respirar en una bolsa.
- Beber agua repetidamente o hacer gargarismos, tragar pan seco o tostado, hielo picado o azúcar granulado.
- Comprimir el epigastrio (la región superior y media del abdomen). Colocarse en posición de Trendelenburg.
- ¿Qué remedios ha utilizado y cuáles le han dado resultado? Usar el mismo.

**Medidas específicas:** haloperidol, levomepromazina, clorpromazina. Si lo tiene en el domicilio, lo ha utilizado en más ocasiones y ha sido efectivo

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Persistencia de menos de 48 h y no mejoría con indicaciones de CCUS - VIH	- Persistencia de más de 48 h - Si produce problemas para comer, disnea, - Si acompaña a dolor de pecho - Si paciente postquirúrgico, alteración en las suturas/heridas	- Encamados/paliativos

# SANGRADO RECTAL

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuando tiene el sangrado?

- Agudo: diarrea aguda sanguinolenta (EII, colitis infecciosa...).

### 2. ¿Cómo es el sangrado?

- Estrías de sangre rojo y brillante, en la superficie de heces, en el papel: lesión anal o rectal. (hemorroides, fisuras, fístulas).
- Sangre oscura, con coágulos: lesión en colon, pero también en carcinoma rectal.

### 3. ¿Cómo es la defecación y las heces?

- Cambio en el hábito intestinal o forma de las heces: neo de colon.
- Dolorosa: hemorroides, fisuras o úlcera anal.
- Sensación de evacuación incompleta (tenesmo): fisura anal, hemorroides, neo colon.

### 4. ¿Presenta otros síntomas?

- Palidez, sudoración, fría, alteraciones del comportamiento: hipovolemia (hemorragia severa).
- Dolor abdominal: neo de colon, EII, colitis isquémica, infecciones (amebiasis, GEA gastroinvasiva..).
- Diarrea: EII, colitis isquémica, neo de recto, colitis infecciosas (shigelosis, amebiasis, salmonella..).
- Vómitos: si tienen sangre pasa a protocolo específico (lesión encima de angulo de Treitz).
- Fiebre: colitis infecciosas, EII.
- Sangrado en otras partes: discrasias sanguíneas.

### 5. ¿Padece alguna enfermedad -AP-?

- Patología digestiva: lesiones anorectales, EII, (orienta a diagnostico previo), cirrosis.
- Enfermedades hematológicas, alteraciones de la coagulación.
- Fármacos: ACO, ANOV (colitis isquémica), AINE.
- Viajes al extranjero, hábitos sexuales...

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar al paciente.
- Evitar: realización de esfuerzos físicos, comidas muy condimentadas o con picante, alcohol, cafeína y bebidas carbonatadas.

### Medidas específicas

- Si sospecha de hemorroides y fisuras: baños de asiento con agua templada tras cada deposición y aplicación de pomadas antihemorroidales que disminuyan la inflamación.
- Si sospechamos un brote de EII: tratamiento del dolor con paracetamol.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Signos de hipovolemia - Inestabilidad hemodinámica	- Sangrado único de poco volumen y el paciente es colaborador y sin signos de hipovolemia ni aparente inestabilidad hemodinámica - Alteraciones de la coagulación - Cirugía, colonoscopia o traumatismos abdominopelvicos recientes - Fiebre - Dolor abdominal - Otros sangrados asociados	- Pacientes con sangrado importante cuya situación funcional o basal impida acudir a un centro sanitario

# NÁUSEAS-VÓMITOS

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuándo está así?

- **Agudo** (h, días): gastroenteritis aguda, intoxicación (medicamentos, toxinas, venenos o infecciones), procesos abdominales agudos (colecistitis, pancreatitis, obstrucción intestinal), pat del laberinto, AIM.
- **Crónico** (semanas, meses): procesos pseudooclusivos digestivos, neoplasia de estómago y/o páncreas, patología intracraneal, alteración de la motilidad gastrointestinal (lesión del simpático, DM), patología intracraneal, embarazo, psicógeno.

### 2. ¿Cómo es el vómito?

- Sangre: lesión hemorrágica benigna o maligna del tracto digestivo alto.
- Fecaloideo: obstrucción intestinal distal.
- Alimento no digerido: estasis de alimento en la luz del esófago, típico del divertículo de Zenker, acalasia o obstrucción mecánica del esófago.
- Bilioso: obstrucción del intestino delgado por debajo de la papila de Vater, cirugía gástrica.

### 3. ¿Tiene otros síntomas?

- Dolor torácico y sudoración fría: valorar características isquémicas del dolor (SCA).
- Síntomas neurológicos (cefalea, rigidez nuca): trastorno orgánico SNC.
- Dolor abdominal: a) continuo: enfermedad ulcerosa, trastornos inflamatorios, b) cólico, con alivio tras el vómito: obstrucciones. Valorar epigastralgia de origen cardíaco.
- Diarrea, mialgias y/o fiebre: causa infecciosa, hepatitis, otitis media, meningitis.
- Vértigo, tinitus: afectación sistema vestibular.
- Ictericia: patología biliar, hepática o pancreática.

### 4. ¿El vómito guarda alguna relación con la comida?

- Tras 1 h: retención gástrica por obstrucción pilórica o por trastorno de la motilidad del estómago (neuropatía diabética, estado postvagotomía).
- Entre 4-6 h: retención en la luz esofágica (divertículos, acalasia).
- Matutino: uremia avanzada, gestación, alcoholismo crónico, ansiedad, aumento de presión intracraneal, postcirugía gástrica.

### 5. ¿Padece alguna enfermedad -AP-? Patología cardiovascular, neurológicos, traumatismo o cirugía abdominal previas, DM u otras patologías sistémicas.

### 6. **Fármacos:** citostáticos, opiáceos, digital, L-dopa, agonistas dopaminérgicos, macrólidos, amoxicilina-clavulánico, analgésicos, salicilatos, ipecacuana, aminofilina, anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Reposar: sentarse tras la comida, no acostarse.
- Mantener el entorno relajado, tranquilo, bien ventilado y sin olores desagradables.
- Enjuague la boca con agua tras vomitar.
- Intente tomar algo de aire fresco.
- Hidratación oral: esperar 30 min tras el vómito. Líquidos a pequeños sorbos, suero de rehidratación oral, agua, zumos.
- Dieta: esperar 4-6 h de tolerancia líquida. 6 comidas pequeñas/d (en vez de 3). Alimentos líquidos como sopas claras, helado, gelatina.
- Evitar: alimentos grasos, picantes, procesados, muy salados, cafeína, alcohol, bebidas gaseosas.

### Medidas específicas

- Tratamiento sintomático: antieméticos si el paciente los tiene en su domicilio, los ha tomado en otras ocasiones y no hay antecedentes de reacción adversa alguna.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Sospecha de enfermedad grave: IAM, abdomen agudo, HTIC, meningitis, cetoacidosis diabética, Mallory-Weis...	- Sospecha etiológica de una enfermedad no grave (GEA, secundario a fármacos, cólico nefrítico, migraña, embarazo...) y los vómitos impiden una adecuada hidratación. - No orina tras 8 h	- Las mismas que en la derivación a Urgencias cuando esta no es posible

## 5. APARATO ENDOCRINO

# HIPERGLUCEMIA

## Interrogatorio

1. **¿Está consciente? ¿Respira con normalidad?** Si no, pasar a su protocolo específico.
2. **¿Qué cifras de glucemia tiene? ¿Desde cuándo?** Orienta a pautas y tratamiento.
3. **¿Está a tratamiento con insulina, ADO, otra medicación** (corticoides, diuréticos, estrógenos, fenitoína, salbutamol, terbutalina)? Nos orienta para el ajuste de medicación y de insulina.
4. **¿Tiene otros síntomas asociados? Valorar descompensación hiperglucémica aguda**
  - Polidipsia, poliuria, astenia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, fetor, disnea.
  - Palpitaciones, boca seca, ojos hundidos, orina menos, hipotensión arterial.
5. **¿Padece de alguna enfermedad -AP-?**
  - Infección, traumatismos previos, transgresión dietética, incumplimiento del tratamiento, ayuno, técnica de punción.
  - Drogas: cocaína, anabolizantes.
  - Portador de infusor sc de insulina: problemas con el dispositivo (reservorio vacío, obstrucción o burbujas en el catéter, cánula doblada, zona de inserción inflamada, mal funcionamiento de bomba).

## Consejo telefónico

### Medidas generales

Tranquilizar al paciente. Incrementar la ingesta hídrica. Realizar controles más frecuentes de glucemia.

Identificar causas de hiperglucemia:

- **Transgresión dietética:** reforzar conceptos básicos en alimentación.
- **Incumplimiento terapéutico:** reforzar importancia de adhesión al tratamiento.
- **Técnica de punción inadecuada:** reforzar conocimientos. Vigilar lipodistrofias.
- **Sedentarismo:** ejercicio moderado (si no presenta cetonuria). Determinar cetonuria/cetonemia si tiene tiras.

### Medidas específicas

1. **Glucemia < 250 mg/dl;** ingerir líquidos acalóricos + actividad moderada.
2. **Si Glucemia > 250 mg/dl**
  - **En DM sin tratamiento con insulina:** abordar causas + ingerir líquidos + actividad física moderada.
  - **En DM en tratamiento con insulina:** (valorar signos de cetosis/cetonuria) ingerir líquidos + pauta de insulina rápida.
3. **Esquema Insulina Rápida:**
  - **150 – 200 mg/dl (2-4 UI), 201 - 250 (4-6 UI), 251 - 300 (6-8 UI), 301 - 350 (8-10 UI), 350-400 (10-12 UI).**
  - No bajar glucemia > 100 mg/dl/h y vigilar la aparición de hipoglucemia.
  - Valorar si la insulina en el pico máximo provoca el efecto deseado. Control de glucemia en 60/90 min, excepto si es Actrapid que hay que esperar 3 h.

Infusor Continuo de Insulina: corregir con insulina rápida sc, determinar la causa, solventarla. Todas las casas comerciales de infusores de insulina tienen números de atención las 24 h.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"><li>- Inconsciente</li><li>- Dificultad respiratoria</li><li>- infección intercurrente</li><li>- Síntomas gravedad: náuseas / vómitos, dolor abdominal, deshidratación</li><li>- Empeoramiento</li><li>- Aparición de nuevos síntomas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- DM tipo 1 con cetosis/ cetonuria +</li><li>- DM tipo 1 con glicemia &gt; 300 con síntomas de cetosis</li><li>- DM tipo 2 con glicemia &gt; 300 con signos de descompensación aguda</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rechazan ir a Urgencias</li><li>- Encamados/HADO</li></ul>

# HIPOGLUCEMIA

## Interrogatorio

1. **¿Está consciente? ¿Respira?** Si no, pasa a protocolo específico.
2. **¿Qué glucemia tiene?** (hipoglucemia < 70 mg/dl o sospecha clínica) **¿Y desde cuándo?**
3. **¿Está a tratamiento con insulina o con ADO?** Nos orienta para el ajuste de medicación.
4. **¿Presenta síntomas asociados?**
  - Hambre, irritabilidad, temblor, sudoración, palidez, náuseas, palpitaciones, cefalea: orientan a glucemia < 65 mg/dl.
  - Irritabilidad, visión borrosa, confusión, convulsión, estupor o coma (signos de gravedad): orientan a glucemia < 50 mg/dl.
5. **¿Padece alguna enfermedad -AP-?**
  - Otras patologías (vómitos, diarrea, hepatitis, enf. renal, insulinomas, suprarrenal...).
  - Consumo de drogas/fármacos: enolismo, hipoglucemiantes no insulínicos...

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Si está consciente: posición cómoda, aflojar la ropa.
- Si está inconsciente y respira: PLS (prevenir aspiración por vómitos).

### Medidas específicas

- Si está **consciente**:
  - Regla del 15: ingerir 15 g de HC de absorción rápida, control glucemia en 15 min y si persiste la hipoglucemia, repetir la ingesta de 15 g de HC hasta en 2 ocasiones.
  - Ya normalizado, ingerir HC de larga duración: 30 g de pan 30, 3 galletas María, 1 yogurt entero de sabores, 1 pieza de fruta.
- Si está **inconsciente**:
  - Glucagón im 1 amp/1 mg (>6 años edad y si <6 años se indicará media amp/0,5 mg). Se repetirá a los 10-20 min si es necesario. Próximamente se comercializará glucagón intranasal (1 puff).
  - Si no tienen Glucagón: azúcar, miel en encías.

- **REGLA DEL 15:** 15 g HC adultos, 5-10 g niños, 0,2 g/kg niños pequeños.
- **HC de absorción rápida** (15-20 g): gel de glucosa, vaso agua + 2 terrones/sobres azúcar, 1 cucharada de miel, 3-4 caramelos, 150-200 ml zumo fruta o refresco azucarado.
- **HC de absorción lenta** (15-20 g): 2 tostadas pan blanco o integral, 1,5 rebanadas pan molde, 1 yogurt entero sabores o 1 pieza de fruta (sandía, melón, plátano, pera, naranja, manzana), 4 galletas María, 150-200 ml de leche entera o desnatada.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado y pasar a médico de CCUS-061	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Hipoglucemia severa - Signos de gravedad	- Secundaria a ADO - Causa desconocida - Causa orgánica no diagnosticada - Persistencia de síntomas a pesar de normalizar la glucemia	- Rechazan ir a Urgencias. - Encamados / HADO

# ERRORES CON LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA

## Interrogatorio

1. **¿Qué cifras de glucemia tiene?** Orienta a la pauta y al tratamiento.
2. **¿Está a tratamiento con insulina y qué tipo utiliza, ADO, otra medicación** (corticoides, diuréticos, estrógenos, fenitoína, salbutamol terbutalina)? Nos orienta para el ajuste de la medicación.
3. **¿Tiene algún signo asociado?** Si es afirmativo, pasará a su protocolo específico.

## Consejo telefónico

**Medidas específicas** según el tipo de insulina:

1. **Insulina LENTA:** Levemir®, Lanatus®, Abasaglar®, Semglee®, Toujeo®, Tresiba®.
  - **No sabe si la administró:** NO PONERLA. Realizar controles. Ajustar con **insulina rápida** si precisa (s/p).
  - **No la administró:** ADMINISTRARLA LO ANTES POSIBLE. No deben pasar más de 18 h entre una dosis y la siguiente.
  - **No disponen de insulina rápida:**
    - **Si glucemia > 300 mg/dl:** acudir al PAC para recibir insulina rápida.
    - **Si glucemia < 300 mg/dl:** evitar ingesta de HC, ingesta abundante de líquidos acalóricos (agua e infusiones).
2. **Insulina RÁPIDA: administró las UI correspondientes a la insulina lenta.**
  - **Determinar glucemia** con controles frecuentes. NO ADMINISTRAR LA INSULINA LENTA, excepto si es diabético tipo 1 que la administrará al menos 3 h después de la rápida. Ingesta de HC
  - **Si hipoglucemia leve (< 60 mg/dl) sin síntomas de gravedad:**
    - Corregir con HC de rápida absorción (regla del 15) y posteriormente HC de absorción lenta o comida correspondiente (desayuno, comida, cena).
  - **Si hipoglucemia severa (< 40 mg/dl) y síntomas de gravedad:**
    - **Si puede deglutir:** regla del 15 pero doble dosis de HC de absorción rápida (30 g de azúcar de mesa, 300 ml de zumo o refresco).
    - **Si no puede deglutir o está inconsciente:** Glucagón im o azúcar en encías.
3. **Insulina MIXTA: NO LA ADMINISTRÓ**
  - **Si pasaron < 2 h** poner la dosis correspondiente.
  - **Si pasaron > 2 h** poner la mitad de dosis y realizar controles.

**REGLA DEL 15:** 15 g HC adultos, 5-10 g niños, 0,2 g/kg niños pequeños.

**HC de absorción rápida** (15-20 g): gel de glucosa, vaso agua + 2 terrones/sobres azúcar, 1 cucharada de miel, 3-4 caramelos, 150-200 ml de zumo fruta o refresco azucarado.

**HC de absorción lenta** (15-20 g): 2 tostadas pan blanco o integral, 1,5 rebanadas pan molde, 1 yogurt entero sabores o 1 pieza de fruta (sandía, melón, plátano, pera, naranja, manzana), 4 galletas María, 150-200 ml de leche entera o desnatada.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Si hipoglucemia severa (<40mg/dl) y síntomas de gravedad	- Paciente con insulina lenta con signos de cetosis - Paciente con glucemia > 300 mg/dl	- Rechazan ir a Urgencias. - Paciente encamado / HADO



## 6. FACTORES EXTERNOS

# MORDEDURAS/PICADURAS

## Interrogatorio

1. **¿Qué animal le ha picado y cuánto?** Orienta a medidas terapéuticas.
2. **¿En dónde se localiza?** Si desconocemos el animal o insecto, nos orienta al causante, dependiendo del entorno en que se encuentre el paciente.
3. **¿Tiene algún tipo de lesión cutánea?**
  - Localizada: generalmente leves.
  - Extensas: empeora el pronóstico, mediadas por reacción alérgica o infección sobreañadida.
4. **¿Presenta algún síntomas acompañante?**
  - Dificultad respiratoria, sibilancias: signos de alarma. Pasa a protocolo de disnea.
  - Inflamación de labios, garganta, lengua, cara: reacción anafiláctica.
  - Mareos, vómitos, dolor abdominal, diarrea: sugiere signos de alarma.
  - Fiebre, adenopatías, signos de alarma.
5. **¿Padece alguna enfermedad -AP-?** Alergias: (veneno de himenópteros), vacunación antitetánica, enfermedades crónicas: podrían ensombrecer la evolución y el pronóstico.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- En caso de presentar reacción anafiláctica y disponer dispositivo de adrenalina im.
- Retirar anillos, pulseras, relojes o cualquier otro objeto que pueda comprimir tras la inflamación.
- Lavado y desinfección de la zona con agua y jabón, algún antiséptico y frío local y reposo.
- Si existe sangrado significativo, comprimir la zona y elevar dicha extremidad.
- Tratamiento del dolor: puede administrarse paracetamol o AINE por vo.

### Medidas específicas

- **Himenóptero:** extraer el aguijón con pinzas lo antes posible para evitar que siga inoculando veneno.
- **Lepidópteros (orugas),** retiraremos los pelos de la oruga con una tira de esparadrapo.
- **Garrapatas** extraerlas mediante unas pinzas de punta roma, en paralelo a la piel, tomando la garrapata por debajo de la cabeza, ejerciendo una tracción constante sin aplastar el cuerpo. Si quedan restos de la garrapata, el cuerpo lo expulsará por sí mismo, aunque puede alargar la inflamación. Evitar el uso de aceites, éter, lacas, etc.
- **Serpientes:** vendaje no compresivo suave tipo crepé de la extremidad, afecta desde la zona distal a proximal con leve elevación del miembro. Evitar torniquetes, incisión de la herida, succión del veneno y aplicación de frío local. Profilaxis tetánica si procede.
- **Medusas y anémonas:** lavado con agua salada, aplicar alcohol o bicarbonato, desprender los filamentos con pinzas y volver a lavar con agua salada.
- **Fanecas:** introducir la herida en agua caliente, en su defecto, enfriar la zona con hielo, extraer las espinas sin fuerte manipulación, valorar profilaxis antitetánica y antibiótica.
- **Erizos de mar:** extracción de las púas con una aguja nada más salir del agua y profilaxis antitetánica.
- Mordeduras
  - Antitoxina tetánica: si no es correcta la vacunación y en inmunodeprimidos y ADVP.
  - Antitoxina y toxoide antirrábico: mordeduras de murciélago o animales confirmados o probables.
  - Vacunación de la hepatitis B: en caso de mordedura humana por una persona de alto riesgo.
  - Profilaxis antibiótica: en heridas con alto riesgo de infección.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Sospecha de reacción anafiláctica - Alteración nivel consciencia	- Disnea, problemas respiratorios - Signos de alarma: ptosis, fiebre, náuseas, vómitos, celulitis - Mordedura de murciélago o animales venenosos - Heridas profundas, afectación articular, tendinosa, mordeduras cuero cabelludo - Afectación sistémica - Inmunodeprimidos, ADVP	- Circunstancias basales que impiden la movilización del mismo: paliativos, encamados

# QUEMADURAS

## Interrogatorio

1. **¿Cómo respira?** Si está alterado, pasaría a su protocolo específico, descartar inhalación de humos.
2. **¿Cuándo se ha quemado?** Orienta a la actitud terapéutica.
3. **¿Dónde se localiza y cuál es su extensión?** Orienta al consejo médico y respuesta desde la CCUS. Cara, manos, vía respiratoria o genitales, indican gravedad.
4. **¿Cómo es y cómo duele?** Nos orienta al grado y a la respuesta desde la CCUS. Eritema (1 grado), ampolla (2 grado), zonas negras carbonizadas (3 grado).
5. **¿Cuál ha sido la causa?** Calor, química, eléctrica, inhalación.
6. **¿Padece alguna enfermedad -AP-?** Inmunodeprimidos, VIH, DM, tratamientos previos.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Detener el proceso de combustión.
- Retirar las ropas, anillos, relojes, cinturones, SI NO ESTAN ADHERIDOS.
- Enfriamiento de las quemaduras con lo que tengamos a mano, agua, SF.
- Cubrir las lesiones con gasas secas si la cura es domiciliaria o empapadas con SF o agua (Tª 18º-20º) si se traslada a un centro sanitario. No trasladar con hielo ni agua fría.
- No desbridar las ampollas hasta llegar a un lugar adecuado (hospital, centro de salud).

### Medidas específicas

- Quemadura de 1º grado: hidratación de la zona, Silverderma® y evitar la exposición solar.
- Quemadura de 2º grado superficial: aplicación de Silverderma® espesa, cobertura con apósitos estériles y vendaje de la zona afectada.
- Tratamiento del dolor: paracetamol o ibuprofeno si no es alérgico.
- Si es una quemadura por agente químico, continuar con la irrigación hasta llegar al centro (excepto sosa cáustica).
- Quemadura por inhalación: posición semiincorporada, ventilar la zona y retirarlo del medio contaminante.

## Respuesta desde CCUS-061

Derivación a AP	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"><li>- Quemaduras de 2º grado superficial</li><li>- Inmunodeprimidos o pacientes de riesgo</li><li>- Signos de infección</li><li>- Dolor mal controlado</li><li>- Mala evolución de la quemadura</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alteración del nivel de consciencia</li><li>- Disnea</li><li>- Quemaduras eléctricas</li><li>- Quemaduras circunferenciales</li><li>- Localización en cara, ojos, periné, genitales, articulaciones</li><li>- Quemaduras de 2º grado extensas</li><li>- Quemaduras de 3º grado</li><li>- Quemaduras químicas</li><li>- Quemaduras por radiaciones ionizantes</li><li>- Pérdida o ausencia de sensibilidad en la zona afectada</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encamados/paliativos que no quieran ser trasladados</li></ul>

## 7. FARMACOLOGÍA

# FÁRMACOS EMBARAZO

## CATEGORÍA FDA

CATEGORÍA	RIESGO
A	Estudios controlados no han demostrado riesgo.
B	No hay descritos riesgos para el feto humano. Estudios en animales no han demostrado riesgo teratogénico, pero no hay estudios en embarazadas o bien los efectos secundarios no se han confirmado en embarazo.
C	No puede descartarse riesgo fetal. Estudios sobre animales han demostrado efectos secundarios fetales (teratogénicos, embriocidas u otros). Solo utilizar si beneficios superan riesgos.
D	Hay indicios de riesgo fetal. A valorar riesgo-beneficio (enfermedades que amenazan la vida o si no hay fármacos más seguros).
E	CONTRAINDICADO. Efectos teratogénicos que cuyo riesgo supera al beneficio.

## Aparato digestivo

Antiácidos	Derivados alumínicos y magnésicos (B). Puntual.
Antiulcerosos	Ranitidina (B) IBP (B), no se recomiendan
Antiespasmódicos	Bultiescopolamina (B)
Antieméticos	Doxilamina + piridoxina – Cariban © (A) Dexclorfeniramina, metoclopramida (B)
Laxantes	Metilcelulosa (B), lactulosa (B) Bisacodilo (C)
Antidiabéticos	Insulina (B)
Vitaminas y sales minerales	Ácido fólico (A)
Antiagregantes	AAS (C)
Anticoagulantes	Heparina si es imprescindible. Enoxaparina (B).
Antianémicos	Sulfato ferroso (A)

## Endocrino

Corticoides	Hidrocortisona, Prednisolona, Prednisona Betametasona, dexametasona (C)
Hormonas tiroideas	A
Antitiroideos	Propiltiouracilo (D). En caso de hipertiroidismo fetal
Antidiabéticos orales	Acarbosa (B)

# FÁRMACOS LACTANCIA

Dermatología	
Antihistamínicos	Dexclorfeniramina, cetirizina, loratadina (B)
Antiinfecciosos	
Metronidazol	(B) Excepto primer trimestre
Aminoglucósidos	Amikacina, gentamicina (C)
Penicilinas	Amoxicilina (B)
Cefalosporinas	Cefalexina, cefuroxima, ceftriaxona (B)
Macrólidos	Azitromicina, eritromicina (B)
Lincosamidas	Clindamicina (B, C en primer trimestre)
Tetraciclinas	(D)
Sulfamidas	(D) en segundo y tercer trimestre
Nitrofurantoína	(B, D en semanas 38-42 incluyendo parto)
Fosfomicina	(B)
Ácido nalidíxico	(B)
Antituberculosos	Etambutol (B) Isoniacida, Pirazinamina, Rifampicina (C)
Antivirales	Aciclovir, Oseltamivir (C)
Clotrimoxazol	(B)
Aparato cardiovascular	
Digitálicos	Seguros aunque con control. Digoxina (C)
Antianginosos	Antagonistas del calcio (C) Nitratos en angina (C)
Antiarrítmicos	Lidocaína (B)
Antihipertensivos	Metildopa (B) de elección en hipertensión gestacional Fenoxibenzamina (C) si feocromocitoma Hidralazina (C) si preeclampsia
Diuréticos	Tratamiento corto de edemas graves. Torasemida, espirinolactona, amiloride (B) Furosemida (C)
Betabloqueantes	Propranolol (C, D en dos últimos trimestres) Labetalol en urgencia hipertensiva en tercer trimestre (C)

## FÁRMACOS LACTANCIA

Aparato locomotor	
AINE	Tercer trimestre posibilidad de cierre prematuro de ductus (D) Ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco (B)
Antirreumáticos	Sales de oro teratógenas (C). Posible ante embarazo Hidrocloroquina (C)
Antigotosos	Alopurinol (C) Colchicina (D)

Aparato respiratorio	
Rinológicos	Pseudoefedrina (B,C), fenilpropanolamina (C). Cada 8 h hasta 3 días
Antiasmáticos	Salbutamol (C), Ipratropio (B) Budesonida (B)
Antitusivos	Dextrometorfano (C)

Sistema nervioso central	
Analgesicos no opiáceos	Paracetamol (B)
Analgesicos opiáceos	Morfina (D si prolongado), Meperidina (B en primeros dos trimestres, D en tercero si prolongado). En ausencia de alternativas
Antiepilépticos	Dosis mínimas imprescindibles (C, D)
Antipsicóticos	Haloperidol (C) puntual en crisis psicóticas
Ansiolíticos e hipnóticos	Fenobarbital – Uso como antiepiléptico Buspirona (B) Benzodiacepinas. Evitar uso
Sales de litio	2 últimos trimestres si se precisa
Antidepresivos	Evitar
Alcoholismo	Disulfiram contraindicado
Tabaquismo	Contraindicada nicotina

Endocrino	
Corticoides	Hidrocortisona, Prednisolona, Prednisona Betametasona, dexametasona (C)
Hormonas tiroideas	A
Antitiroideos	Propiltiouracilo (D). En caso de hipertiroidismo fetal
Antidiabéticos orales	Acarbosa (B)

# FÁRMACOS LACTANCIA

## CATEGORÍA RIESGO

A	Compatible. No han mostrado riesgos para el lactante.
B	Precaución. Vigilar aparición de efectos secundarios.
B*	No se dispone de datos sobre su excreción en leche materna
C	Contraindicado

## Aparato digestivo

Antiulcerosos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sales de aluminio y magnesio (B)</li> <li>• Subcitrato de bismuto (B*)</li> <li>• Antieméticos</li> </ul>
Antieméticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoclopramida (B)</li> <li>• Domperidona (A)</li> </ul>
Laxantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactulosa (B)</li> <li>• Bisacodilo (A)</li> </ul>

## Sangre y órganos hematopoyéticos

Anticoagulantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heparina. Enoxaparina (B)</li> </ul>
-----------------	---

## Aparato cardiovascular

Calcioantagonistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nifedipino (A), diltiazem (B)</li> </ul>
Diuréticos	A valorar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Furosemida (B).</li> <li>• Tiazidas. Hidroclorotiazida (A)</li> </ul>
Digitálicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digoxina (A)</li> </ul>
Betabloqueantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propranolol (A)</li> <li>• Metoprolol (A)</li> </ul>
Antihipertensivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metildopa (A)</li> <li>• Hidralazina (A)</li> <li>• Labetalol (B)</li> </ul>
Antiarrítmicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lidocaína (A)</li> <li>• Flecainida (A).</li> </ul>

## Dermatología

Antihistamínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cetirizina, loratadina, desloratadina, hidroxizina (riesgo muy bajo)</li> <li>• Clorfenamina, prometazina, ebastina (B)</li> </ul>
Anestésicos locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lidocaína (A)</li> <li>• Procaína (B)</li> </ul>



# FÁRMACOS LACTANCIA

## Aparato genitourinario

Hormonas sexuales	Evitar anticonceptivos combinados hasta destete o 6 meses desde el nacimiento Desogestrel, levonorgestrel (B)
-------------------	--

## Endocrino

Corticoides	Admitidos en dosis moderadas Prednisona (A)
Hormonas tiroideas	Levotiroxina (A)
Antidiabéticos	Acarbosa (B) Insulina (A)
Antitiroideos	A valorar propiltiouracilo

## Antiinfecciosos

Antibióticos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Penicilina, cefalosporinas (A)</li><li>• Eritromicina (A)</li><li>• Nitrofurantoína, fosfomicina (B)</li></ul>
Antituberculosos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rifampicina, etambutol (A)</li><li>• Isoniacida, pirazinamida (B)</li></ul>
Antifúngicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nistatina. Clotrimazol (B)</li></ul>
Antipalúdicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cloroquina</li></ul>
Antivíricos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aciclovir (tópico)</li></ul>

## Osteomuscular

Analgésicos no opioides	<ul style="list-style-type: none"><li>• Paracetamol (A)</li><li>• Ibuprofeno (A)</li><li>• Diclofenaco (A)</li></ul>
Opiáceos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Codeína (C)</li><li>• Meperidina (B)</li></ul>

## Aparato respiratorio

Asma	<ul style="list-style-type: none"><li>• Salbutamol (B)</li><li>• Budesonida (B)</li></ul>
Antitusígenos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Codeína (C)</li></ul>

## FÁRMACOS LACTANCIA

Sistema nervioso central	
Analgésicos narcóticos	Metadona: uso aceptado a dosis moderadas Posibilidad de dependencia física del lactante
Antidepresivos	A valorar: <ul style="list-style-type: none"><li>• Amitriptilina, imipramina</li><li>• Sertralina</li></ul>
Antiepilépticos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Carbamazepina, ácido valproico (B)</li></ul>
Antipsicóticos	Risperidona, olanzapina A valorar: <ul style="list-style-type: none"><li>• Clorpromazina, haloperidol (B)</li></ul>
Sedantes/hipnóticos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Benzodicepinas: tratamientos cortos</li><li>• Lorazepam</li></ul>

Otros	
Contrastes radiológicos	Evitar la lactancia en las 24 h siguientes
Acamprosato	B
Azetazolamida	A

# FÁRMACOS MÁS USADOS EN PEDIATRÍA

Fármaco	Nombres comerciales	Dosis diaria	Concentración por ml	Tabla por peso
	Presentación habitual	Dosis por toma oral	Duración del tratamiento	Observaciones
<b>Analgésicos/Antitérmicos</b>				
<b>AAS</b>	Aspirina Adiro	Antitérmico: 60 mg x kg / día Analgésico: 100 mg x kg /día		
	comp: 125, 500 mg	10-15 mg x kg / 4-6 h		Uso hospitalario
<b>Fentanilo</b>	Durogesic, Fendivia Fentanest	2 - 5 µgr x kg iv o im		Uso principal en paliativos y como sedación para intubación
	parches ampollas iv			
<b>Ibuprofeno</b>	Dalsy, Neobrufen, Junifen.	Antitérmico: 60-90 mg x kg / día Analgésico: 20-30 mg x kg /día (máx 1600mg/día)		<a href="#">anexo 11</a>
	sol: 100mg/5ml comprimidos: 400, 600 mg supositorios: 500 mg	10-15 mg x kg / 4 h		No recomendado en menores de 3 meses.
<b>Metamizol</b>	Nolotil, Metalgial	Antitérmico: 10-15 mg x kg / dosis (6-8h) Analgésico: 20-40 mg x kg/dosis (6-8h) (máx 2 gr/dosis)		
	gotas: 500 mg/ml comp: 500, 575 mg supositorio: 250, 500, 1000 mg	Antitérmico: 10-15 mg x kg /6-8h = 0,5 gotas x kg /6-8h Analgésico: 20-40 mg x kg/ 6h		No usar en < 4 meses. No usar supositorios infantiles en < 1 año
<b>Morfina</b>	Morfina, MST, Sevredol	oral: 0,12-0,22 mg x kg / dosis (6h) sc: 0,1-0,2 mg x kg /dosis (a demanda) c		
	comp: 10 mg, 20 mg parches			
<b>Paracetamol</b>	Apiretal, Termalgin, Febrectal, Efferalgan,	60 mg x kg / día (máx 4 gr)	gotas: 1 ml = 100 mg solución: 1 ml = 25 -30mg	<a href="#">anexo 13</a>
	solución: 120mg/5ml , 150mg/5ml gotas: 100 mg/ml comp: 250, 325, 500, 650, 1000 mg supositorio: 150, 250, 300, 600	15 -20 mg x kg en cada dosis (3-4 dosis al día)		Si > 25 kg: Paracetamol 500/8h Si > 32 kg: Paracetamol 500/6h Cálculo dosis: peso en kg/6
<b>Tramadol</b>	Adolonta			
	comp: 50 , 100, 150, 200, 300, 400 mg	<12 años: 1 mg x kg / 6-8 h >12 años: 50-100 mg / 6-8h		Dosis máxima 400 mg/día No recomendado en < 12 años
<b>Antibiótico (AB)</b>				
<b>Amoxicilina</b>	Ardine Clamoxil Hosboral	80 - 100 mg x kg/día	1 ml = 50 mg	<a href="#">anexo 1</a>
	susp: 250 mg/ 5 ml sobres: 125, 250 mg cp: 250, 500, 750, 1000 mg	0,53-0,66 ml x kg/ 8 h	7-10 días	Dosis máxima 4 g/día
<b>Amoxi-clavulánico</b>	Augmentine	40-80 mg x kg/día	1 ml = 25/6.25 mg 1 ml = 100/12,5 mg	<a href="#">anexo 2</a>
	susp: 125/31,25 mg y 100/12,5 mg sobres: 250, 500, 875 mg compr: 500, 875 mg	125/31,25: 0,5 - 1 ml x kg / 8 h 100/12,5: 0,4 - 0,8 ml x kg / 8 h	7-10 días	Dosis máx 3 gr Amox/día Amig/faring: 40 mg x kg al día repartido en 3 tomas Otitis: 80 mg x kg al día repartido en 3 tomas

Fármaco	Nombres comerciales	Dosis diaria	Concentración por ml	Tabla por peso
	Presentación habitual	Dosis por toma oral	Duración del tratamiento	Observaciones
<b>Antibiótico (AB)</b>				
Azitromicina	Zitromax	10 mg x kg / día	1 ml = 40 mg	<a href="#">anexo 3</a>
	sol: 200 mg/5ml sobr: 100, 150, 200, 250, 500, 1000mg cap: 250 mg	0,25 ml x kg /24h	3-5 días	
Cefixima	Denvar	8 mg x kg / día	1 ml = 20 mg	<a href="#">anexo 4</a>
	sol: 100 mg/5ml sobres: 100 mg cap: 200mg	0,4 ml x kg / 24 h 0,2 ml x kg / 12 h (máx 400 mg/24 h)	7-10 días	No usar en menores de 6 meses
Cefuroxima	Zinnat	15-30 mg x kg / día	1 ml = 25 - 50 mg	<a href="#">anexo 5</a>
	susp: 125-250 mg/5ml sobres: 125, 250, 500 mg compr: 125, 250, 500 mg	125/5ml: 0,6 - 1,2 ml x kg / 12 h 250/5ml: 0,3- 0,6 ml x kg / 12 h	5-10 días	
	Klacid	15 mg x kg / día	1 ml = 25-50 mg	<a href="#">anexo 6</a>
	susp: 125 -250 mg/5ml sobres: 250, 500 mg cp: 250, 500 mg	125/5ml: 0,6 ml x kg / 12 h 250/5ml: 0,3 ml x kg / 12 h	5-10 días	Dosis máxima 500 mg / día
Eritromicina	Pantomicina	30-50 mg x kg/día	1 ml = 50-100 mg	<a href="#">anexo 9</a>
	susp: 250-500 mg/5 ml sobre: 250, 500, 1000 mg comp: 500 mg	250/5 ml: 0,2 ml x kg / 6 h 500/5 ml: 0,1 ml x kg / 6 h (máx 4 g/24 h)	10 días	Elección en alérgicos a penicilina
Fosfomicina	Monurol	50-200 mg x kg / día	1ml = 50 mg	<a href="#">anexo 10</a>
	cap: 500 mg susp: 5ml = 250 mg sobres: 2 - 3 gr	Niños < 1 año: 150-300 mg/8h Niños > 1año: 250-500 mg/8h Niños 6-12 años: 2 g en monodosis		
<b>Antihelmíntico</b>				
Mebendazol	Lomper Sufil	200 mg / día en 2 tomas	1 ml = 20 mg	
	comp: 100 mg sol: 20mg/ml	5 ml / 12 h o 24 h 100 mg / 12 h o 24 h	Oxiuros: dosis única + dosis de recuerdo en semana 2 y 4 Ascaridiasis o infec mixta: 100 mg/12h 3 días	No recomendado en menores de 2 años
Pirantel embonato	Trilombrin	11 mg x kg / día (máx 1 gr)	1 ml = 50 mg	
	susp 50 mg/ml comprimidos	< 12 kg : 2,5 ml 12-21 Kg: 5 ml 22-40 kg: 10 ml 41-75 kg: 15 ml	Oxiuros: dosis única + dosis de recuerdo en semana 2 Ascaridiasis o infec mixta: dosis única o monodosis diaria 3 días	Se puede usar en prematuros, recién nacidos y lactantes de < 6 meses (fuera de ficha)
<b>Antihistamínicos (AH)</b>				
Desloratadina	Aerius	0,2 mg x kg / día	1 ml = 0,5 mg	<a href="#">anexo 7</a>
	sol: 0,5 mg/ml comp: 5mg	Niños 2-5 años: 2,5 ml / 24 h Niños 6-11: 5 ml/ 24 h > 12 años: 10ml / 24 h	sintomático / crónico	
Hidroxicina	Atarax	1-2 mg x kg / día	1 ml = 2 mg	
	sol: 10 mg/ 5 ml comp: 25 mg	0,15-0,3 ml x kg / 6-8 h	sintomático / crónico	Dosis adulto 250-500 mg/12 h

Fármaco	Nombres comerciales	Dosis diaria	Concentración por ml	Tabla por peso
	Presentación habitual	Dosis por toma oral	Duración del tratamiento	Observaciones
<b>Antihistamínicos (AH)</b>				
Loratadina	Clarityne	<30 kg: 5 mg/día >30 kg: 10 mg/día	1 ml = 1 mg	<a href="#">anexo 12</a>
	sol: 5 mg / 5 ml comp: 10 mg		sintomático / crónico	
<b>Antitusígenos / Mucolíticos</b>				
Acetilcisteína	Fluimucil			
	sobres: 100, 200 mg comp: 600 mg	Niños < 2 años: 100 mg/12 h Niños 2-7 años: 100 mg/8 h Niños >7: 200/8 h o 600/24 h	sintomático	Mucolítico y antitusivo
Ambroxol	Mucosan	1,5 mg x kg / día	1 ml = 3-6 mg	
	sol: 6 mg/ml , 15 mg/5ml comp: 30 mg	0,25 ml x kg /8-12h:l	sintomático	No recomendado en menores de 2 años
Dextrometorfano	Romilar	3-4 mg x kg / día	20 gotas = 15 ml 1 ml = 5 - 15 mg	<a href="#">anexo 8</a>
	jarabe 15 mg/ 5 ml gotas 15 mg/ 1 ml	1 gota x kilo / 6-8h 0,3 ml x kg / 6-8 h	sintomático	Antitusígeno
Cloperastina fendizoato	Flutox		1 ml = 3,54 mg	
	jarabe 120 ml y 200 ml comprimidos 10 mg	Niños 2 y 4 años: 2 ml / 12 h Niños 5 y 6 años: 3 ml / 12 h Niños 7 y 12: 5 ml / 12 h >12 años: 10 ml / 8 h	sintomático	No recomendado en menores de 2 años
Grindelia, Llantén y Helicriso Extracto hiedra seco	Grintus Prospantus			
	jarabe	Niños 1-6 años: 5 ml/ 12-8-6h Niños > 6 años: 10 ml / 12-8-6h	sintomático	Acción mucolítica y antitusígena Asociado a afecciones bronquiales benignas
<b>Broncodilatadores (BD)</b>				
Budesonida	Pulmicort soluc aerosol	400-800 mg/ día		
	Pulmicort Turbuhaler	1-2 mg/día en 2 dosis		
	1 ml= 0,25 mg	1-2 ml / 12h		< 3 años: 0,25 mg/dosis 12 h > 3 años: 0,50 mg/dosis 12 h En laringitis: 2 mg/dosis única
	200 mg / puff	2-6 puff/ día		
Fenoterol	Berotec	0,3 mg x kg / día = 1 gota x kg / día	1 mg= 4 gotas	
	jarabe aerosol	jarabe/ 8 horas aerosol/ 4-6 h		
Salbutamol	Ventolin, Aldobronquial	0,4 mg x kg/ día		
	Ventolin soluc aerosol	0,02-0,03 ml x kg / 4 h (máx 1 ml) Completar hasta 2-3 ml con SSF	1 ml = 5mg	
	Ventolin inh con cámara			
	jarabe: 2 mg/5 ml comp: 2, 4 mg	0,3 ml x kg / 8h		
	soluc resp: 0,5% en 10 ml inhalador: 0,1 mg/inh	1-2 puff /4-6h ( máx 12/ día)		

Fármaco	Nombres comerciales	Dosis diaria	Concentración por ml	Tabla por peso
	Presentación habitual	Dosis por toma oral	Duración del tratamiento	Observaciones
<b>Broncodilatores (BD)</b>				
Teofilina	Theo-Dur	1-9 años: 21 mg x kg/día 9-12 años: 18 mg x kg/día 12-16: 13 mg x kg/día	1 ml = 5,3 mg	
	jarabe: 533 mg/100 ml, 80 mg/15 ml comp: 100, 200, 300 mg	0,3 ml x kg/6 h		
Terbutalina	Terbasmin	<12 años: 0,05-0,15 mg x kg/8 h >12 años: 3-4,5 mg (10-15 ml)/8 h		
	Terbasmin soluc aerosol	<20 kg: 0,3 mg x kg/dosis + 5 ml SF/6 h > 20 kg: diluir 2-5 mg en SF hasta 5 ml, admon durante 15 min. Repetible/4-6 h		<a href="#">anexo 15</a>
	Terbasmin Turbuhaler	1-2 inh/4-6h		Máx 8 inh/día
	jarabe: 1,5 mg/5ml comp: 2,5, 5, 7,5 mg  1 ml= 10 mg  0,5 mg/inh			
<b>Corticoides (CT)</b>				
Deflazacort	Zamene Dezacor	1 mg x kg / día (entre 0,5-1,5 mg)	1 gota = 1 mg	
	gotas 22,75 mg/ml comp: 6 y 30 mg	dosis única	3-5 días	
Dexametasona	Fortecortín	0,15- 0,6 mg x kg / 24 h		
	comp 1, 4, 8 mg vial: 4, 8, 40, 200 mg		1-2 días	De primera elección en laringitis Usado en asma
Prednisolona	Estilsona	Asma: 1-2 mg x kg/día = 6-12 gotas x kg Alergia: 0,1-2 mg x kg = 1-12 gotas x kg (máx 40 mg/día)	40 gotas = 1 ml	<a href="#">anexo 14</a>
	gotas: 7 mg/ml	dosis única	3 días	Usada en intox por organofosforados Antídoto: Fisostigmina

# FÁRMACOS MÁS USADOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Fármaco Indicaciones	Nombres comerciales	Concentración por ml	Dosis	Observaciones
	Vía de admon			
<b>Fármacos para intubación en pediatría</b>				
<b>Atropina</b> Sedante	Atropina	1 ml= 1 mg	0,02-0,05 mg/kg cada 5 min (dosis min 0,1 mg) Dosis máx 1 mg/ dosis en niños 2 mg/dosis en adolescentes	Usada en intox por organofosforados Antídoto: Fisostigmina
	im, iv, sc			
<b>Diazepam</b> Hipnótico	Valium		0,2-0,3 mg x kg	Mayor duracion accion que midazolam
	iv, im, it			
<b>Etomidato</b> Hipnótico	Hypnomidate	1 ml= 2 mg	0,3 mg x kg (0,2-0,4) iv	Ideal para uso extrahospitalario
	iv: ampolla de 10 ml con 20 mg			
<b>Fentanilo</b> Sedante	Fentanest	1 ml = 0,05 mg	2-5 microgramos x kg iv o im	
	amp 0,05 mg/ml			
<b>Ketamina</b> Sedante	Ketolar	1 ml= 50 mg	Bolo: 1-2 mg/kg iv Perfusion: 1-2 mg x kg / h	Escasa depresión respiratoria. Broncodilatador
	im, iv			
<b>Midazolam</b> Hipnótico	Dormicum	1 ml = 1 mg	0,1-0,3 mg x kg	Efecto rápido y corto
	iv, im, it			
<b>Propofol</b> Hipnótico	Propofol	10 mg /ml 20 mg /ml	0,5 - 3 mg x kg (1mg x kg)	Efecto rápido y corto
	iv			
<b>Suxametonio</b> Relajante musc.	Anectine	50 mg/ml	RN y lactantes: 2 mg x kg (+resistentes) Niños y adultos: 1 mg x kg	Efecto rápido Acción corta
	iv			
<b>Tiopental</b> Hipnótico	Pentotal		3-5 mg x kg	Se diluye 1 gr en 40 ml de SF o SG al 5% o 0,5 g en 20 ml de solución y su administración a 2,5%
	iv: polvo para solucion 0'5, 1 g			
<b>Vecuronio</b> Relajante musc.	Norcurón		0,1 mg x kg	Escaso efecto hemodinámico Se puede repetir dosis cada hora
	iv			

Fármaco Indicaciones	Nombres comerciales	Concentración por ml	Dosis	Observaciones
	Vía de admon			
<b>Fármacos SVA pediátrico</b>				
<b>Adenosina</b> Taquicardia QRS estrecho estable	Adenocor iv: ampollas de 6 mg en 2ml	1 ml = 3 mg	1ª dosis: 0,1 mg x kg (máx 6 mg) 2ª dosis: 0,2 mg x kg (máx 12 mg)	Diluir una ampolla en 4ml de SF. Indicado en taquicardia QRS estrecho estable
<b>Adrenalina</b> RCP Anafilaxia	Adrenalina iv, im: ampollas 1/1000	1 ml = 1mg	PCR: 1º dosis 0,01 mg x kg iv. 2ª dosis 0,1 mg x kg iv. Alergia: 0,01 mg x kg sc. Nebulizada: 4 mg en suero fisiológico hasta 10 cc (flujo 5-6 l de oxígeno)	Diluir 1 ampolla en 9 ml de SF para 1º dosis y admon 0,1 ml x kg. Resto de dosis sin diluir (excepto en RN que siempre son diluidas)
<b>Amiodarona</b> Taquicardia QRS ancho estable	Trangorex comp: 200 mg iv: ampollas 150mg	1 ml = 50 mg	5 mg x kg en bolo rápido cada 5 min. Máximo 3 dosis	
<b>Atropina</b> Bradicardia sintomática Bloqueo AV 3º	Atropina im, iv, sc	1 ml = 1mg	0,02 mg x kg (dosis min 0,1mg)	1º mejorar ventilacion → 2º adrenalina → 3º atropina
<b>Bicarbonato</b> RCP > 10 min pH < 7,10	comp: 500mg iv: 1 M: 10 ml = 10 mEq 1/6M: 1 ml = 1,6mEq		1 mEq x kg	Diluir una ampolla en 10ml de SF (0,5mEq x ml) Limpiar la via tras pasarlo. Inactiva adrenalina
<b>Cloruro cálcico</b> Hipocalcemia Hiperpotasemia Hiper magnesemia Intox por calcioantag.	iv: ampollas de 10 ml al 10%		20 mg x kg (0,2 ml x kg)	Iv pasar en 10-20 segundos
<b>Digoxina</b> Taquicardia QRS estrecho estable en < 1 año	comp: 0,25 mg jarabe: 1 ml = 0,05 mg iv: ampollas 0,5 mg en 2 ml	1 ml = 0,25 mg	Rn pretermino: 25-30 µgr x kg RN: 45 µgr x kg < 2 años: 45 µgr x kg 2-5 años: 35 µgr x kg 5-10 años: 25 µgr x kg > 10 años: 0,75-1,25 mg	via oral: se calcula la dosis total de digital y se admon 1/4 cada 8 h. iv: se admon el 75% de la dosis oral
<b>Dopamina</b> Estabilizacion Hemodinamica	iv: ampolla de 10 ml con 200 mg	1 ml = 50 mg	Vasodilat esplanico: 1-3 µgr x kg/min Inotropo: 3-10 µgr x kg/min Inotropo y vasopresor: > 10 µgr x kg/min	Preparación: 0,15 ml x kg diluido en 50 ml de SF → 1ml = 1 µgr x kg. Aumentar de 3 a 5 µgr/min
<b>Glucosa</b> Hipoglucemia	Glucosmon R 50 iv: ampollas de 20 ml con 10 gr		1-2 ml x kg de glucosado al 50% 0,25-0,5 g x kg en bolo	
<b>Líquidos</b> AESP Hipovolemia	Suero fisiológico Ringer lactato  iv		20 ml x kg	Pasar lo más rápido posible (< 20min) Nunca glucosados
<b>Verapamilo</b> Taq QRS estrecho estable en > 1 año	Manidon iv: ampollas de 2 ml con 5 mg	1 ml = 2,5 mg	0,1 mg x kg	iv en bolo lento



## ANEXOS

**ANEXO 1:**  
**Amoxicilina**

Dosificación	80-100 mg/kg/día
Dosis máxima	4 g/día
Intervalo de dosis	c/8 horas

Peso (kg)	Dosificación/8 horas	Equivalencia susp. (250 mg/5 ml)
4	100-130 mg/8 h	2-2,5 ml/8 h
6	160-200 mg/8 h	3-4 ml/8 h
8	210-260 mg/8 h	4-5 ml/8 h
10	260-330 mg/8 h	5-6,5 ml/8 h
12	320-400 mg/8 h	6,5-8 ml/8 h
14	375-450 mg/8 h	7,5-9 ml/8 h
16	425-500 mg/8 h	8,5-10 ml/8 h
≥ 20	500-1000 mg/8 h	10-20 ml/8 h

**ANEXO 2:**  
**Amoxicilina/  
Ác clavulánico**

Dosificación	80 mg/kg/día (la dosis hace referencia a la amoxicilina)
Dosis máxima	3 g/día
Intervalo de dosis	c/8 horas

Peso (kg)	Dosificación/8 horas	Equivalencia gotas (100 mg/12,5 mg/ml)
4	100 mg/8 h	1 ml/8 h
6	160 mg/8 h	1,6 ml/8 h
8	210 mg/8 h	2,1ml/8 h
10	260 mg/8 h	2,6 ml/8 h
12	320 mg/8 h	3,2 ml/8 h
14	375 mg/8 h	3,7 ml/8 h
16	425 mg/8 h	4,2 ml/8 h
18	480 mg/8 h	4,8 ml/8 h
≥ 20	500-1000 mg/8 h	5-10 ml/8 h

**ANEXO 3:**  
**Azitromicina**

Dosificación	10 mg/kg/día
Dosis máxima	500 mg/día
Intervalo de dosis	c/24 horas

Peso (kg)	Dosificación/24 horas	Equivalencia susp. (200 mg/5 ml)
2	20 mg/24 h	0,5 ml/24 h
4	40 mg/24 h	1 ml/24 h
6	60 mg/24 h	1,5 ml/24 h
8	80 mg/24 h	2 ml/24 h
10	100 mg/24 h	2,5 ml/24 h
12	120 mg/24 h	3 ml/24 h
14	140 mg/24 h	3,5 ml/24 h
16	160 mg/24 h	4 ml/24 h
18	180 mg/24 h	4,5 ml/24 h
20	200 mg/24 h	5 ml/24 h
22	220 mg/24 h	5,5 ml/24 h
24	240 mg/24 h	6 ml/24 h
26	260 mg/24 h	6,5 ml/24 h
28	280 mg/24 h	7 ml/24 h
30	300 mg/24 h	7,5 ml/24 h
32	320 mg/24 h	8 ml/24 h
34	340 mg/24 h	8,5 ml/24 h
36	360 mg/24 h	9 ml/24 h
38	380 mg/24 h	9,5 ml/24 h
40	400 mg/24 h	10 ml/24 h
42	420 mg/24 h	10,5 ml/24 h
44	440 mg/24 h	11 ml/24 h
46	460 mg/24 h	11,5 ml/24 h
48	480 mg/24 h	12 ml/24 h
≥ 50	500 mg/24 h	12,5 ml/24 h

**ANEXO 4:**  
**Cefixima**

Dosificación	8 mg/kg/día
Dosis máxima	800 mg/día
Intervalo de dosis	c/24 horas

Peso (kg)	Dosificación/24 horas	Equivalencia susp. (200 mg/5 ml)
2	16 mg/24 h	0,8 ml/24 h
4	32 mg/24 h	1,6 ml/24 h
6	48 mg/24 h	2,4 ml/24 h
8	64 mg/24 h	3,2 ml/24 h
10	80 mg/24 h	4 ml/24 h
12	96 mg/24 h	4,8 ml/24 h
14	112 mg/24 h	5,6 ml/24 h
16	128 mg/24 h	6,4 ml/24 h
18	144 mg/24 h	7,2 ml/24 h
20	160 mg/24 h	8 ml/24 h
22	176 mg/24 h	8,8 ml/24 h
24	192 mg/24 h	9,6 ml/24 h
26	208 mg/24 h	10,4 ml/24 h
28	224 mg/24 h	
30	240 mg/24 h	
32	256 mg/24 h	
34	272 mg/24 h	
36	288 mg/24 h	
38	304 mg/24 h	
40	320 mg/24 h	
42	336 mg/24 h	
44	352 mg/24 h	
46	368 mg/24 h	
48	384 mg/24 h	
≥ 50	400 mg/24 h	

**ANEXO 5:**  
**Cefuroxima**  
**axetilo**

Dosificación	30 mg/kg/día
Dosis máxima	9 g/día
Intervalo de dosis	c/12 horas

Peso (kg)	Dosificación/12 horas	Equivalencia susp.	
		(125 mg/5 ml)	(250 mg/5 ml)
4	60 mg/12 h	2,5 ml/12 h	
6	90 mg/12 h	3,5 ml/12 h	
8	120 mg/12 h	5 ml/12 h	
10	150 mg/12 h		3 ml/12 h
12	180 mg/12 h		3,5 ml/12 h
14	210 mg/12 h		4 ml/12 h
16	240 mg/12 h		4,5 ml/12 h
≥ 18	250 mg/12 h		5 ml/12 h

**ANEXO 6:**  
**Claritromicina**

Dosificación	15 mg/kg/día
Dosis máxima	1 g/día
Intervalo de dosis	c/12 horas

Peso (kg)	Dosificación/12 horas	Equivalencia susp.	
		(125 mg/5 ml)	(250 mg/5 ml)
4	30 mg/12 h	1,2 ml/12 h	
6	45 mg/12 h	1,8 ml/12 h	
8	60 mg/12 h	2,4 ml/12 h	
10	75 mg/12 h	3 ml/12 h	
12	90 mg/12 h	3,6 ml/12 h	
14	105 mg/12 h	4,2 ml/12 h	
16	120 mg/12 h	5 ml/12 h	
18	135 mg/12 h		2,7 ml/12 h
20	150 mg/12 h		3 ml/12 h
25	190 mg/12 h		3,8 ml/12 h
≥ 30	250 mg/12 h		5 ml/12 h

**ANEXO 7:**

Dosificación según edad

**Desloratadina**

Intervalo de dosis c/24 horas

Edad	Dosificación / 24 horas	Equivalencia susp. (2,5 mg/5 ml)
2-5 años	2,5 mg/24 h	5 ml/24 h
> 6 años	5 mg/24 h	10 ml/24 h
Adultos	10 mg/24 h	20 ml/24 h

**ANEXO 8:**

Dosificación 1-2 mg/kg/día

**Dextrometorfano**

Intervalo de dosis c/6-8 horas

Peso (kg)	Dosificación/ 6 horas	Equivalencias solución		Dosificación/ 8 horas	Equivalencias solución	
		(5 mg/5 ml)	(10 mg/ 5 ml)		(5 mg/ 5 ml)	(10 mg/ 5 ml)
2	0,5-1 mg	0,5-1 ml		0,7-1,3 mg	0,7-1,3 ml	
4	1-2 mg	1-2 ml		1,3-2,7 mg	1,3-2,7 ml	
6	1,5-3 mg	1,5-3 ml		2-4 mg	2-4 ml	
8	2-4 mg	2-4 ml		2,75-5,3 mg	2,75-5,3 ml	
10	2,5-5 mg	2,5-5 ml		3,3-6,7 mg	3,4-6,7 ml	
12	3-6 mg	3-6 ml		4-8 mg	4-8 ml	
14	3,5-7 mg	3,5-7 ml		4,7-9,3 mg	4,7-9,3 ml	
16	4-8 mg	4-8 ml		5,3-10,7 mg	5,4-10,7 ml	
18	4,5-9 mg	4,5-9 ml		6-12 mg	6-12 ml	3-6 ml
20	5-10 mg	5-10 ml	2,5-5 ml	6,7-13,3 mg		3,4-6,7 ml
22	5,5-11 mg		2,75-5,5 ml	7,3-14,7 mg		3,7-7,3 ml
24	6-12 mg		3-6 ml	8-16 mg		4-8ml
26	6,5-13 mg		3,25-6,5 ml	8,7-17,3 mg		4,4-8,7 ml
28	7-14 mg		3,5-7 ml	9,3-18,7 mg		4,7-9,3 ml
30	7,5-15 mg		3,75-7,5 ml	10-20 mg		5-10 ml
32	8-16 mg		4-8 ml	10,7-21,3 mg		5,4-10,7
34	8,5-17 mg		4,25-8,5 ml	11,3-22,7 mg		5,7-11,3 ml
36	9-18 mg		4,5-9 ml	12-24 mg		6-12 ml
38	9,5-19 mg		4,75-9,5 ml	12,7-25,3 mg		6,4-12,7 ml
> 40	10-20 mg		5-10 ml	13,3-26,7 mg		6,7-13,3 ml

**ANEXO 9:  
Eritromicina**

Dosificación	40 mg/kg/día
Dosis máxima	2 g/día
Intervalo de dosis	c/6-12 horas

Peso (kg)	Dosificación/6 horas	Equivalencia susp. (5 mg/5 ml)	Dosificación/12 horas	Equivalencia susp. (125 mg/5 ml)
2	20 mg/6 h	0,8 ml/6 h	40 mg/12 h	1,6 ml/12 h
4	40 mg/6 h	1,6 ml/6 h	80 mg/12 h	3,2 ml/12 h
6	60 mg/6 h	2,4 ml/6 h	120 mg/12 h	4,8 ml/12 h
8	80 mg/6 h	3,2 ml/6 h	160 mg/12 h	6,4 ml/12 h
10	100 mg/6 h	4 ml/6 h	200 mg/12 h	8 ml/12 h
12	120 mg/6 h	4,8 ml/6 h	240 mg/12 h	9,6 ml/12 h
14	140 mg/6 h	5,6 ml/6 h	280 mg/12 h	11,2 ml/12 h
16	160 mg/6 h	6,4 ml/6 h	320 mg/12 h	12,8 ml/12 h
18	180 mg/6 h	7,2 ml/6 h	360 mg/12 h	14,4 ml/12 h
20	200 mg/6 h	8 ml/6 h	400 mg/12 h	16 ml/12 h
22	220 mg/6 h	8,8 ml/6 h	440 mg/12 h	17,6 ml/12 h
24	240 mg/6 h	9,6 ml/6 h	480 mg/12 h	19,2 ml/12 h
26	260 mg/6 h	10,4 ml/6 h	520 mg/12 h	20,8 ml/12 h
28	280 mg/6 h	11,2 ml/6 h	560 mg/12 h	22,4 ml/12 h
30	300 mg/6 h	12 ml/6 h	600 mg/12 h	24 ml/12 h
32	320 mg/6 h	12,8 ml/6 h	640 mg/12 h	25,6 ml/12 h
34	340 mg/6 h	13,6 ml/6 h	680 mg/12 h	27,2 ml/12 h
36	360 mg/6 h	14,4 ml/6 h	720 mg/12 h	28,8 ml/12 h
38	380 mg/6 h	15,2 ml/6 h	760 mg/12 h	30,4 ml/12 h
40	400 mg/6 h	16 ml/6 h	800 mg/12 h	32 ml/12 h
42	420 mg/6 h	16,8 ml/6 h	840 mg/12 h	33,6 ml/12 h
44	440 mg/6 h	17,6 ml/6 h	880 mg/12 h	35,2 ml/12 h
46	460 mg/6 h	18,4 ml/6 h	920 mg/12 h	36,8 ml/12 h
48	480 mg/6 h	19,2 ml/6 h	960 mg/12 h	38,4 ml/12 h
> 50	500 mg/6 h	20 ml/6 h	1000 mg/12 h	40 ml/12 h

**ANEXO 10:  
Fosfomicina**

Dosificación	100-200 mg/kg/día
Intervalo de dosis	c/8 horas

Edad	Dosificación/8 horas	Equivalencia susp. (250 mg/5 ml)
Prematuros y lactantes	150-300 mg/8 h	3-6 ml/8 h
> 1	250-500 mg/8 h	5-10 ml/8 h
Adultos	500-1000 mg/8 h	10-20 ml/8 h

**ANEXO 11:**  
**Ibuprofeno**

Dosificación	30 mg/kg/día
Dosis máxima	40 mg/kg/día
Intervalo de dosis	c/8 horas

Peso (kg)	Dosificación/8 horas	Equivalencia gotas (100 mg/12,5 mg/ml)
8	80 mg/8 h	2 ml/8 h
10	100 mg/8 h	2,5 ml/8 h
12	120 mg/8 h	3 ml/8 h
14	140 mg/8 h	3,5 ml/8 h
16	160 mg/8 h	4 ml/8 h
18	180 mg/8 h	4,5 ml/8 h
20	200 mg/8 h	5 ml/8 h
25	250 mg/8 h	6,25 ml/8 h
30	300 mg/8 h	7,5 ml/8 h
35	250 mg/8 h	8,75 ml/8 h
40	400 mg/8 h	10 ml/8 h

**ANEXO 12:**  
**Loratadina**

Dosificación	0,2 mg/kg/día
Intervalo de dosis	c/24 horas

Peso (kg)	Dosificación/24 horas	Equivalencia susp. (5 mg/5 ml)
2	0,4 mg/24 h	0,4 ml/24 h
4	0,8 mg/24 h	0,8 ml/24 h
6	1,2 mg/24 h	1,2 ml/24 h
8	1,6 mg/24 h	1,6 ml/24 h
10	2 mg/24 h	2 ml/24 h
12	2,4 mg/24 h	2,4 ml/24 h
14	2,8 mg/24 h	2,8 ml/24 h
16	3,2 mg/24 h	3,2 ml/24 h
18	3,6 mg/24 h	3,6 ml/24 h
20	4 mg/24 h	4 ml/24 h
22	4,4 mg/24 h	4,4 ml/24 h
24	4,8 mg/24 h	4,8 ml/24 h
26	5,2 mg/24 h	5,2 ml/24 h
28	5,6 mg/24 h	5,6 ml/24 h
30	6 mg/24 h	6 ml/24 h
32	6,4 mg/24 h	6,4 ml/24 h
34	6,8 mg/24 h	6,8 ml/24 h
36	7,2 mg/24 h	7,2 ml/24 h
38	7,6 mg/24 h	7,6 ml/24 h
40	8 mg/24 h	8 ml/24 h
42	8,4 mg/24 h	8,4 ml/24 h
44	8,8 mg/24 h	8,8 ml/24 h
46	9,2 mg/24 h	9,2 ml/24 h
48	9,6 mg/24 h	9,6 ml/24 h
> 50	10 mg/24 h	10 ml/24 h



**ANEXO 13:****Paracetamol**

Dosificación	15 mg/kg/día
Dosis máxima	60-90 mg/kg/día
Intervalo de dosis	c/6 horas

Peso (kg)	Dosificación/6 horas	Equivalencia	
		gotas (100 mg/ml)	solución (100 mg/ml)
4	60 mg/6 h	0,60 ml/6 h	
6	90 mg/6 h	0,90 ml/6 h	
8	120 mg/6 h	1,2 ml/6 h	
10	150 mg/6 h	1,5 ml/6 h	
12	180 mg/6 h	1,8 ml/6 h	
14	210 mg/12 h	2,1 ml/6 h	
16	240 mg/6 h	2,4 ml/6 h	
18	270 mg/6 h		
20	300 mg/6 h		3 ml/6 h
25	375 mg/6 h		3,75 ml/6 h
30	450 mg/6 h		4,5 ml/6 h
33	495 mg/6 h		4,95 ml/6 h

**ANEXO 14:****Prednisolona**

Dosificación	1-2 mg/kg/día
Intervalo de dosis	c/8-12-24 horas

Peso (kg)	Dosificación/12 horas	Equivalencia gotas (13,3 mg/ ml)
4	2-4 mg/12 h	0,15-0,30 ml/12 h
6	3-16 mg/12 h	0,22-0,45 ml/12 h
8	4-8 mg/12 h	0,3-0,6 ml/12 h
10	5-10 mg/12 h	0,37-0,75 ml/12 h
12	6-12 mg/12 h	0,45-0,9 ml/12 h
14	7-14 mg/12 h	0,52-1,05 ml/12 h
16	8-16 mg/12 h	0,6-1,2 ml/12 h
18	9-18 mg/12 h	0,67-1,35 ml/12 h
20	10-20 mg/12 h	0,75-1,5 ml/12 h
24	12-24 mg/12 h	0,9-1,8 ml/12 h
28	14-28 mg/12 h	1,05-2,11 ml/12 h
32	16-32 mg/12 h	1,2-2,4 ml/12 h
36	18-36 mg/12 h	1,35-2,7 ml/12 h
40	20-40 mg/12 h	1,5-3 ml/12 h

**ANEXO 15:**  
**Terbutalina**

Dosificación	0,075 mg/kg/8 h
Intervalo de dosis	c/8 horas

Peso (kg)	Equivalencia gotas (0,3 mg/ ml)
4	1 ml/8 h
6	1,5 ml/8 h
8	2 ml/8 h
10	2,5 ml/8 h
12	3 ml/8 h
14	3,5 ml/8 h
16	4 ml/8 h
18	4,5 ml/8 h
20	5 ml/8 h
24	6 ml/8 h
28	7 ml/8 h
32	8 ml/8 h
36	9 ml/8 h
40	10 ml/8 h

# FÁRMACOS DIABETES MELLITUS

## A. ANTIDIABÉTICOS ORALES

1. BIGUANIDAS: inhiben la neoglucogénesis hepática.

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL®	PRESENTACIÓN	A C C I Ó N (HORAS)	DOSIS (mg/día)	EFECTO SECUNDARIO
Metformina	Diamben Metformina EFG	500 mg 850 mg 1.000 mg	7-8 h	850-3000 mg (inicio 500 mg) En 1-3 tomas	Diarrea en 30% pacientes (dosis dependiente)

2. SULFONILUREAS: estimulan la secreción de la insulina preformada en el páncreas.

Los alimentos interfieren en su absorción por lo que se administrarán preferiblemente 30 min antes del desayuno en dosis única. Si la dosis es elevada, se reparte en 2 tomas (desayuno-cena).

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL®	PRESENTACIÓN (comprimidos)	DOSIS INICIAL (mg/día)	MÁXIMO (mg/día)	TOMAS AL DÍA	DURACIÓN (horas)
GLIBENCLAMIDA	Daonil Euglucon Gluconon Norglicem	5 mg	2,5	20	1-2	10 h
GLICLAZIDA	Diamicron Uni Diamicrom Diamicrom MR	30 mg 60 mg 80mg	30	120	1	16 h
GLISENTIDA	Staticum	5 mg	2,5-5	20	1-2	4 h
GLIPIZIDA	Minodiab	5 mg	2,5-5	40	1-2	2-4 h
GLIMEPIRIDA	Amaryl Roname	4 mg	1-2	6-8	1	8 h

3. GLINIDAS (SECRETAGOGOS DE ACCION RÁPIDA): producen una liberación rápida y de corta duración de insulina. Inicio de acción 30 min tras su ingesta, debe administrarse 15 min antes de las comidas.

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL®	PRESENTACIÓN (comprimidos)	DOSIS INICIAL (mg/8 horas)	MÁXIMO (mg/8 horas)	TOMAS AL DÍA	VIDA MEDIA (horas)
REPAGLINIDA	Novonorm Prandin	0,5 mg 1 mg 2 mg	0,5	6 (16 mg/día)	1	4
NATEGLINIDA	Stalix	60 mg 120 mg 180 mg	60	180 (540 mg /día)	1	4

4. GLITAZONAS: su acción se produce aumentando la captación y el uso de glucosa en músculo y tejido graso. No produce hipoglucemia.

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL®	PRESENTACIÓN (comprimidos)	DOSIS INICIAL (mg/día)	MÁXIMO (mg/día)	TOMAS AL DÍA	DURACIÓN (horas)
PIOGLITAZONA	ACTOS GLUSTIN	15 mg 30 mg	15-30	45	1	5-6

5. INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASAS: actúan retardando la absorción de hidratos de carbono a nivel intestinal. No producen hipoglucemias en monoterapia.

Cuando se utilizan en combinación con sulfonilureas, glinidas o insulina pueden producirse hipoglucemias que se tratarán con glucosa oral, pero no con sacarosa (azúcar), debido a que está retardada su absorción.

Se administran inmediatamente antes de las comidas masticados con el primer bocado.

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL®	PRESENTACIÓN (comprimidos)	DOSIS INICIAL (mg/8 horas)	MÁXIMO (mg/8 horas)	TOMAS AL DÍA	DURACIÓN (horas)	EFFECTOS SECUNDARIOS
ACARBOSA	GLUCOBAY GLUMIDA ACARBOSA EFG	50 mg 100 mg	50	200	3	3	Flatulencia y distensión abdominal (30-50% de los pacientes)
MIGLITOL	DIASTABOL PLUMAROL	50 mg 100 mg	50	100	3	3	

6. INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL-PEPTIDASA (DPP-4) actúan produciendo la liberación de insulina pancreática e inhibiendo la de glucagón de manera glucosa-dependiente.

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL®	PRESENTACIÓN (comprimidos)	MÁXIMO (mg/dial)	TOMAS AL DÍA	DURACIÓN (horas)	EFFECTOS SECUNDARIOS
SITAGLIPTINA	Januvia Ristaben Tesavel Xelevia	25,50, 100 mg	100	1	12	Hipoglucemias Cefalea Estreñimiento Mareos
VILDAGLIPTINA	Galvus Jalra Xiliarx	50 mg	50-100	1-2	3	
SAXAGLIPTINA	Onglyza	2,5 y 5 mg	5	1	3,5	
LINAGLIPTINA	Trajenta	5 mg	5	1	12	
ALOGLIPTINA	Vipidia	6'25, 12'5, 25 mg	25	1	21	

7. ANÁLOGOS DEL GLP-1: actúan produciendo la liberación de insulina pancreática e inhibiendo la de glucagón de manera glucosa-dependiente. Además enlentecen el vaciado gástrico y disminuyen el apetito.

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL®	PRESENTACIÓN (comprimidos)	DOSIS	DURACIÓN (horas)
EXENATIDA	BYETTA pluma precargada		Diaria: 5 ug/dosis y 10 ug/dosis	10-20 ug /12 h
	BYDUREON susp iny		Semanal: 2 mg	2 mg/sem
LIRAGLUTIDA	VICTOZA XACENDA			1,2-1,8 mg
LIXISENATIDA	LYXUMIA		10 ug/dosis 20 ug/dosis	20 ug
DULAGLUTIDA	TRULICITY		0'75, 1'5 mg	0,75 mg/ sem
ALBIGLUTIDA	EPERZAN		30, 50 mg	30 mg/sem

8. INHIBIDORES DE LA SGLT-2: actúan a nivel renal inhibiendo al cotransportador de sodio y glucosa tipo 2 del túbulo proximal, lo cual reduce la recaptación de la glucosa del filtrado glomerular, con su consiguiente eliminación a través de la orina. Esto provoca una reducción de la glucemia y pérdida de peso. Además poseen un ligero efecto diurético por lo que tienen un leve efecto hipotensor.

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL®	PRESENTACIÓN (comprimidos)	DOSIS DIARIA (mg/día)	DURACIÓN (horas)
DAPAGLIFLOZINA	FORXIGA EDISTRIDE	5, 10 mg	10	13
EMPAGLIFLOZINA	JARDIANCE	10, 25 mg	10	12
ESTUGLIFLOZINA	STEGLATRO	5, 15 mg	5	17
CANAGLIFLOZINA	INVOCANA	100 , 300 mg	100	10

## B. COMBINACIONES DE FÁRMACOS MÁS USADOS

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL®	PRESENTACIÓN (comprimidos)
METFORMINA + PIOGLITAZONA	COMPETACT 850 / 15 mg GLUBRAVA 850 / 15 mg	1 cp / 12 h
PIOGLITAZONA + GLIMEPIRIDA	TANDEMACT 30/2 y 30/4 mg	1 cp / 24 h
METFORMINA + SITAGLIPTINA	EFFICIB 1000/50 mg JANUMET 1000/50 mg RISTFOR 1000/50 mg VELMETIA 1000/50 mg	1 cp / 12 h
METFORMINA + VILDAGLIPTINA	EUCREAS 1000/50 y 850/50 mg ICANDRA 1000/50 y 850/50 mg ZOMARIST 1000/50 y 850/50 mg	1 cp / 12 h
METFORMINA + SAXAGLIPTINA	KOMBOGLYZE 1000/2,5 mg y 850/2,5 mg	1 cp/ 12 h
METFORMINA + LINAGLIPTINA	JENTADUETO 1000/2,5 mg y 850/2,5 mg	1 cp/ 12 h
EMPAGLIFLOZINA + METFORMINA	SYNJARDY 12,5/1000 y 12,5/850 mg 5/1000 y 5/850 mg	1 cp / 12 h
CANAGLIFLOZINA + METFORMINA	VOKANAMET 150/1000 mg y 150/850 mg	1 cp / 12 h
ALOGLIPTINA + PIOGLITAZONA	INCRESYNC 12,5/30 mg y 25/30 mg	1 cp / 24 h
ALOGLIPTINA + METFORMINA	VIPDOMET 12,5/850 y 12,5/1000 mg	1 cp/ 12 h
DAPAGLIFLOZINA + METFORMINA	XIGDUO 5/850 mg y 5/1000 mg	1 cp/ 12 h
ERTUGLIFLOZINA + METFORMINA	5SEGLUROMET 2,5/850-2,5/1000 mg 7,5/850-7,5/1000 mg	1 cp / 12h

## C. MANEJO DE INSULINA

INSULINA			NOMBRE COMERCIAL	INICIO	PICO	DURACIÓN
Prandiales	Ultrarápidas	ASPART <sup>a</sup>	NovoRapid FlexPen®	10-15 m	1-2 h	3-5 h
		LISPRO <sup>a</sup>	Humalog 100 KwikPen® Humalog 200 KwikPen®			
		GLULISINA <sup>a</sup>	Apidra SoloStar®			
	Rápida		Actrapid InnoLet®	30 m	2-4 h	6 h
Basales	Intermedias	NPH	Insulatard FlexPen® Humulina NPH KwikPen	1-2 h	4-8 h	12 h
		DETEMIR <sup>a</sup>	Levemir FlexPen® Levemir InnoLet®			16-20 h
	Prolongadas	GLARGINA <sup>a</sup>	U 100: Lantus SoloStar® Abasaglar KwikPen U 300: Toujeo SoloStar®		Sin pico	20-24 h 36 h
			DEGLUDEC <sup>a</sup>			Tresiba FlexTouch
Mezclas	Rápida + NPH <sup>a</sup>		Mixtard 30 InnoLet Humulina 30/70 KwikPen	30 m	Tiene dos picos  Uno por cada insulina	12 h
	ASPART <sup>a</sup> + NPA <sup>a</sup>		NovoMix 30 FlexPen NovoMix 50 FlexPen NovoMix 70 FlexPen®	10-15 m		
	LISPRO <sup>a</sup> + NPL <sup>a</sup>		Humalog Mix 25 KwikPen Humalog Mix 50 KwikPen			

<sup>a</sup> análogo de insulina

## 8. APARATO GENITAL Y MAMAS

# AMENORREA

## Interrogatorio

- 1. ¿Cuál ha sido la fecha de la última regla y el número de reglas que han faltado?:** Posibilidad de embarazo. Lactancia. Patología endocrina (hipogonadismos, hiperprolactinemia, Cushing), menopausia, estrés, trastornos alimenticios, ejercicio.
- 2. ¿Presenta otros síntomas?:**
  - Alteraciones del comportamiento: depresión, ansiedad, trastornos alimenticios.
  - Alteraciones de la visión: descartar patología tumoral, collagenopatías (AR, LES...).
  - Dolor abdominal previo al ciclo: síndrome premenstual, endometriosis.
  - Metrorragia irregular o profusa: endometriosis, mioma, alteraciones hormonales (patologías tiroideas, hipogonadismos, Cushing...), SOP.
  - Secreción de leche por el pezón: hiperprolactinemia lactancia, tumoración hipofisaria.
  - Aumento o disminución de vello: patología tiroidea, SOP.
  - Intolerancia al calor o frío: hiper/hipotiroidismo.
  - Estrías violáceas o hematomas, debilidad: síndrome de Cushing.
  - Anosmia: patología hipofisaria.
  - Aumento de peso: hipotiroidismo, Cushing.
  - Sofocos (sudoración profusa o nocturna): premenopausia.
- 3. ¿Padece de alguna enfermedad-AP-?**
  - Enfermedades crónica: DM, IRC.
  - Fármacos: quimioterapia, ANOV, antipsicóticos, antidepresivos, drogas de abuso (cocaina, opiáceos), antihipertensivos.
  - Traumatismo o cirugía abdominopelvica previa (legrado, histerectomía..).
  - Meningitis o encefalitis, fractura de la base del cráneo, aborto, legrado, histerectomía, SOP, adenoma de hipófisis.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar a la paciente

### Medidas específicas

- Sospecha de embarazo: indicar la realización de un test de embarazo.
- Sospecha premenopausia: modificar el estilo de vida (ejercicio regular, regular T<sup>a</sup> ambiente y vestimenta).
- Sospecha estrés, anorexia, ansiedad o depresión: modificar el estilo de vida, alprazolam si lo tiene en el domicilio y lo ha tomado en otras ocasiones.
- Ajustes de medicación si la está tomando previamente: ISRS...

## Respuesta desde CCUS-061

Derivación a Urgencias	Derivación a AP
<ul style="list-style-type: none"><li>- Test de embarazo positivo con dolor abdominal importante o sangrado escaso.</li><li>- Cefalea</li><li>- Náuseas o vómitos</li><li>- Alteraciones visuales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Si amenorrea mayor a 3 meses</li><li>- Test de embarazo positivo sin síntomas de alerta.</li></ul>



# ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE URGENCIA

## Interrogatorio

1. **¿Cuándo ha sido la relación sin protección (fecha y hora)?** Orienta hacia la actitud a tomar.
2. **¿Cuándo ha sido la FUR?** Nos puede orientar a embarazo previo.
3. **¿Cuál ha sido el motivo?** Fallo de dispositivos de barrera, no método anticonceptivo alguno, marcha atrás, eyaculación en genitales externos, olvidó la toma de ANOV. Es importante descartar violación.
4. **¿Está tomando algún tratamiento -AP-?:**
  - Toma de ANOV: no contraindicada la anticoncepción de urgencia.
  - Tratamientos concomitantes: antiepilépticos, rifampicina, espirolactona, clorpromazina, diazepam, antihistamínicos, griseofulvina: aumentar la dosis de anticonceptivo habitual.
  - ¿ANOV de urgencia previa en este ciclo? Puede ser menos efectiva, pero no es motivo para negar una nueva toma.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Educación sanitaria: la anticoncepción de urgencia no funciona tan bien como la anticoncepción habitual, no debe usarse como método rutinario.
- Explicar otras opciones, recordar que no protege frente a ETS: valorar derivación posterior a AP o COF.
- La anticoncepción de urgencias funciona mejor en las 24 primeras horas, pero puede prevenir el embarazo hasta 5 días después.
- Recordarle a la paciente que no está financiada por la Seguridad Social y que puede adquirirla sin receta médica en una farmacia.

### Medidas específicas

- Administración lo antes posible.
  - EllaOne®: 1 comp, antes de las 120 h.
  - Norlevo®: 1 comp, antes de las 72 h.
- Método de barrera el resto del ciclo. Continuar con ANOV si los tomaba.
- Repetir la toma si hay vómito dentro de las 3 primeras horas. Opción vaginal si no tolera la ingesta oral.
- Esperar a la siguiente menstruación, que puede adelantarse o retrasarse. Si el retraso es >7 días, se realizará el test de embarazo.
- Si tras la toma aparece cefalea, tensión mamaria o dolor abdominal, se recomienda tratamiento sintomático.

## Respuesta desde CCUS-061

Derivación a Urgencias hospitalarias	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Sospecha o consumación de violación	- Fuera de horario de CS o COF si no pudiese adquirirse por cuenta propia. - Se demora la administración > 24 h tras la relación de riesgo	- Dentro del HAO si no pudiese adquirirse por cuenta propia y siempre que la derivación no demore la administración >24 h tras relación de riesgo

# HEMORRAGIA GENITAL

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuándo está el sangrado y cuál es la cuantía?

- Descartar embarazo. Si es afirmativo pasará a protocolo de hemorragia gestacional.
- Descartar menstruación normal.

### 2. ¿Cómo es el sangrado?

- Único y agudo: patología aguda (complicación de embarazo, rotura quistes ováricos, torsión anexial).
- Subagudo: complicación de cirugía ginecológica, trastornos de la coagulación, infecciones, cuerpos extraños vaginales.
- Cíclica: lesiones orgánicas.
- Sangrados irregulares: anovulación.
- Aparece al orinar (descartar patología urinaria), aparece con deposiciones (descartar origen digestivo).
- Tras relaciones sexuales: patología orgánica de genitales externos y cérvix (pólipos, tumor, malformación).

### 3. ¿Presenta otros síntomas?

- Valorar estado hemodinámico: palpitations, mareo, sudoración, náuseas, estupor (signos de gravedad).
- Dolor abdominal:
  - Agudo: embarazo ectópico.
  - Subagudo y crónico: infecciones, neoplasias.
  - Relacionado con menstruación: antes y durante la menstruación (endometriosis), empieza horas antes y persiste durante 72 h (dismenorrea 1ª), empieza 2 semanas antes y persiste tras su cese (dismenorrea 2ª).
- Lesión en genitales externos: traumatismos, cuerpos extraños, lesiones dermatológicas (herpes, leucoplasias, condilomas).
- Prurito vaginal, flujo anómalo, maloliente: infecciones vaginales, endometritis, cuerpos extraños.
- Fiebre: EPI, infecciones, abortos retenidos.

### 4. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-?:

#### • Métodos anticonceptivos:

- DIU: frecuente hipermenorrea. Riesgo de perforación uterina.
- ANOV toma incorrecta, dosis estrogénicas bajas, patología intercurrente e interacciones farmacológicas, spotting, hemorragias por disrupción o intermenstruales.
- Enfermedades previas, fármacos (fenotiacidas, testosterona, corticoterapia, ACO, antidepresivos, tratamiento hormonal sustitutivo, hemodiálisis, metoclopramida, metildopa, hidantoínas, carbamacepina, penicilina y derivados).

#### • Valorar la edad:

- Neonatos (por estimulación del endometrio por estrógenos placentarios).
- Niñas premenarqua: pubertar precoz, el 90% son idiopáticas.
- Adolescentes: tras menarquia hay ciclos anovulatorios que pueden persistir hasta tres años.
- Mujeres en edad fértil: embarazo y sus complicaciones son la causa más frecuente. <20% es funcional.
- Perimenopausia: anovulación por folículos viejos, patología tumoral.
- Menopausia: descartar cáncer de endometrio.

## Consejo telefónico

- Tranquilizar a la paciente y a su entorno.
- Si el sangrado es intenso y hay síntomas de bajo gasto cardíaco, indicar que la acuesten y le levanten las piernas.
- Si hay disminución del nivel de conciencia, indicar PLS.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Derivación a AP	Visita domiciliaria
- Hemorragia masiva - Datos de bajo gasto cardíaco - Disminución del nivel de conciencia - Datos de abdomen agudo	- Hemorragia moderada que precise tratamiento - Coagulopatías - Sospecha de infección - Dolor abdominal - Neonatos por sangrado no leve	- Hemorragia leve - Perimenopausia - Portadoras DIU - Spotting ACO - Sospecha de enfermedad orgánica - Sospecha de interacción farmacológica - Neonatos con sangrado leve	- Pacientes cuya situación funcional o basal impida acudir a un centro sanitario

# HEMORRAGIA GESTACIONAL (incluye PUERPERAL)

## Interrogatorio

- 1. ¿Desde cuando está el sangrado y cuantía?** Número de compresas que ha manchado, manchado de ropa interior, puede orientar al volumen del sangrado.
- 2. Confirmar edad gestacional y la fecha probable del parto:**
  - Hemorragia de la 1ª mitad del embarazo. A descartar: aborto/amenaza de aborto, embarazo ectópico, mola, postmanipulación, postimplantación.
  - Hemorragia de la 2ª mitad del embarazo: descartar placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, expulsión del tapón mucoso, rotura uterina.
  - Hemorragia del puerperio: descartar retención de restos placentarios, atonía uterina, menstruación.
- 3. ¿Presenta otros síntomas?**
  - Palidez, sudoración fría, alteraciones del comportamiento: orienta a hipovolemia (hemorragia severa).
  - Dolor abdominal agudo:
    - En 1ª mitad: embarazo ectópico, aborto (tipo dismenorreico).
    - En 2ª mitad: rotura uterina, desprendimiento prematuro de placenta.
- 4. ¿Ha tenido embarazos previos u otras patologías -AP-?**
  - ¿Embarazo de riesgo?, ¿Bien controlado? Orienta a patología previa.
  - Tacto vaginal, relaciones sexuales previas: sangrado no obstétrico postmanipulación.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar a la paciente

### Medidas específicas

- **1ª mitad:** reposo absoluto en decúbito supino.
- **2ª mitad:** reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Derivación a AP/Ginecólogo
- Hemorragia abundante con signos de hipovolemia o inestabilidad hemodinámica	- Hemorragia escasa sin signos de hipovolemia. - Dolor abdominal	- Hemorragia atribuible a expulsión del tapón mucoso.

# MAMA

## Interrogatorio

1. **¿Qué le ocurre? ¿Desde cuándo?** Generalmente nos llaman por tres motivos de consulta:

• **DOLOR MAMARIO. Momento en el que lo nota, frecuencia** (cíclico o no), severidad y localización (uni o bilateral) causas y exacerbación (trauma, sobreesfuerzo), dieta y estrés, valorar problemas extramamarios, cambio hormonal (embarazo, lactancia, tratamientos hormonales), cirugías recientes o prótesis mamarias. Tipos:

- Dolor cíclico (mastodinia): frecuente premenstrual, bilateral, agudo o punzante. 7-10 días antes de la regla en CSE, irradiación axilar, asociado a cambios hormonales, influye en relaciones sexuales, ejercicio, estrés.
- Dolor no cíclico (mastalgia): más frecuente unilateral, 40-50 años y localizado. Asociado a traumatismo previo, proceso inflamatorio o mastitis (puerperal o no), ectasia ductal, o adenosis esclerosante (nódulo doloroso). **Carcinoma < 2%** (<0,5% si no hay masa asociada).
- Dolor torácico extramamario: condrocostal, muscular, cutáneo, raquídeo o referido (esófago, cardíaco, pleural, biliar).

• **SECRECIÓN MAMARIA:**

- **BILATERAL: galactorrea fuera de embarazo:** Generalmente bilateral: valorar hipotiroidismo, IR o hepática, hiperprolactinemia.
- **UNILATERAL: NINGUNA.** Descartar malignidad.
  - Funcional (mastopatía fibroquística) serosa y escasa, generalmente a la presión.
  - Inflamatoria: galactoforitis (purulenta) o ectasia ductal (verde grisáceo).
  - Tumoral: espontánea, no asociada a trauma, sanguinolenta (telorragia) o clara y transparente (telorrea): benigna (papilomas, adenomas pezón), o maligna 5-8% sobre todo si se asocia a masa palpable.
- **TUMORACIÓN O BULTOMA:** considerar todo nódulo mamario de nuevo, persistente 2-3 semanas que no desaparece tras la menstruación. Criterios clínicos benignidad: 18-40 años, Nódulos elásticos, lisos, delimitados, móviles, 2-3 cm, No dolorosos. No retraen la piel ni el complejo areola-pezón. No adheridos. Pueden ser múltiples y bilaterales.

2. **¿Padece de alguna enfermedad -AP-?** Tratamiento hormonal, AP quirúrgico o traumático, familiar, mamografía reciente. Orienta a causa no neoplásica.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Explicar la posible causa. Tranquilizar al paciente. Consulta presencial con MAP/PAC/hospital, especialmente en mastalgias, secreciones unilaterales espontáneas y nódulos palpables o masas inflamatorias.

### Medidas específicas

- Dolor mamario: sujetador de buen soporte y ajuste, evitar metilxantinas, tiraminas y tabaco; dieta baja en grasas y suplementos vit E, B1, B6, AINE orales o fármacos tópicos, valorar cambios de ANOV.
- Mastitis: en madres lactantes: reposo, aplicar compresas calientes antes de las tomas y frío después. Recolocar al lactante. Si en 24 h no hay mejoría, se recomendará tratamiento antibiótico.
  - Puerperal: cloxacilina 500 mg/6 horas/10 d, sin interrupción de lactancia, salvo para desbridar el absceso.
  - No puerperal: clindamicina 300 mg/6 h/10 d.

## Respuesta desde CCUS-061

Derivación a Urgencias	AP	Visita domiciliaria
- Sospecha de absceso. - Mastitis con MEG o sospecha de sepsis	- Resto de patologías, incluida vía rápida ante sospecha de neo de mama	- Inmovilizados ante mastalgias, nódulos o secreción mamaria.

# METRORRAGIA

## Interrogatorio

1. **¿Podría estar embarazada?** Si es afirmativo, pasar a hemorragia gestacional.
2. **Descartar el origen de otros sangrados.** Rectal o urinario: si se confirma, pasaría al protocolo correspondiente de rectorragia o hematuria.
3. **¿Desde cuándo está sangrando y cuánta?** Número de compresas que ha manchado, manchado de ropa interior, puede orientar al volumen del sangrado.
4. **¿Presenta otros síntomas?:**
  - **Datos de alarma, potencialmente grave:**
    - Valoración del estado hemodinámico: palidez, sudoración, fría, alteraciones del comportamiento: orienta a hipovolemia (hemorragia severa).
    - Valorar datos de abdomen agudo: embarazo ectópico.
    - Traumatismo, cuerpo extraño o abuso sexual.
    - Hemorragia moderada que precisa tratamiento
    - Fiebre: EPI, infecciones, aborto retenido.
    - Alteraciones de la coagulación.
  - **Sin datos de alarma: hemorragias leves:**
    - Hemorragias en perimenopausia.
    - Usuaris de DIU: frecuente la hipermenorrea. Riesgo de perforación uterina.
    - Sospecha de interacciones farmacológicas: fenotiacidas, testosterona, corticoterapia, ACO, antidepresivos, tratamiento hormonal sustitutivo, hemodiálisis, metoclopramida, metildopa, hidantoinas, carbamacepina, penicilina y derivados.
    - Usuaris de ACO tras tres meses de hemorragias intermenstruales leves (spotting). ANOV toma incorrecta, dosis estrogénicas bajas, patología intercurrente e interacciones farmacológicas, hemorragias por disrupción o intemenstruales
    - Síntomas sugerentes de enfermedad orgánica.
    - Neonatos con sangrado leve.
  - **Valoración de la edad**
    - Neonatos (por estimulación del endometrio por estrógenos placentarios).
    - Niñas: descartar siempre lesión/agresión sexual. En premenarquia descartar pubertar precoz.
    - Adolescentes: tras menarquia hay ciclos anovulatorios que pueden persistir hasta tres años.
    - Mujeres en edad fértil: descartar embarazo y sus complicaciones (ectópico) es la causa mas frecuente. <20% es funcional
    - Perimenopausia: anovulación por folículos viejos, patología tumoral.
    - Menopausia: descartar cáncer de endometrio.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar a la paciente.

### Medidas específicas:

- Si hay sangrado intenso o datos de bajo gasto, colocarla en posición de Trendelenburg.
- Si hay disminución de nivel de consciencia, colocarla en decúbito lateral izquierdo. Puerperal: cloxacilina 500 mg/6 horas/10 d, sin interrupción de lactancia, salvo para desbridar el absceso.
- No puerperal: clindamicina 300 mg/6 h/10 d.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Derivación a AP	Visita a domicilio
- Hemorragia masiva - Datos de bajo gasto - Disminución del nivel de consciencia - Datos de abdomen agudo - Focalidad neurológica	- En general, hemorragia moderada que precise tratamiento. - Coagulopatía - Sospecha infección - Dolor abdominal concomitante	- Hemorragia leve - Perimenopausia - Portadoras DIU - Spotting ACO - Sospecha de enfermedad orgánica	- Pacientes cuya situación funcional o basal impida acudir a un centro sanitario

# PARTO

## Interrogatorio

1. **¿Cuándo fue la fecha de última regla y la fecha probable del parto?** Orienta a parto prematuro, a término o aborto.
2. **¿Nota contracciones, cómo son y cuánto duran?**
  - Inicio de parto: 2 contracciones cada 10 min.
  - Trabajo de parto: contracciones irregulares de entre 3 y 10 min.
3. **¿Nota pérdidas de líquido y coloración?** Descartar rotura de bolsa amniótica.
4. **¿Cree que ha expulsado el tapón mucoso?** No es indicativo de parto inminente, pero lo aproxima.
5. **¿Nota movimientos fetales?** Orienta a la vitalidad fetal (generalmente es menor antes del parto).
6. **¿Presenta otros síntomas:**
  - Vómitos y/o diarrea: suelen aparecer durante el trabajo de parto y no revisten gravedad.
  - Fiebre: sugiere complicación.
7. **¿Padece alguna enfermedad -AP-?** Complicaciones previas (eclampsia, placenta previa), DM, medicaciones, drogas, enfermedades autoinmunes. GPAC. Orienta a diagnóstico o complicación previa.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

1. **Mantener la calma** e intentar tranquilizar a la mujer.
2. **La posición no es importante.** Si la mujer no quiere moverse, no hay que obligarla. Si la mujer acepta moverse, sería aconsejable que se tumbase o sentase, puesto que es más sencillo ver la salida del bebé.
3. El único material que se necesita son unas **toallas secas**. Si pueden ser calientes, mejor.
4. Si se objetiva la salida del bebé **intentar frenarlo un poco para que no salga bruscamente, protegiéndolo con la palma de una mano**. No hacer episotomía.
5. Una vez que salga la cabeza, saldrá el resto del cuerpo en el siguiente pujo. **No forzar ni tirar, solo recibir al bebé.**
  - Se puede ver un sangrado antes, durante o después de la salida del bebé que es normal.
  - Todos los bebés salen cianóticos, es normal y poco a poco cogerán el color normal.
6. Una vez que sale el bebé, se debe colocar **encima de la madre en contacto piel con piel cubriéndolo con una toalla y secándolo suavemente para estimular el llanto.**
7. **No hace falta hacer nada con el cordón (ni cortar, ni tirar)**, una vez que llegue al hospital se cortará con material estéril. La salida de la placenta puede tardar hasta 30 min tras el nacimiento. Si sale, dejarla al lado de la madre. Una vez llegue al hospital o a la ambulancia se cortará.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias
- Periodo expulsivo - Complicaciones: parto pretérmino, hemorragia en posparto precoz, sospecha de shock hemorrágico, sospecha de rotura uterina, estado hipertensivo, distocia de hombros, malposición fetal o alteraciones del cordón.	- Pérdida de líquido sin otros datos de parto. - Probable trabajo de parto, pero no parto inminente.

# SÍNTOMAS MAMARIOS EN MUJER LACTANTE

## Interrogatorio

- 1. ¿Cuándo ha dado a luz?** Entre los 3 y 5 primeros días, debemos pensar que pueda haber ingurgitación mamaria y no mastitis.
- 2. ¿Tiene dolor antes, durante o después de la toma?**
  - Antes: eyección brusca de leche.
  - Durante: mal agarre o eyección brusca.
  - Después: traumatismo del pezón por mal agarre, S de Raynaud.
- 3. ¿Cómo está el pezón?**
  - Se pone blanco inmediatamente tras la toma: S de Reynaud.
  - Tiene forma de pintalabios o está aplastado cuando lo suelta el bebé: indica mal agarre.
  - Tiene grietas: indica mal agarre.
  - Las grietas tienen secreción amarillenta: infección de la grieta.
  - Tiene una ampolla blanca: perla de leche.
  - Hay secreción oscura, marrón o rojiza a través del pezón: papiloma intraductal.
- 4. ¿Cómo está la mama?**
  - Roja y caliente unilateral: obstrucción de un conducto o mastitis (Dg dif: en mastitis hay fiebre).
  - Roja y caliente bilateral: ingurgitación mamaria.
- 5. ¿Qué aspecto tiene la leche?**
  - Color rosa: si tiene grietas, puede ser sangre y si no, valorar consumo de remolacha.
  - Color azulado o verdoso: variante de la normalidad.
- 6. ¿Tiene malestar general, fiebre?** Obstrucción de un conducto o mastitis.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Continuar amamantando si es lo que desea. Si no es así, informar que los procesos inflamatorios de la mama no son el mejor momento para el abandono de la lactancia.
- Dar pautas para un agarre correcto.
- En todos los casos, derivar a su matrona o que contacte con una IBCLC (asesora de lactancia profesional).
- SIEMPRE: el dolor al amamantar tiene que ir acompañado de una valoración de la ingesta en el bebé.

### Medidas específicas

- **Ingurgitación:** ibuprofeno, vaciado con extractor, a mano o con el bebé (previa aplicación de calor húmedo durante 1 min. masaje y presión inversa suavizante), frío tras la toma si le proporciona alivio.
- **Mastitis u obstrucción de conducto:** durante 24-48 h ibuprofeno, reposo físico, vaciado efectivo y frecuente (previa aplicación de calor húmedo 1 min y masaje), frío tras la toma si le proporciona alivio. Se le recordará que tras una mastitis puede haber disminución de la producción de leche durante semanas, que mejorará con sesiones intensivas de pecho.
- **Grietas:** lavado con agua y jabón, mantener secos los pezones y mejorar el agarre. Si presenta secreción amarillenta de varios días de evolución, se pautará Mupirocina pomada 4 veces/d/10 d.
- **Perlas de leche:** calor húmedo en el pezón antes de la toma y mejorar el agarre.
- **Si hay dolor muy intenso después de las tomas y el pezón se pone blanco,** sospechar S. Raynaud: evitar el tabaco y cafeína. Mejorar el agarre. Aplicar calor en el pezón inmediatamente después de la toma y valorar necesidad de tratamiento vasodilatador (Nifedipino).

## Respuesta desde CCUS-061

Pasar a médico consultor	Derivación a centro de Urgencias	Derivación a su matrona o ginecólogo
- Si presenta fiebre	- Si no mejora la sintomatología tras 24-48 h de medidas específicas para mastitis, derivar para pauta de ATB, preferiblemente Cefadroxilo (mínimo 10 días)	- Si tras 3 días de tratamiento con Mupirocina no ha mejorado la grieta - Si hay secreción oscura, marrón o rojiza en el pezón

## 9. APARATO RESPIRATORIO



# DISNEA

## Interrogatorio

1. **¿Habla, contesta?** Si no habla, seguirá protocolo del inconsciente.
2. **¿Desde cuándo está así?**
  - Aguda: neumotórax, TEP, EAP, asma, edema glotis, inhalación de humos, ansiedad, atragantamiento.
  - Crónica: ICC, derrame pleural o pericárdico, bronquitis crónica, enfisema, obesidad, embarazo.
3. **¿Habla seguido o entrecortado? ¿Tiene ruidos sobreañadidos?** Indica severidad del cuadro.
4. **¿Coloración labial?** Cianosis, palidez: indica severidad del cuadro.
5. **¿Dolor torácico?**
  - Pleurítico: empeora al respirar. Neumotórax, neumonía, derrame pleural, TEP.
  - Opresivo: SCA con ICC o TEP. Valorar el protocolo de dolor torácico.
  - Fugaz, en varias localizaciones: perfil psicógeno.
6. **¿Ortopnea, DPN, nicturia, edemas?** Fallo cardíaco.
7. **¿Tos, sibilancias...?** Asma, EPOC, ICC.
8. **¿Fiebre, escalofríos, síntomas de vías respiratorias altas?** Perfil infeccioso.
9. **¿Crisis emocional, disestesias, temblor, palpitaciones?** Perfil ansioso.
10. **¿Uso de fármacos, drogas?** Enf. intersticial: amiodarona, bloqueantes, penicilina, sulfamidas, nitrofurantoína, quimioterápicos. EAP: heroína, metadona, hidroclorotiacida, contrastes, propoxifeno. Asma: AINES, bloqueantes, colinérgicos, penicilina, cefalosporinas.
11. **¿Padece de alguna enfermedad-AP-?** Asma, EPOC, cardiopatía, enf. neuromusculares, inmunosupresión, O<sub>2</sub> domiciliario.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar al paciente y familiares, y colocar al paciente en posición semiincorporada.
- Evitar posibles precipitantes: humo, tabaco, polvo, polen, perfumes, fármacos, etc.
- Si tiene O<sub>2</sub> domiciliario se recomendará no variar el flujo de administración previo.

### Medidas específicas

- Paciente **asmático**, con una crisis aguda, que relata como igual a la de otras ocasiones. Se le indicará que se coloque con el tronco elevado y, si es posible, sentado y con los brazos apoyados. Si dispone de inhaladores (simpaticomiméticos  $\beta_2$ ) se le dirá que administre un par de inhalaciones. Si el paciente no es capaz de inhalar, se le puede indicar que utilice una cámara de inhalación o cámara casera.
- Si se sospecha **fallo cardíaco**, se le indicará que permanezca sentado y si es posible, con las piernas colgando.
- Si se sospecha **patología isquémica cardíaca**, se recomendará permanecer sentado y en reposo. Al mismo tiempo se indicará la administración de nitroglicerina sublingual y medio comprimido de aspirina.
- Ante disnea tras **traumatismo torácico**, se recomendará colocar al paciente con el tronco elevado, indicando que sea movilizado lo menos posible.
- Si sospecha **hiperventilación psicógena**, se le recomendará que respire su propio aire en una bolsa.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"><li>- Paciente con patología crónica reagudizada de comienzo agudo o subagudo y que impresiona de gravedad.</li><li>- Crisis asmática que no mejora con medicación habitual</li><li>- Paciente con disnea y dolor torácico opresivo</li><li>- Paciente con disnea y alteración del estado de consciencia</li><li>- Paciente con sospecha de atragantamiento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Paciente con disnea psicógena que no mejora con las medidas indicadas</li><li>- Crisis asmática que no mejora con medicación habitual</li><li>- Paciente con patología crónica (no terminal) reagudizada de varias horas de evolución y sin mejoría significativa.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Adultos en los que no es posible la derivación.</li><li>- Ancianos cuya situación funcional o basal dificulta su movilización</li><li>- Negativa de la familia o el paciente al traslado pese a las recomendaciones de CCUS y cuya patología aconseje ser vista por un médico</li></ul>

# HEMOPTISIS

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuándo tiene el sangrado?

- Es el primer episodio: infecciones respiratorias, neoplasias, TEP, traumatismos...
- Episodios recurrentes filiados previamente: BT, aspergiloma, bronquitis crónica...

### 2. ¿Cuál es la cantidad del sangrado?

- Más de 200 cc/día aprox o más de 150 cc/hora (1 vaso de agua) o compromiso respiratorio: hemoptisis amenazante.

### 3. ¿Cómo es el sangrado? (distinguirlo de otros como epistaxis, lesión oral, hematemesis)

- Precedido de tos, disnea, dolor torácico: orienta a hemoptisis.
- Sangrado nasal previo: orienta a epistaxis. Pasar a protocolo específico.
- Lesiones orales, patología dental, dolor de garganta: orienta a sangrado oral o de VAS.
- Precedido de náuseas, vómitos, molestias abdominales, ap de ulcus: orienta a hematemesis.
- Color marronáceo con restos de comida, posos de café: orienta a hematemesis. Pasar a su protocolo.

### 4. ¿Cómo es el esputo?

- Hemorragia franca, roja brillante, sin mucosidad: TEP, BT, TB, estenosis mitral.
- Teñido con estrias sanguinolentas: bronquitis cónica, neo broncopulmonar, BT.
- Purulento mezclado con sangre: neumonía, absceso de pulmón, BT.
- Espumoso, rosado: EAP.

### 5. ¿Presenta otros síntomas?:

- Palidez, sudoración fría, alteraciones del comportamiento: orienta a hipovolemia (hemorragia severa).
- Tos, disnea, dolor torácico, espectoración, fiebre, sudoración nocturna: EPOC, infección pulmonar, absceso pulmonar.
- Náuseas o vómitos: orienta a hematemesis.

### 6. ¿Padece alguna enfermedad -AP-? Orientan a patología previa.

- Patología cardiovascular: insuficiencia cardíaca izquierda, estenosis mitral.
- Patología broncopulmonar: TB, BCO, BT, tumores.
- Patología renal: Goodpasture, Wegener.
- Patología hematológica: diatesis hemorrágica, tratamiento con ACO, antiagregantes.
- Factores ambientales: tabaquismo, antecedentes laborales (cantero, minero, cuidadores de animales...), drogas (embolismo séptico), inmovilización prolongada, trauma/cirugía torácica reciente.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar al paciente y familiares.
- Reposo absoluto tanto físico como mental, incluso se recomienda no hablar.
- Colocar al paciente en posición semisentada, respirar acompasadamente y evitar o aguantar la tos.
- Si conoce la localización de la patología previa pulmonar (BT, tumores...) acostarse sobre ese lado.
- Si es posible, recoger en un recipiente toda la expectoración para valorar y cuantificar.

### Medidas específicas

- Si está estable y solo: dejar la puerta abierta del domicilio, permanecer sentado en el suelo (si está solo) con la espalda apoyada en la pared y aflojar la ropa.
- Si el paciente presenta signos de inestabilidad hemodinámica: PLS.
- Si es un paciente paliativo en el que no están indicadas medidas de reanimación, sí indicará poner sábanas y toallas oscuras, medidas de confort y manejo de medicación si está indicada por HADO (cloruro mórfico, midazolam, haloperidol...).

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"><li>- Signos de hipovolemia</li><li>- Inestabilidad hemodinámica</li><li>- Alteración de la consciencia</li><li>- Disnea</li><li>- Hemoptisis amenazante</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sangrado único de poco volumen y el paciente es colaborador y sin signos de hipovolemia ni aparente inestabilidad hemodinámica</li><li>- Alteraciones de la coagulación</li><li>- Cirugía o traumatismo torácico reciente</li><li>- Fiebre</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Paciente paliativo en el que no están indicadas medidas de reanimación</li></ul>

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuándo?

- Días-1 mes: infección aguda, laringotraqueobronquitis víricas, inhalación de sustancias irritantes, cuerpo extraño.
- > 4 semanas: infección por mycoplasma. Procesos con tendencia a cronificarse como TB, tumores pulmonares.
- Años: asmáticos, fumadores, bronquitis crónica, BT.

### 2. ¿Cómo es la tos?

- No productiva: estímulos irritantes, TB e insuficiencia cardíaca (DPN: nocturna más frecuente) en estadios iniciales, compresión extrínseca traqueal, fibrosis pulmonar, ansiedad, irritación del conducto auditivo externo o timpánica (cerumen, cuerpo extraño, etc.), asma, tratamiento con IECA.
- Productiva: esputo claro (infección vírica, estímulos irritantes, algún caso de carcinoma). Verdoso o amarillo (infección pulmonar o traqueobronquial). Rosada, espumoso (EAP), hilitos de sangre (BT, TB, neopulmonar, infarto pulmonar), sanguinolento (TB, neopulmonar, infarto pulmonar).
- Perruna que empeora al acostarse: laringitis.
- Breve, repetitiva: de VAS.

### 3. ¿Cuándo aparece la tos?

- Nocturna: sinusitis, asma, RGE, IC.
- Desaparece por la noche: psicógena.
- Al levantarse: goteo nasal posterior, EPOC o bronquitis crónica.
- Diurna y nocturna: tratamiento con IECA.
- Estacionalidad: asma.
- Tras comidas: RGE.

### 4. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-? Tabaquismo activo/pasivo, tto con IECA, alergias, RGE, exposición ambiental o laboral.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Se respirará en un ambiente húmedo: humidificador, vapor de agua, etc., (sin añadirle eucalipto u otras sustancias, ya que en ocasiones llega a ser irritante).
- Se evitará el aire acondicionado.
- Si la tos es seca e irritativa, se pueden recomendar fármacos antitusivos (en pacientes jóvenes sin patología previa): dextrometorfano a la dosis de 15 mg, 4 veces al día. Codeína, a la dosis de 15 mg, 4 veces al día. Este fármaco no lo recomendaremos telefónicamente en pacientes con tos y dificultad respiratoria, ya que puede producir un cuadro de depresión respiratoria.

### Medidas específicas

- Si la causa es la reactividad bronquial, suele responder al tratamiento con broncodilatadores inhalados.
- Si la causa es por agentes exógenos (productos de limpieza, animales, humo del tabaco, etc.), se recomendará evitar la exposición a la misma.
- Si la sospecha es por IC, colocar al paciente en posición semiincorporada.
- Si RGE, cambios estilo de vida y medidas antiRGE.

## Respuesta desde CCUS-061

Derivación a consulta ambulatoria	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tos asociada a pérdida de peso importante en las últimas fechas</li> <li>- Tos asociada a ronquera de larga evolución</li> <li>- Tos asociada a sudoración nocturna y febrícula</li> <li>- Tos durante todo el día, de semanas de evolución sin diagnosticar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tos con ruidos respiratorios sobreañadidos.</li> <li>- Tos con fiebre, artromialgias y escalofríos, que no remite tras consejo telefónico</li> <li>- Por inhalación de sustancias irritantes y que no remite tras la supresión del agente causal</li> <li>- Cardiópata con tos irritante, espasmódica que mejora al incorporarlo</li> <li>- Tos con expectoración sanguinolenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultos en los que no es posible la derivación</li> <li>- Ancianos cuya situación funcional o basal dificulta su movilización</li> </ul>

## 10. SISTEMA NERVIOSO

# CEFALEA

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuándo tiene el dolor?

- Agudo (minutos a 1 h): hemorragia subaracnoidea, hematoma epidural, glaucoma agudo.
- Paulatino (días, semanas): irritación meníngea, arteritis de la temporal, tensional, lesión expansiva intracraneal.

### 2. ¿Cómo es la intensidad del dolor? (Signos de alarma)

- Es el peor dolor de cabeza de su vida.
- El dolor le despierta por la noche o le impide moverse.
- Le produce agitación o somnolencia.
- Es diferente al de otras ocasiones: mayor intensidad, frecuencia o no mejora con analgesia.

### 3. ¿Dónde localiza el dolor? Occipital-cuello (tensional, patología cervical), cara y oído (patología ORL, meningitis), hemicraneal (migraña), frontal-ocular (cefalea en racimos, patología oftalmológica).

### 4. ¿Síntomas acompañantes?

- Fiebre, mialgias: la cefalea suele acompañar a muchos procesos febriles banales. Considerar meningitis, arteritis de la temporal.
- Náuseas y vómitos: persistentes desde el inicio puede orientar a gravedad (migraña, hemorragia subaracnoidea).
- Alteraciones de la visión, ojo rojo: tumores, neuropatía diabética, aneurismas, arteritis temporal, glaucoma agudo.

### 5. ¿Padece de algo -AP-?

- TCE previos, sobre todo en pacientes anticoagulados.
- Neoplasia: descartar expansión tumoral.
- Cirugía craneal previa: descartar meningitis, descartar patología ORL.
- Fármacos: vasodilatadores cerebrales, antihistaminicos H<sub>2</sub>, simpaticomiméticos, corticoides, anticonceptivos y estrógenos, anfetaminas. El abuso de analgésicos puede perpetuar la cefalea.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Reposo en lugar oscuro y sin ruido. Colocar paños húmedos en la frente.
- Evitar desencadenantes: trasnochar, alcohol, estrés, insolación.

### Medidas específicas (se iniciarán lo antes posible)

- Paracetamol (de elección desde CCUS). Adulto 650mg/6-8 h. Niños 15 mg/kg/6 h.
- Ibuprofeno: adulto 400-600/6-8 h. Niños 7-10 mg/kg/8 h.
- Metamizol: adulto 1 o 2 caps/6-8 h. Niños 10 mg/kg/6-8 h (1 ml=20 gotas) (1 gota=25 mg).

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Cefalea brusca y/o acompañada de alteración del nivel de conciencia	- Cefalea con signos de alarma	- Ancianos o paliativos cuya situación funcional o basal desaconseja su movilización

# COMA-ESTUPOR

## Interrogatorio

1. **Verificar inconsciencia:** abre los ojos, habla, se mueve.
2. **¿Respira o no?** Paciente que no respira: pasar a protocolo de PCR.
3. **¿Cuánto tiempo lleva así?** Orienta a la actitud terapéutica y respuesta desde la CCUS.
4. **¿Ha sufrido un traumatismo previo?** Si hay TCE/accidente/precipitado/agresión: presuponer lesión cervical.
5. **¿Tiene algún síntomas acompañante?:**
  - Movimientos tónico-clónicos, espumación bucal, incontinencia de orina: crisis epiléptica.
  - Presenta focalidad neurológica: ICTUS (los isquémicos no suelen asociar disminución de conciencia, los hemorrágicos sí).
  - Presentó dolor torácico opresivo previo: SCA, arritmias, fallo cardíaco...
  - Presentó disnea, tos, sibilancias, somnolencia: encefalopatía hipercápnica (reagudización EPOC).
  - Tenía fiebre: meningitis, encefalitis o descartar otros procesos sépticos.
  - Ansiedad, hiperventilación, parestesias bucales: crisis de ansiedad, trastorno conversivo.
6. **Valoración del entorno:** domicilio (autólisis pastillas), bar (intoxicación etílica, drogas, jeringuillas), industria (tóxicos industriales). Humo combustión, motor en marcha (sospecha intox por CO), intemperie o ahogamiento (hipotermia). Señales de violencia, armas.
7. **¿Padece alguna enfermedad -AP-?** Orientan a una causa específica: DM, cardiopatía, broncopatía, hepatopatía, IRC, epilepsia, intentos autolíticos previos o adicciones. Neoplasias u otras enfermedades avanzadas, vida basal previa.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- PLS y retirar la dentadura. Aflojar la ropa apretada en el tórax y el cuello. Vigilar ABC.

### Medidas específicas

- Si sospecha de PCR reciente, se indicará RCP.
- Si sospecha de hipoglucemia: aportar azúcar, miel en el labio inferior. Si es posible, solicitar glucemia capilar.
- Si TCE, presuponer lesión cervical: no mover al paciente.
- Si sospecha de convulsión, se recomienda no sujetar al paciente, separar los objetos que tenga alrededor y colocar en PLS.
- En caso de incendio o intoxicación por CO, ventilar el lugar y retirar a la víctima al exterior.
- Si sospecha hipotermia, abrigar al paciente.
- Si sospecha de neoplasias u otras enfermedades avanzadas, se valorará si se inicia la RCP.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Todo paciente en coma constatado - Paciente recuperado pero persiste la sintomatología (dolor torácico, disnea, cortejo vegetativo, desorientación, agitación, o tóxicos en sangre)	- Solamente en paciente totalmente recuperado y que por proximidad es más rápido el traslado por medios propios, con algún familiar.	- Ancianos o paliativos cuya situación funcional o basal desaconseja su movilización

# ICTUS

## Interrogatorio

1. **¿Está consciente?** Habla y se le entiende, abre los ojos: valorar el protocolo de coma y estupor.
2. **¿Respira? ¿Cómo? ¿Ruidos respiratorios? ¿Fatiga al hablar? ¿Cianosis?** Valorar el protocolo de disnea.
3. **¿Está de pie, sentado, acostado? ¿Se aguanta de pie sin ayuda? ¿Puede mover las extremidades?** Valorar localización grosera del ictus.
4. **¿Desvía la comisura bucal?** Pensar en ictus, no descartar parálisis facial.
5. **¿Desvía la mirada?** Ictus, lesión ocupante de espacio cerebral.
6. **¿Tiene dificultad para hablar? (afasia, disartria)** Orienta a ictus.
7. **¿Pérdida de visión? ¿Mirada fija, dirige la mirada, les mira?** Orienta a ictus.
8. **¿Desde cuándo está así?** Si es menor de 6 horas, valorar código ictus.
9. **¿Padece de alguna enfermedad -AP-?**
  - HTA, cardiopatías, DM, DLP: factores de riesgo para sufrir un ictus.
  - Tratamiento con antiagregantes o ACO: orienta a ictus hemorrágico.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar a la familia, explicándoles la sospecha médica y la decisión médica.
- PLS si hay náuseas o vómitos, si no, tumbado semiincorporado a 30°.
- Retirar las prótesis dentales.
- Si convulsiona: retirar los objetos de alrededor, no sujetarle y al finalizar, PLS sobre el lado izquierdo.

### Medidas específicas: valorar la inclusión en el código ictus.

- Edad: mayor de 18 años.
- Existencia de déficit neurológico agudo, focal y objetivable.
- Situación previa al episodio: independiente para las ABVD.
- Exactitud de la hora de inicio: posibilidad de llegar al hospital 1 h antes (tiempo que se necesita para el protocolo hospitalario) de la ventana terapéutica para la realización de fibrinólisis intravenosa (4 h y media) o trombectomía mecánica (6 h).
- Preaviso hospitalario: si va en ASVB, a Urgencias y si va en USVA, al teléfono del neurólogo.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias en ambulancia	Visita a domicilio
- Inconsciencia con Glasgow indicativo de intubación orotraqueal - Inestabilidad hemodinámica - Estuporoso con cefalea previa de inicio brusco o vómitos o rigidez de nuca	- Siempre que no exista inestabilidad para el traslado	- Paciente que la familia no acepta derivación - Paciente encamado o terminal o con varios episodios de ictus

## 11. PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y ANEJOS



# LESIONES OFTALMOLÓGICAS

## Interrogatorio

### 1. ¿Nota disminución de la visión? ¿Desde cuándo?

- Brusca: glaucoma agudo y uveítis, oclusión arterial retiniana (indolora), perforación ocular (hipotonía globo ocular, alteración pupilar), hemorragia vítrea (visión de puntos negros), desprendimiento de retina (fotopsias o miodesopsias).
- Paulatina: oclusión venosa retiniana, uveitis posterior, hemorragia vítrea, neuritis óptica (dolor retrobulbar al mover el ojo).

### 2. ¿Tiene dolor ocular? Glaucoma agudo (fotofobia, vómitos, midriasis, cortejo vegetativo), queratitis, escleritis, uveítis, dacriocistitis aguda, orzuelo (palpebal), neuritis óptica.

### 3. ¿Tiene el ojo rojo? Glaucoma, queratitis, epiescleritis, conjuntivitis, uveitis.

### 4. ¿Tiene otros síntomas oculares?

- Picor, lagrimeo: conjuntivitis, ojo seco, blefaritis.
- Sensación de arenilla: conjuntivitis, queratitis, epiescleritis, glaucoma, uveítis. Descartar traumatismo o cuerpo extraño intraocular.
- Fotofobia, traumatismo previo, estuvo soldando, exposición solar: quemadura térmica, Queratoconjuntivitis actínica (suele ser bilateral), abrasiones oculares.
- ¿Se le ha metido algo en el ojo? Cuerpos extraños intraoculares.
- Valorar el tamaño las pupilas? Midriasis (glaucoma), miosis (uveitis y epiescleritis), normal (resto de patología).
- Visión doble: patología del cristalino (catarata, luxación), patología del SNC (EM, mistenia gravis)....

### 5. ¿Presenta otros síntomas generales?

- Fiebre, artromialgias, náuseas, dolor abdominal, sangre en heces: EII, conetivopatias, vasculitis.

### 6. ¿Padece de alguna enfermedad-AP-? Puede orientar a descompensación de patología previas: DM, HTA, conectivopatías.

## Consejo telefónico

### Medidas específicas

- Ante ojo rojo:
  - Sospecha de conjuntivitis aplicación de gasas embebidas en agua de manzanilla o lágrimas artificiales a demanda.
  - Otros casos de ojo rojo: oclusión ocular.
- Ante cuerpo extraño ocular, oclusión ocular, al menos se usarán gafas de sol.
- Si hay contacto ocular con cualquier sustancia, incluyendo sosa cáustica, se debe irrigar con agua durante 20-30 min.
- Ante pérdida de agudeza visual, se aconsejará evitar esfuerzos y bajar la cabeza.

## Respuesta desde CCUS-061

Derivación a AP	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Conjuntivitis - Patología palpebral - Ojo rojo sin patología asociada	- Sospecha de cuerpo extraño intraocular - Ojo rojo con síntomas asociados - Cualquier pérdida de visión - Presencia de dolor ocular asociado a síntomas oculares o sistémicos	- Pacientes con pluripatología, encamados y que precisen valoración urgente

# LESIONES PALPEBRALES

## Interrogatorio

1. **¿Desde cuándo está así y si le había ocurrido anteriormente?** Orienta a patología previa.
2. **¿En dónde se localizan de las lesiones?**
  - En borde palpebral: verruga viral (pediculada), orzuelo, chalazión, blefaritis, queratosis seborreica.
  - Superficie del párpado: dermatitis de contacto (edema, eritema, hiperemia conjuntival y secreción acuosa), xantelasmas (suele ser bilateral), hemorragia palpebral (de causa sistémica o por traumatismo), enfisema (crepitación a la palpación).
  - Estructuras vecinas: órbita (celulitis, periostitis), globo ocular (úlceras corneal, conjuntivitis, panoftalmitis), cavidad craneal (sinusitis, trombosis seno cavernoso).
3. **¿Hay algún factor desencadenante?** Si hay contacto o exposición a alérgenos (dermatitis contacto), ingesta de fármacos (penicilinas, AINE, IECA...), traumatismos.
4. **¿Tiene alterada la posición de los párpados?**
  - **Ectropion:** produce lagrimeo y conjuntivitis crónica.
  - **Entropion:** produce queratitis, lagrimeo y úlceras corneales.
  - **Ptois:**
    - Bilateral: se asocia con miastenia gravis, distrofias miotónicas o seniles.
    - Unilateral: etiología traumática (frecuentemente en usuarios de lentes de contacto) o neurogénica.
  - **Lagoftalmos:** produce queratitis por exposición.
  - **Blefarospasmo:** puede ser por un reflejo irritativo (conjuntivitis, cuerpo extraño) o causas idiopáticas, (bilateral, desaparece durante el sueño y puede acompañarse de movimientos bucofaciales o de cabeza).
5. **¿Tiene afectación lagrimal?**
  - Dacrioadenitis: tumefacción en la zona del reborde orbitario temporal superior. Causas inflamatorias, infecciosas o tumorales.
  - Dacriocistitis aguda: localizada en saco lagrimal. Puede producir síntomas sépticos generales. El pus puede evacuarse al saco conjuntival, a la nariz o más frecuentemente fistulizar la piel directamente.
  - Obstrucción del conducto lagrimal del recién nacido: epífora crónica. La resolución espontánea es frecuente, pero si no ocurre así debe instaurarse tratamiento precoz.
6. **¿Padece alguna enfermedad -AP-?** Enfermedades oftalmológicas previas (reagudizaciones), alteraciones de la coagulación, alergias conocidas, usuario de lentes de contacto.

## Consejo telefónico

### Medidas específicas

- Blefaritis: limpieza diaria de bordes palpebrales con jabones neutros suaves y lágrimas artificiales. Se puede aplicar una pomada con tetraciclinas en casos resistentes.
- Dermatitis por contacto: evitar el alérgeno y aplicar compresas con agua fría, corticoides de baja potencia en párpado (2 veces/día durante 4 o 5 días) y lágrimas artificiales si hay afectación conjuntival.
- Orzuelo/Chalazión: ungüento combinado con antibiótico y corticoide 3 veces al día y aplicación local de compresas calientes secas.
- Lagoftalmos: aplicación de lágrimas artificiales frecuentemente y oclusión ocular nocturna con lágrimas artificiales tipo gel.
- Dacriocistitis aguda: aplicación de calor húmedo local y antibióticos de amplio espectro por la vía local y sistémica.
- Obstrucción del conducto lagrimal del recién nacido: masaje sobre el saco, acompañado de antibióticos tópicos.
- Enfisema: el tratamiento es conservador, se deben evitar las maniobras de valsalva.
- Hemorragia palpebral: frío local.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio	Derivación a AP
- Reacción anafiláctica	- Enrojecimiento ocular grave, fotofobia o dolor ocular - Déficit visual - Mal control de los síntomas - Celulitis preseptal	- Sintomatología del apartado anterior en pacientes con circunstancias basales que impiden la movilización del mismo	- Ptois palpebral con el fin de alcanzar el diagnóstico etiológico - Ptois recidivantes o falta de respuesta al tratamiento

## 12. APARATO AUDITIVO

# EPÍSTAXIS

## Interrogatorio

- 1. ¿Cuándo se ha producido el sangrado por la nariz?**
  - Es el primero: rascado de fosas nasales, infecciones VAS (sinusitis, resfriado), cuerpo extraño.
  - Otros sangrados y cuándo se han producido: puede orientar a patología previa.
- 2. ¿Es muy abundante?** Si es afirmativo, orienta a indicar consejo telefónico antes de continuar con el interrogatorio clínico telefónico.
- 3. ¿Cómo se ha producido?** Traumatismos, cuerpos extraños, factores ambientales (sequedad, calor).
- 4. ¿Tiene otros síntomas asociados?**
  - Palidez, sudoración, mareo: cuadro vagal.
  - Cefalea: crisis hipertensiva, infecciones de VAS.
- 5. AP:**
  - HTA.
  - Fármacos/drogas: abuso de fármacos intranasales, toma de antiagregantes o ACO, drogas.
  - Enfermedades sistémicas: hematológicas (coagulopatías, leucemias..).
  - Oxígeno terapia.
  - Patología tumoral: pólipos nasales, angiofibromas, tumor de cavum.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- No echar nunca la cabeza hacia atrás, siempre hacia delante, mirando a los pies.
- Presionar durante 5-10 min con el pulgar e índice. Respirar por la boca tranquilamente.
- Se indicará la posición de sedestación para evitar el mareo, nunca acostado.
- Frío local.
- No sonarse para no eliminar los restos de posibles coágulos.
- Evitar el ejercicio y pesos en las horas siguientes.
- Si tras la presión continúa sangrado, se indicará taponamiento compresivo con una gasa (no algodón) impregnada en agua oxigenada, siempre y cuando no existan problemas asociados (cirugía reciente, traumatismos o la presencia de un cuerpo extraño).

### Medidas específicas

- Si hay cefalea, mareo, palidez, o HTA, tomar una PA si tiene un esfigmomanómetro disponible.
- Si hay posibilidad de perforación septal, no taponar, solo presionar.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Paciente con sospecha de inestabilidad hemodinámica por el volumen de sangrado	- Si la hemorragia no cede tras el taponamiento - Coagulopatías o tratamiento anticoagulante - Palidez, palpitaciones - Crisis HTA - Alteración del nivel de consciencia - Traumatismos nasales o craneales - Epístaxis recurrentes en 48 horas - Sospecha de cuerpo extraño	- Encamados/paliativos sin destreza de taponamiento

# MAREO Y VÉRTIGO

## Interrogatorio

- 1. ¿Habla, contesta, abre los ojos?** Descartar cuadro sincopal, hipotensión ortostática, bajo gasto cardíaco, hiperventilación.
- 2. ¿Cómo es el mareo?** ¿Tiene sensación de movimiento o giro de objetos?
- 3. ¿Desde cuándo está mareado?**
  - Brusco: VPP, neuronitis vestibular, laberintitis, TCE reciente.
  - Insidioso: insuficiencia vertebrovascular, patología cerebelosa, esclerosis múltiple, cervicartrosis, migraña basilar, tumores de la fosa posterior, otoesclerosis.
- 4. ¿Síntomas acompañantes?**
  - Pérdida de fuerza de alguna extremidad, alteraciones del habla: descartar focalidad neurológica.
  - Dolor torácico: pasar al protocolo correspondiente.
  - Le cuesta respirar: pasar al protocolo correspondiente.
  - Náuseas, vómitos, sudoración profusa, palidez: VPP, neuronitis vestibular, migraña basilar.
  - Acúfenos: vértigo.
  - Dolor de cabeza: valorar pasar al protocolo de cefalea.
  - Fiebre: procesos infecciosos.
  - Disestesias, ansiedad, cefalea tensional: vértigo psicógeno.
- 5. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-?**
  - Patologías crónicas: HTA, DM, ortostatismo, patología ORL, cardiopatías, ansiedad.
  - Fármacos: diuréticos, AINE (tramadol, indometacina, ibuprofeno), sedantes (diazepam...), citotóxicos, drogas (alcohol, cocaína, cannabis).
  - TCE o cirugía en días previos.
  - Episodios previos: orienta a patología previa.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Permanecer en posición acostada, intentar respirar despacio, aflojar la ropa y elevar las piernas.
- Medición de la presión arterial si es posible.

### Medidas específicas

- Si es un cuadro vertiginoso claro, similar al de otras ocasiones, se puede indicar la toma de medicación que el paciente tenga en el domicilio, la haya tomado en otras ocasiones y le haya sentado bien (betahistina, sulpirida...).
- Si se sospecha un cuadro ansioso, se puede indicar la toma de medicación que el paciente tenga en el domicilio, la haya tomado en otras ocasiones y le haya sentado bien (alprazolam, lorazepam....).

## Respuesta desde CCUS-061

Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"><li>- Otagia intensa que no se atenúa con analgesia</li><li>- Otagia con síntomas locales y/o generales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Otagia acompañada de síntomas de alarma (fiebre alta, ampollas CAE, parálisis facial) e imposibilidad de movilización.</li></ul>

# OTALGIA

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuándo lo tiene y cómo ha empezado?

- Agudo: otitis aguda, petrositis, patología dental.
- Crónico: patología ATM, tumores, colesteatoma, aneurismas, Menière, herpes zóster.

### 2. ¿En dónde localiza el dolor?

- Unilateral: procesos infecciosos, cuerpos extraños, Menière, neurinoma, tumores, colesteatoma, herpes, traumatismos.
- Bilateral: trauma acústico, lesiones de la ATM, bruxismo.

### 3. ¿Tiene otros síntomas locales?:

- Supuración: OE, colesteatoma, otitis media perforada, mastoiditis.
- Acúfenos: cierre tubárico, OMA, Menière, HTA, trauma acústico.
- Ampollas en el CAE: herpes zóster.
- Dolor con presión en trago/mastoides: OE, OMA, mastoiditis.

### 4. Valorar síntomas generales:

- Fiebre: OMA, mastoiditis.
- Vértigo: Menière, neurinoma.
- Dolor en otra zona: patología dental/ATM, bruxismo.
- Focalidad neurológica: neurinoma, tumores.
- Parálisis facial: posible otitis para la descompresión urgente.

### 5. AP: cuadro catarral (OMA), OMA (petrositis/mastoiditis), trauma bucal o maxilar (lesión de la ATM), exposición a factores externos (trauma acústico, barotrauma) herpes zóster (neuralgia), pérdida de audición no brusca (neurinoma, patología de oído interno o tubárica, tumores).

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Si hay otalgia aislada, pautar analgesia oral.
- Evitar la humedad en los oídos.
- Si se acompaña de otros síntomas, valoración y recomendaciones adecuadas a cada unos de ellos.
- Vigilancia de aparición de síntomas locales o generales acompañantes.
- Si hay sospecha de cuerpos extraños, evitar la manipular el conducto auditivo.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"><li>- Pérdida de conciencia</li><li>- Emergencia hipertensiva</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Paciente oncológico</li><li>- Hipertensión mal controlada</li><li>- Inestabilidad hemodinámica</li><li>- Vómitos incohercibles</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Paciente encamado</li><li>- Paciente muy afectado y que no acepta o no tolera traslado</li></ul>

## 13. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

# ALTERACIONES DE LA CONDUCTA

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuándo está así?

- Brusco: generalmente patología orgánica (infecciones SNC, TCE, hipoglucemia, hipoxia, abstinencia o intoxicación drogas, HIC, epilepsia), pero no descarta patología psiquiátrica.
- Paulatino: valorar alteración respiratoria, cardiovascular, temperatura, traumatismos, convulsiones, focalidad neurológica, en caso de alteración ir a protocolo específico.

### 2. ¿Sabe en dónde está, reconoce a los familiares, fecha actual? Valorar la orientación. Si alteración: valorar demencia, delirium, trastornos disociativos.

### 3. ¿Presenta ansiedad, tristeza o llanto, euforia, irritabilidad? Valorar trastornos afectivos, ansiedad, depresión o cuadros de manía y/o psicosis.

### 4. ¿Está agresivo? Auto/heteroagresividad. Criterio de riesgo. Orienta a dificultad de autocontrol.

### 5. ¿Presenta alucinaciones o delirio? Valorar la estructura del pensamiento. Valorar cuadro de psicóticos, esquizofrenia, epilepsia, consumo de tóxicos, fármacos o patología orgánica.

- Si presenta alucinaciones: auditivas orienta a patología psiquiátrica. Visuales, olfativas, gustativas orientan a patología orgánica y somatosensoriales orientan a patología orgánica más frecuentemente.

### 6. Presenta disestesias, formicación. Valorar trastornos de ansiedad, delirium tremens, intoxicaciones.

### 7. ¿Presenta otros síntomas ?

- Fiebre: cuadros infecciosos (si fiebre elevada, valorar manchas cutáneas).
- Dolor torácico: pinchazos (ansiedad, duelo). Se valorará pasar a protocolo de dolor torácico.
- Dificultad respiratoria: taquipnea (ansiedad, duelo). Se valorará pasar a protocolo de disnea.

### 8. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-? Puede orientarnos la patología previa (deterioro cognitivo) o los desencadenantes situacionales.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Actitud y entorno tranquilizador. Mantener la calma. Apoyo al paciente.
- Si hay disminución de nivel de conciencia, se recomendará colocar al paciente en PLS.

### Medidas específicas

- Demencia, delirium: habitación con luz, puntos de referencia. Reajuste de medicación de rescate.
- Trastornos disociativos: entorno de apoyo, estrategias de recuperación de memoria.
- Trastornos de ansiedad: maniobras de relajación, ventilación de aire espirado. Alprazolam sl, si lo tiene en el domicilio y lo ha tomado en otras ocasiones.
- Depresión: soporte psicológico, contacto con familiares.
- Duelo: psicoterapia de "ventilación".
- Manía, psicosis, esquizofrenia: no discutir el contenido del pensamiento ni percepción, disminuir el estrés ambiental, actuar sobre la familia. Valorar el reajuste de medicación en la crisis.
- Convulsiones: evitar golpes, no meter nada en la boca, PLS en cuanto sea posible.
- Intoxicaciones: si hay agitación, tratamiento sintomático (haloperidol o BZD).
- Delirium tremens: actitud y entorno tranquilizador. BZD.

## Respuesta desde CCUS-061

Emergencia	Derivación a Urgencias	Derivación a AP	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alt de conducta que sugiera pat orgánica grave</li> <li>- Alt nivel de conciencia</li> <li>- Cortejo vegetativo</li> <li>- Dificultad respiratoria</li> <li>- Manchas en la piel de aparición brusca</li> <li>- Sospecha intoxicación grave</li> <li>- Convulsiones</li> <li>- Traumatismo previo</li> <li>- Delirium tremens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jóvenes, adultos o ancianos si no lo impide circunstancia alguna</li> <li>- Conducta que entrañe peligro</li> <li>- Dificultad en el manejo del paciente</li> <li>- Alteración de la conducta que sugiera pat orgánica leve</li> <li>- Patología que no remite tras la rellamada</li> <li>- Tras la ingesta de fármacos</li> <li>- o estupefacientes</li> <li>- Entorno no colaborador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración de la conducta leve con entorno colaborador y que consiga controlar al paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situación basal que impida derivación</li> <li>- Pacientes que no acepten la derivación</li> </ul>



# ALTERACIONES DEL SUEÑO

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuándo le cuesta dormir?

- Aguda (días): cambios de horario (laboral, residencia, viajes), ansiedad, acontecimiento estresante reciente.
- Corta duración (menor a 3 semanas): duelo, estrés, situacional, patología orgánica aguda.
- Crónica (meses): descartar patología orgánica crónica o psiquiátrica subyacente (depresión...).

### 2. ¿Cómo es la característica del sueño?

- Le cuesta conciliar el sueño: generalmente relacionado con patología ansiosa, valorar si duerme la siesta (motivo frecuente de insomnio en ancianos), actividad física excesiva vespertina, actividad mental excesiva por la noche (pantallas de datos), estimulantes vespertinos (cafeína).
- Duerme fácilmente pero se despierta muy temprano: frecuente en ancianos por la menor necesidad de dormir, abuso de depresores del SNC (alcohol), situacional, depresión, ansiedad.
- Despierta varias veces por la noche: ansiedad, enolismo, drogas de abuso, fármacos, patología orgánica (síndrome de piernas inquietas, prostatismo, algias en general, apnea del sueño).
- Somnolencia diurna: apnea del sueño, narcolepsia, exceso de sedantes.

### 3. ¿Presenta otros síntomas?:

- Valorar la afectividad: depresión, ansiedad, trastornos alimenticios.
- Presenta algún dolor: cefalea (en racimos), dolor torácico (angor, RGE), abdominal (pirosis, ulcus), espalda (lesiones vertebrales), piernas (insuficiencia venosa periférica).
- Disnea: DPN, BCO, asma.
- Nicturia: DM, prostatismo.

### 4. ¿Padece alguna enfermedad -AP-? Orientan a la etiología.

- DM, patología tiroidea, IC, patología psiquiátrica, menopausia, tratamientos (diuréticos, simpaticomiméticos, corticoides, betabloqueantes, broncodilatadores, antihipertensivos, ANOV...)

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Explicar la necesidad real del sueño: un anciano tiene una necesidad de 4-5 h con sueño fragmentado.
- Explicarle las necesidades individuales (cada persona tiene sus necesidades) y circunstanciales (laborales, viajes, cambios de residencia, preocupaciones temporales, patologías temporales).
- Levantarse y acostarse a la misma hora, incluido el fin de semana.
- Evitar cenas copiosas y acostarse inmediatamente después.
- Realizar ejercicio regularmente, evitándolo ante de acostarse y de forma intensa.
- Evitar siestas diurnas.
- Evitar alcohol y estimulantes (té, café, colas...) antes de acostarse.
- Levantarse si no se concilia el sueño en 45 min y realizar una actividad relajante hasta sentir sueño nuevamente (ducha caliente...), toma de infusiones (valeriana, manzanilla...).

### Medidas específicas

- Si hay una causa identificable, abordarla: revisión/ajuste de fármacos, patología orgánica o psiquiátrica.
- Recomendación de melatonina o hipnóticos: si los tiene en el domicilio y los ha utilizado en otras ocasiones.

## Respuesta desde CCUS-061

Pasar a médico consultor	Derivación a AP	Visita a domicilio
- Si precisa indicación de hipnóticos - Si precisa reajuste de alguna medicación específica	- Tras varios días de evolución sin mejoría con medidas indicadas - Sospecha de patología orgánica o psiquiátrica subyacente - Enolismo o drogas de abuso - Reajuste de medicación previa que no se consigue desde CCUS	- Paciente encamado o incapacitado con un cuadro de agitación sobreañadida

# IDEACIÓN SUICIDA

## Interrogatorio

Sex (sexo)	1 varón
Age (edad)	1
Depression (depresión)	1 <20 o >45 años
Previous (intento previo)	1
Ethanol (abuso alcohol)	1
Rational thinking loss (pérdida pensamiento racional)	1
Social support lacking (falta de apoyo social)	1
Organised plan (planificación)	1
No spouse (sin pareja)	1
Sickness (enfermedad)	1

Si puntuación total = 1 a expensas de sexo, edad o ausencia de pareja, no contabiliza.

### Valorar otros factores de riesgo:

- AP enf. psiquiátrica/somática.
- Problemas laborales.
- Consumo de otras drogas.
- Pérdida de independencia.
- Acceso a armas/fármacos.
- Falta de expectativas futuras.
- Situación límite.
- Violencia de género.

SAD PERSONS	
0-2	Seguimiento ambulatorio
3-4	Seguimiento ambulatorio (control estrecho)
5-6	Hospitalización, salvo muy buen apoyo y control
7-8	Hospitalización

## Consejo telefónico

### Si el alertante es diferente del paciente

- No abandonar al paciente.
- Ambiente controlado, acompañante tranquilo, no recriminar.
- Retirar del alcance del paciente fármacos, drogas, armas, etc.

### Si el alertante es el propio paciente

- Se trata de una demanda de ayuda.
- Empatizar, actitud tranquila y no crítica.
- Dar mensajes positivos, transmitir esperanza.
- Ofrecer, si es posible, soluciones al problema que precipita la ideación.
- Averiguar el teléfono: fijo o de algún contacto cercano.
- Si es de alto riesgo y paciente solo, mantener el contacto telefónico.
- Hacer reflexionar al paciente sobre los motivos que puedan evitar la ideación (vinculos afectivos estrechos, cuidador de terceros...)
- Si se decide hacer seguimiento ambulatorio, enfatizar en la existencia de recursos sanitarios disponibles las 24 h para proporcionar ayuda.
- Si existe sospecha de violencia de género, ofrecer contacto con 016 y teléfonos/centros específicos de ayuda.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Derivación a AP/USM	Visita a domicilio
SAD PERSONS 5-10 y si: - Entorno no colaborador. - Si el paciente no acepta derivación, enviar también a fuerzas de seguridad.	SAD PERSONS 5-10 si: - Paciente que acepta - derivación, valorar necesidad de traslado en ambulancia si el entorno no es colaborador. - Siempre que exista intento/gesto suicida	SAD PERSONS 0-2 SAD PERSONS 3-4 con estrecho control	- Ancianos o paliativos cuya situación funcional o basal desaconseja su movilización

# TRASLADO INVOLUNTARIO

## Interrogatorio

- 1. ¿Cómo está el paciente, acepta voluntariamente el traslado?** Nos orienta sobre el recurso a enviar.
  - ¿Cómo ha empezado el cuadro? Puede ayudar a decidir si se trata de una urgencia o emergencia.
- 2. ¿Tiene orden judicial?**
  - Sí: indica traslado obligatorio, aunque no se trate de patología urgente.
  - NO: continuamos el interrogatorio.
- 3. ¿Tiene síntomas o hay alguna situación que puede justificar el traslado involuntario?**
  - Tiene riesgo autolítico, auto/heteroagresividad, percepción distorsionada de la realidad: indicación de traslado.
  - No entraña riesgo ni premura: pasar a protocolo específico (alteraciones de la conducta, ideación autolítica).
- 4. ¿Padece alguna enfermedad -AP-?** Puede orientarnos la patología previa (deterioro cognitivo) o los desencadenantes situacionales, patología orgánica

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Si hay peligro hacia terceros, abandonar la zona donde está el paciente. Ponerse a salvo.
- Retirar del alcance del paciente agitado o agresivo todo aquello con lo que pueda hacerse daño a él mismo o a terceros.
- Discurso tranquilizador, no juzgar ni amenazar al paciente por su actitud.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado + FOP	Derivación a Urgencias
- Paciente que no acepta traslado	- Paciente que acepta traslado
- PROGRAMA ACOUGO: Protocolo general sobre traslados e ingresos no voluntarios y urgentes de personas con enfermedad o trastorno mental en Galicia, de 24 de febrero de 2004, entre la Consellería de Sanidad, la Delegación del Gobierno en Galicia y la Consellería de Justicia, Interior y Administración Local	

## 14. APARATO LOCOMOTOR

# ACCIDENTE/ LESIÓN DOMICILIARIA

## Interrogatorio

1. **¿Interrogatorio ABC?** Habla, contesta y respira normal. Si no es así, pasar a protocolos correspondientes.
2. **¿De qué altura se ha caído?** La misma o diferente.
3. **¿Cuál ha sido la causa de la caída?** Tropezón, resbalón, mareo, síncope. Oriente a causa y protocolo específico.
4. **¿Dónde se localiza el traumatismo?** Orienta al consejo y a la respuesta telefónica.
5. **¿Cómo está la zona o el miembro afectado?** Deformidad, herida o sangrado, impotencia funcional (puede moverse, puede apoyar), pérdida de sensibilidad.
6. **¿Padece alguna enfermedad -AP-?** Enfermedades, vida basal, tratamiento que toma (anticoagulantes, BZD, antiparkinsonianos...) por hemorragias o inestabilidad de la marcha.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- No movilizar al paciente hasta que llegue la ayuda.
- Si hay sangrado, se indicará compresión de la zona con un paño limpio.
- Abrigar al paciente si lo precisa: vía pública, condiciones meteorológicas adversas, hipovolemia.
- Aplicar frío local en la zona del traumatismo si es posible.
- Tranquilizar al enfermo o a la familia.

## Respuesta desde CCUS-061

Pasar a médico consultor	Derivación a centro de Urgencias
<ul style="list-style-type: none"><li>- Mareo, sudación o palidez</li><li>- Dolor torácico</li><li>- Disnea</li><li>- Cambios de algunos síntomas previos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Derivación a su CS o PAC según horarios:<ul style="list-style-type: none"><li>• Si es un trauma leve y sin pérdida de sensibilidad, ni impotencia funcional y no toma ACO</li><li>• Resto de pacientes para descartar fracturas, sangrado internos</li></ul></li></ul>

# DOLOR DE ESPALDA

## Interrogatorio

- 1. ¿Dónde le duele?** Lumbosacro, cervical, dorsal.
- 2. ¿Hacia donde irradia?**
  - Tórax: SCA, neumonía, derrame pleural, disección de aorta (interescapular).
  - Abdomen: ulcus gástrico, cólico biliar, pancreatitis, dismenorrea.
  - Ingle: cólico nefrítico.
  - Extremidad superior: discopatía cervical, cervicobraquialgias, Pancoast, costilla cervical.
  - Extremidad inferior: lumbociatalgia, artropatía de cadera.
- 3. ¿Cuándo empezó? ¿Ya lo tuvo antes?** Reagudización dolor crónico (artrosis, artritis, osteoporosis...).
- 4. ¿Cómo empezó?**
  - Brusco: trauma previo, esfuerzo físico, SCA, disección o rotura aneurisma aorta, cólico renal, infección.
  - Insidioso: dolor mecánico (artrosis) o inflamatorio (espondilitis anquilosante).
  - Empeora al moverse: origen mecánico.
  - Empeora al tumbarse: origen radicular.
  - Persiste en reposo (incluso le despierta): dolor inflamatorio u oncológico.
  - Empeora al toser o con inspiración profunda: pleurítico (neumonía, derrame pleural, enfisema..).
  - Empeora con maniobras de Valsalva: dolor de origen radicular.
- 5. ¿Presenta algún otro síntoma?**
  - Disnea, mareo, cortejo: SCA, rotura o disección aneurisma de aorta.
  - Fiebre: osteomielitis, pancreatitis, cólico biliar, viriasis.
  - Cefalea: meningismo.
  - Náuseas o vómitos: origen visceral.
  - Rigidez matutina: artropatías inflamatorias. (AR, espondilitis...).
  - Déficit motor y/o sensitivo y/o relajación de esfínteres, dolor radicular: hernia, fractura vertebral.
- 6. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-?** Neoplasias, cardiovascular, anticoagulados (hemorragia retroperitoneal).

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Explicar la necesidad.
- Advertir de los signos de alarma (red flags de la lumbalgia).
- Si los signos de alarma son negativos, tranquilizar al paciente y advertir de la lenta evolución.
- Evitar el reposo absoluto.
- Calor seco 15-20 min/3-4 veces/d.
- Medidas posturales antiálgicas.

### Medidas específicas

- Antiinflamatorios (vo y tópicos) o im (corticoides) en ciatalgias.
- Analgésicos:
  - Paracetamol: sg peso (máx 4 g/d).
  - AINE: ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, dexketorprofeno.
  - Metamizol: (575, 3-4 veces al día); Tramadol: 50-100/6-8 h (máx 400 mg/d); Codeína (30 mg/4-6 h).
  - Relajantes musculares: si los tiene en el domicilio, lo ha tomado previamente y le han sentado bien.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Dolor de espalda con afectación del estado general - Dolor de espalda con perfil anginoso o sospecha de disección aórtica - Traumatismo con sospecha de fractura o lesión medular	- Dolor de espalda con signos de alarma: obnubilación, cefalea, fiebre, déficits motores y/o sensitivos, relajación de esfínteres y vómitos - Dolor con impotencia funcional refractario al tratamiento	- Imposibilidad de movilización para el traslado - Mismos supuestos, pero en pacientes con imposible derivación (encamado, terminal) - Negativa de la familia o el paciente al traslado y cuya patología aconseje ser vista por un médico.

# DOLOR DE MIEMBRO INFERIOR

## Interrogatorio

### 1. ¿Cuánto tiempo lleva con el dolor?

- Inicio súbito (horas): postraumático, isquemia arterial aguda, rotura de tendón aquileo, gota.
- Inicio gradual (días): tendinitis, bursitis, osteomielitis, artritis, inflamatorias, TVP.
- Inicio insidioso: insuficiencia venosa periférica, isquemia crónica de MMII, artrosis, fibromialgia.

### 2. ¿Dónde se localiza?

- En la articulación: cadera, rodilla, pie, primer dedo.
- Fuera de la articulación.

### 3. ¿Cómo es la coloración y Tª de la piel?

- Piel pálida y fría: isquemia arterial (aguda o crónica).
- Piel enrojecida y caliente: Procesos inflamatorios agudos: brotes de artritis, celulitis, tromboflebitis superficiales.
- Piel edematosa, caliente y violácea: TVP.

### 4. ¿Qué factores lo han desencadenado y cómo se modifica el dolor?

- Traumatismo previo: fractura, luxación, derrame articular.
- Empeora a la palpación: reumatismos de partes blandas (tendinitis, bursitis...).
- Empeora con el movimiento y alivia con el reposo.
- Al subir o bajar escaleras, o al sentarse o levantarse: artrosis de cadera y/o rodilla.
- Durante la deambulación: isquemia arterial crónica; estenosis del canal medular.
- No alivia con el reposo: artropatías inflamatorias, dolor oncológico.
- Empeora con las maniobras de Valsalva: dolor de origen radicular.
- Elevación del miembro: isquemia arterial crónica (empeora); IVC (alivia).
- Sentado con las piernas colgando: isquemia arterial crónica (alivia); IVC (empeora).

### 5. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-? Pueden orientar a la causa.

- Laborales, deporte, fármacos (ANOV, ACO, esteroides), conectivopatías, vasculitis, IV.

## Consejo telefónico

### Medidas específicas

- Dolor postraumático: reposo (evitando la movilización de las articulaciones implicadas), elevación del miembro y aplicar frío local.
- Dolor en partes blandas (ej.: tendinitis, bursitis, esguinces) reposo relativo con el miembro elevado y frío local. Vendajes compresivos y analgésicos (valorar tópicos, si los tiene en el domicilio y lo ha utilizado en otras ocasiones y siempre que no tenga heridas abiertas).
- Dolor mecánico: se recomendará la aplicación de calor local a intervalos, analgésicos. Utilización de un bastón del lado contrario al miembro afectado.
- Analgésicos si no hay contraindicaciones y/o alergias:
  - Paracetamol: sg peso (máx 4 g/d).
  - AINE: ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, dexketorprofeno.
  - Metamizol: 575 mg/3-4 veces al día.
  - Tramadol: 50-100/6-8 h (max 400 mg/d).

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Traumatismo con afectación del estado general	- Traumatismo reciente (sospecha de fractura, luxación, esguince) - Dolor articular con fiebre - Síntomas neurológicos sugestivos de radiculopatía lumbosacra - Brote de dolor crónico con pobre respuesta a la analgesia - Primer episodio de dolor inflamatorio o de dolor mecánico que no cede con analgésicos del primer escalón - Tromboflebitis - Isquemia arterial aguda - Dolor de tipo vascular en pacientes con factores de riesgo para TVP	- Mismos supuestos, pero en pacientes con imposible derivación - Dolor oncológico

# DOLOR DE MIEMBRO SUPERIOR

## Interrogatorio

### 1. ¿Cuánto tiempo lleva con el dolor?

- Inicio súbito (horas): postraumático, fractura, luxación, desgarro, angor, gota, embolia arterial.
- Inicio gradual (días): tendinitis, bursitis, brotes de artropatías inflamatorias, artritis sépticas.
- Inicio insidioso: fibromialgia, artrosis, neoplasias, túnel carpiano.

### 2. ¿Dónde localiza el dolor? ¿Se irradia hacia algún lugar?

- Hombro
  - Dolor local: tendinitis en manguitos rotadores, capsulitis adhesiva, artropatías, neoplasias.
  - Dolor referido: angor, pericarditis, tumor Pancoast, TEP, cólico biliar, absceso subfrénico, rotura víscera abdominal.
- Codo (suele irradiar hacia antebrazo) epicondilitis, epitrocleitis, bursitis, artropatías (gota).
- Mano/dedos: artritis reumatoide (simétrica), S del túnel carpiano, rizartriosis, tendosinovitis de Quervain.
- Punta de los dedos: fenómeno de Raynaud.
- Dolor irradiado por todo el MMSS: SCA, radiculopatía cervical, síndrome del estrecho torácico.
- Difuso (sobre todo en espalda): fibromialgia.

### 3. ¿Tiene algún otro síntoma?:

- Dolor torácico, disnea: SCA, TEP, neumotórax, pleuritis.
- Cortejo neurovegetativo, mareos, hipotensión: SCA, disección aórtica, rotura víscera abdominal.
- Palidez y frialdad: embolia arterial aguda.
- Dolor abdominal, náuseas: cólico biliar, absceso subfrénico (en ambos dolor referido a hombro).
- Fiebre: artritis infecciosas, osteomielitis agudas.
- Signos inflamatorios locales (calor, rubor, tumefacción e impotencia funcional):
  - Articulares: gota, artritis reumatoide, artritis infecciosas.
  - Extra-articulares: celulitis, flebitis, tendinitis.
- Rigidez, disminución de la movilidad de la articulación: artritis reumatoide, tendinitis, calcificaciones.
- Deformidad: fracturas, luxaciones.
- Hormigueos, alteraciones de la sensibilidad, debilidad muscular: radiculopatía cervical, compromiso nervio periférico (síndrome del tunel carpiano).

### 4. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-? Puede orientar al diagnóstico

- Hábitos de vida, cardiopatías, patología pulmonar, conectivopatías, vasculitis, fármacos...

## Consejo telefónico

### Medidas específicas

- Dolor postraumático: reposo (evitando la movilización de las articulaciones implicadas), cabestrillo y aplicar frío local.
- Dolor en partes blandas (ej.: tendinitis, bursitis, esguinces): reposo relativo, cabestrillo y frío local. Vendajes compresivos y analgésicos (valorar tópicos, si los tiene en el domicilio y los ha utilizado en otras ocasiones).
- Dolor mecánico: se recomendará la aplicación de calor local a intervalos y analgésicos.
- **Analgésicos** si no hay contraindicaciones y/o alergias:
  - Paracetamol: (máx. 4 g/d); AINE: ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, dexketoprofeno.
  - Metamizol: (575 mg, 3-4 veces/d); Tramadol: 50-100/6-8 h (máx 400 mg/d); codeína (30 mg/4-6 h).

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Traumatismo con afectación del estado general - Dolor de miembro superior sugestivo de SCA disección aórtica - Dolor de miembro superior sugestivo de embolismo arterial	- Trauma reciente (sospecha fractura, luxación) - Dolor articular con fiebre - Síntomas neurológicos sugestivos de radiculopatía cervical - Dolor de etiología desconocida o mal controlado - Brote de dolor crónico con pobre respuesta a la analgesia	- Mismos supuestos, pero en pacientes con imposible derivación (encamado, terminal) - Dolor oncológico



## 15. APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

# SÍNDROME MICCIONAL

## Interrogatorio

- 1. ¿Desde cuándo?** Aguda (bacteriana), paulatina (clamydia).
- 2. ¿Cómo es la micción?**
  - Pequeña cantidad, más frecuente sin dolor: hipertrofia prostática, ansiedad, vejiga neurógena.
  - Pequeña cantidad, más frecuente con dolor: ITU, en ancianos obstrucción en salida por HBP.
  - Gran cantidad sin dolor: DM, diabetes insípida, potomanía, IRC, diuréticos.
  - Ganas de orinar frecuentes: infección, neo de vejiga, tratamiento por RT o QT, disfunción neurógena.
  - Le cuesta iniciar la micción: patología prostática, vejiga neurógena.
- 3. ¿De qué color es la orina?:**
  - Incolora: DM, diabetes insípida, alcohol, diuréticos, IR avanzada, hidratación abundante.
  - Turbia, lechosa: piuria, quiluria, cristales de fosfato.
  - Verdosa: infección por bacilo piocianico.
  - Roja: pasar a protocolo de hematuria
- 4. ¿Tiene incontinencia urinaria?**
  - Intervalos frecuentes y en pequeña cantidad: por rebosamiento, retención crónica.
  - Continuas, más frecuente al levantarse o sentarse: hipertrofia o neo de próstata, neuropatía diabética, fístula vesiculovaginal. retención crónica
  - Con Valsalva: pérdidas por estrés.
- 5. ¿Tiene otros síntomas asociados?**
  - Fiebre con dolor suprapúbico (cistitis, prostatitis aguda) o con dolor costovertebral (pielonefritis).
  - Artromialgias, sinusitis crónica, vasculitis.
- 6. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-?** ITU recurrente, cálculos, patología prostática, trauma, cirugía genitourinaria, DM, enfermedad neurológica, hábitos sexuales (ETS, uretritis..).

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Hidratación abundante, eliminar irritantes (alcohol, tabaco, condimentos y picantes en comida), instar a orinar frecuentemente, lavado perineal de delante atrás, micción postcoital.
- Infusiones de cilantro (propiedad antiinflamatoria) o arándanos (bloquea ciertas bacterias).
- Usar ropa interior cómoda, preferiblemente de algodón. Evitar trajes de baño húmedos mucho tiempo.
- Calor local en hipogastrio (disminuye presión sobre la vejiga) y fosa renal.
- Administrar vitamina C (acidifica orina) si no tiene antecedentes de nefrolitiasis.

### Medidas específicas.

- Si hay sonda urinaria: ingesta abundante de líquidos, bolsa de drenaje siempre por debajo del nivel de la vejiga, lavado de manos previamente por parte de la persona que manipula la sonda.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso a Urgencias	AP/PAC	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"><li>- Retención urinaria</li><li>- Fiebre</li><li>- Dolor costovertebral</li><li>- Traumatismo abdominopélvico</li><li>- Tras cirugía de aparato genitourinario, abdominopélvica</li><li>- En el pacientes monorreno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Disuria y/o polaquiuria y/o tenesmo</li><li>- Dificultad para inicio micción</li><li>- Incontinencia de orina de debut</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pacientes cuya situación funcional o basal impida acudir a un centro sanitario</li></ul>

# SÍNDROME ESCROTAL AGUDO

## Interrogatorio

- 1. Edad:** 0-14 años (torsión de apéndices), de 11-18 años (torsión testicular), pospuberal. (epididimitis/orquitis). No haría falta preguntarlo, ya que aparece reflejado tras el interrogatorio telefónico.
- 2. ¿Cuándo comenzó el dolor?** Agudo (torsión testicular), gradual (epididimitis/orquitis), agudo/gradual (torsión de apéndices).
- 3. ¿En dónde se localiza el dolor?**
  - En el testículo afecto con irradiación suprapúbica, inguinal o fosa lumbar: torsión testicular.
  - En polo superior testicular con menor irradiación que la torsión testicular: torsión de apéndices.
  - En el testículo afecto y puede irradiar a región inguinal ipsilateral: epididimitis/orquitis.
- 4. ¿Qué aspecto tiene el escroto?**
  - Aumentado: orquitis/epididimitis, torsión testicular.
  - Normal: torsión de apéndices (suelen asociar edema).
  - Elevado y transversal, y no disminuye el dolor al elevar el testículo: torsión testicular.
  - Normal con mejoría del dolor al elevar el testículo: epididimitis/orquitis, torsión de apéndices.
  - Enrojecido, inflamado: epididimitis/orquitis. En la torsión evolucionada a veces tiene aspecto enrojecido (orquitis isquémica).
  - Retraído y dolor intenso: torsión testicular.
  - Gota azul y pequeño nódulo doloroso en polo superior del testículo: torsión de apéndices.
- 5. ¿Síntomas acompañantes?**
  - Náuseas y vómitos: frecuente en torsión testicular y menos frecuente en torsión apéndices.
  - Fiebre, afectación estado general, síntomas miccionales: orquitis/epididimitis.

## Consejo telefónico

### Medidas específicas

- Si hay sospecha de torsión testicular: le indicaremos que vaya urgentemente al hospital, para garantizar la viabilidad testicular (< 6 h→85-100%, 6-12 h→70%, 12h→20%).
- Si hay sospecha de torsión de apéndices testiculares: tratamiento sintomático para el dolor. Resolución por autoinfarto tras una semana aproximadamente.
- Epididimitis/orquioepididimitis: antibióticos (etiología bacteriana), AINE, analgésicos, reposo en cama, aplicar frío local, actividad física limitada, suspensorio testicular (calzoncillo tipo slip o similar).

## Respuesta desde CCUS-061

Derivación a AP/PAC	Derivación a Urgencias hospital	Visita a domicilio
- Epididimitis. - Orquioepididimitis	- Torsión testicular - Torsión apéndices testiculares	- Pacientes cuya situación funcional o basal impida acudir a un centro sanitario

# HEMATURIA

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde hace cuánto tiempo tiene el sangrado?

- Agudo: traumatismos, aparición de cualquier patología genitourinaria.
- Crónico: orienta a episodios previos.

### 2. ¿Cuándo tiene el sangrado?

- Al principio de la micción: lesión distal al cuello vesical o uretra.
- Al final de la micción: patología prostática, uretra posterior o cuello vesical.
- Toda la micción: origen intra o supravescical.

### 3. ¿Cómo es el sangrado?

- Marrón oscuro tipo Coca-Cola: origen en vías urinarias superiores.
- Rojo brillante: hipertrofia prostática, litiasis renal u origen vesical.
- Valorar pseudoheaturia: metrorragias, alimentos (remolacha, judías, mora...) y fármacos (rifampicina, amitriptilina, fenotiacinas, salicilatos, metilicina, sulfamidas).

### 4. ¿Tiene otros síntomas asociados?

- Síndrome miccional: despistaje de ITU como desencadenante.
- Fiebre: ITU, glomerulonefritis, prostatitis, neo renal.
- Edemas en cara, párpados, pies: síndrome nefrótico.
- Náuseas o vómitos: glomerulonefritis, nefrourolitiasis, IR.
- Dolor de espalda, costolumbar o abdominal: nefrourolitiasis, ITU, neoplasias, infarto renal.
- Exantemas, dolor articular: colagenosis (LES...), vasculitis.

### 5. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-? Cálculos renales, patología tumoral prostática, gota, TB, colagenosis, vasculitis, trasplantado renal, traumatismos, cirugía abdominopélvica o técnicas diagnósticas recientes (biopsia prostática, cistoscopia -hematuria 3-4 días posteriores), patología renal congénita (poliquistosis), trabajadores de industrias con productos químicos (orientan a síndrome previo).

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar al paciente. Aflojar la ropa si presenta dolor abdominal. Vigilancia del estado hemodinámico si el sangrado es muy abundante.
- Si hacemos manejo domiciliario, le explicaremos signos de alerta: fiebre, dolor abdominal o aumento del sangrado.

### Medidas específicas

- Si presenta clínica miccional SIN FACTORES DE RIESGO con leve hematuria intermitente podríamos recetar antibióticos como Monurol® 3 g en monodosis, ingesta hídrica abundante y vigilancia sintomática. Control MAP.
- Si presenta hematuria con coágulos en paciente sondado y familia colaboradora, indicar lavado de sonda.

## Respuesta desde CCUS-061

### Derivación a Urgencias

- Alteraciones de la coagulación o que tomen anticoagulantes
- Retención de orina
- Tras traumatismo reciente
- Tras cirugía abdomino-pélvica reciente
- IRC
- Fiebre
- Trasplantado renal

### Visita a domicilio

- Pacientes cuya situación funcional o basal impida acudir a un centro sanitario

# OLIGOANURIA

## Interrogatorio

### 1. ¿Desde cuándo?

- Agudo: **prerenal**: perfusión insuficiente (hipovolemia, ICC, sepsis,...), **renal**: GN, NTA,... **postrenal**: obstrucción de la vía excretora (cálculo, coágulo,...). Fármacos (inicio o modificación reciente de tratamientos pueden favorecer retención urinaria (antidepresivos, ansiolíticos, neurolepticos, opioides...), estreñimiento.
- Crónico: empeoramiento de la IRC, fármacos nefrotóxicos.

### 2. ¿Cuál es el volumen de orina al día (< 400 ml/d)? Nada (uropatía obstructiva), alternante (uropatía obstructiva, ICC).

### 3. ¿Cómo es la orina? Con sangre (pasa a guía de hematuria), turbia (ITU).

### 4. ¿Tiene otros síntomas acompañantes?

- Afectación del estado general (dolor): globo vesical.
- Disnea, ortopnea, edemas: ICC.
- Hemorragia: obstrucción de la vía secretora, ITU.
- Fiebre, síndrome miccional: ITU.
- Diarrea, vómitos (por hipovolemia): IR prerenal.
- Dolor articular, manchas en la piel: colagenopatías (LES, esclerodemia,...).
- Epixtasis, sinusitis: vasculitis.
- Edemas palpebral, facial, piernas, expectoración hemoptoica: glomerulonefritis, IRC.
- Estreñimiento: posible causa de oligoanuria.

### 5. ¿Padece alguna enfermedad -AP-?

- Patología urinaria: sonda urinaria, patología prostática, gota (uropatía obstructiva, nefropatía gotosa), ITU, infección faríngea o vírica, monorroño, poliquistosis renal.
- Tratamientos: antibióticos (cefaloridina, nitrofurantoina, trianterene), NTA, nefritis intersticial, diuréticos (nefritis intersticial, IRA prerenal).
- Patología neurológica: Parkinson, EM...

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar al paciente y familia.

### Medidas específicas

#### • Si sospecha etiología prerenal, según causa:

- IC: sentado con piernas colgando.
- Hemorragia: comprimir zona sangrado.
- Diarrea, vómitos, exposición altas temperaturas: hidratación abundante.

#### • Si sospecha etiología renal o postrenal, según causa:

- Cólico renal: hidratación abundante, calor local y analgesia.
- IRC moderada: restricción ejercicio intenso, reposo nocturno  $\geq 9$  h, evitar tabaco, restricción de proteínas en la dieta, ingesta de líquidos proporcional a la insuficiencia renal

## Respuesta desde CCUS-061

Derivación a AP	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Oligoanuria filiada: paciente con patología crónica adecuadamente vigilado y entorno colaborador - -Oligoanuria filiada: paciente con patología crónica adecuadamente vigilado y entorno colaborador	- Anuria - Patología crónica reagudizada, de varias horas de evolución y sin mejoría significativa - Sospecha de cólico nefroureteral	- Cambio de sonda urinaria, si no puede desplazarse. - Pacientes cuya situación basal o funcional impida acudir a un centro sanitario (encamados, pluripatología)

## 16. PROBLEMAS GENERALES

# ATragantamiento Resuelto

## Interrogatorio

1. ¿Presenta dificultad para respirar o ruidos respiratorios? Orienta a obstrucción parcial de VA.
2. ¿Qué estaba haciendo en ese momento? Comiendo, bebiendo, jugando (cuerpo extraño).
3. ¿Sialorrea, disfagia, odinofagia? Orienta a obstrucción esofágica.
4. ¿Sensación de cuerpo extraño, molestias a nivel cervical o retroesternal? Impactación.
5. ¿Fiebre? ¿Clínica acompañante? Palidez, mareos: neumonía, sepsis.
6. ¿Padece alguna enfermedad -AP-?
  - Alimentación a través de dispositivos (SNG, SNY/D, PEG), traqueotomizado, prótesis dentales: broncoaspiración.
  - Enfermedades degenerativas: ELA, esclerosis múltiple, Alzheimer, epilepsia, osteomalacia.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Colocar al paciente en sedestación, incorporado 90° si es posible.
- Nunca se debe intentar empujar los cuerpos extraños/bolos de alimento impactados, ya que podemos producir lesiones mayores.
- Vigilar Tª y ruidos respiratorios.

### Medidas específicas

- En caso de cuerpos extraños de especial atención:
  - **Moneda (5-2-1 céntimos):** vigilancia y en caso de no expulsarla en menos de 24 h derivar al paciente. Acelerar el tránsito intestinal con dieta rica en fibra.
  - **Pilas e imanes:** hacer un control de rx, ya que si queda en el esófago, se adhiere a pared y la puede perforar.
  - **Resto de cuerpos extraños sin aristas menores de 2 cm:** vigilancia y acelerar el tránsito intestinal con dieta rica en fibra.

## Respuesta desde CCUS-061

Derivación a AP	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Control evolutivo o Rx	- Disnea o ruidos respiratorios - Sospecha de broncoaspiración/ fiebre - Sialorrea, disfagia, sensación cuerpo extraño, dolor cervical o retroesternal - Deterioro en enfermedades degenerativas de nueva aparición - Ingestión objetos cortantes/punzantes, paquetes drogas, pilas, imanes y monedas con zinc - Impactación de bolo alimenticio	- Encamados/paliativos sin datos de alarma

## ÉXITUS ESPERADO

### Interrogatorio

1. **¿Está consciente?** NO. Si está estuporoso, pasará a protocolo de coma y estupor.
2. **¿Respira con normalidad?** NO RESPIRA. Si respira con dificultad, pasará a protocolo de disnea.
3. **¿Era un fallecimiento esperado, era previsible que pudiera fallecer? (AP enfermedad terminal...)?**
  - Si la respuesta es SÍ: orienta a éxitus esperado.
  - Si la respuesta es NO: se pasará a protocolo de RCP.

### Consejo telefónico

- Intentar tranquilizarlos si es preciso. Explicando que puede haber algún movimiento extraño como reflejos de desinhibición del cadáver y que es normal.
- Informar de los pasos a dar. No se informará de los tiempos.
- Dar el pésame/condolencias a la familia: ofrecerse a gestionar cualquier intervención a través de los médicos de AP en el caso de que el duelo sea mal tolerado.

### Respuesta desde CCUS-061

Visita domiciliaria	Pasar a médico consultor
<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>VD P 2</b> en general</li><li>- <b>VD P 1</b> si hay mucha ansiedad en la familia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Si el paciente:<ul style="list-style-type: none"><li>• Respira</li><li>• Se mueve</li><li>• El fallecimiento no estaba previsto</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Médico a enviar:<ul style="list-style-type: none"><li>• HAO: su <b>MAP</b>.</li><li>• HAC, médico <b>PAC</b>.</li><li>• Paciente de HADO fallecido en horario HADO, acudirá médico de <b>HADO</b>.</li></ul></li></ul>	



# FIEBRE

## Interrogatorio

1. **¿Cuánta fiebre tiene y desde cuando?** Información aportada por teleoperador del 061.
2. **¿Está muy postrado?** En niños si está activo, juega, ve la tele al disminuir la fiebre. Si no hay mejoría, podría indicar un dato de alarma.
3. **Tiene otros síntomas:**
  - Rigidez de nuca, vómitos, manchas en la piel que no remiten con la vitropresión: meningitis.
  - Tos, espectoración, fatiga, dolor costal: infección vía aérea inferior.
  - Dolor faríngeo, odinofagia: infección VAS.
  - Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal: gastroenteritis.
  - Manchas en la piel (exantemas, pápulas): viriasis, enfermedades exantemáticas.
  - Molestias urinarias (disuria, polaquiuria, tenesmo): ITU.
  - Disminución del nivel de alerta, está adormilado, habla lentamente: descartar sepsis.
4. **AP:** asma, epc, cardiopatías, inmunosupresión, oncológicos, conectivopatías, vasculitis, fármacos (neurolépticos, fenitoína, isoniacida), drogas de abuso.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Tranquilizar al enfermo/familia y evitar comentarios sobre convulsiones febriles (genera angustia).
- Mantener Tª ambiente fresca, ropa ligera. Si tiene escalofríos, se arropará con una manta ligera.
- Dieta ligera e hidratación abundante.

**Medidas específicas.** En este apartado el enfermero puede preguntar:

- ¿Usted qué le da habitualmente para la fiebre?
- ¿Tiene esa medicación en casa y le sentó bien en otras ocasiones? No tiene alergia a medicamentos.
- ¿Quiere que le diga la dosis?
  - **Paracetamol:** antitérmico de elección. Dosis 15 mg/kg de peso cada 6 h o peso x 0,15.
  - **Ibuprofeno:** dosis 20 mg/kg/día/peso/repartidas en 3 dosis o peso/3 (20%) o peso/6 (40%).

## Respuesta desde CCUS-061

Pasar a médico consultor	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none"><li>- Disnea o dolor costal</li><li>- Dolor abdominal</li><li>- Manchas en piel</li><li>- Persistencia o empeoramiento</li><li>- Intranquilidad familia/paciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fiebre muy alta que no remite tras medidas indicadas</li><li>- Niño con fiebre, irritable o mal estado general</li><li>- Niño menor de 3 meses</li><li>- Puerperio</li><li>- Con molestias urinarias</li><li>- Mal aspecto o familia ansiosa</li><li>- Paciente VIH, inmunodeprimido, oncológico con quimioterapia o radioterapia</li><li>- Vómitos que no remiten o de más de 6 h de evolución</li><li>- Disminución del nivel de alerta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pacientes cuya situación funcional o basal impida acudir a un centro sanitario</li></ul>

# SÍNTOMAS MAL DEFINIDOS

## Interrogatorio

1. **¿Está consciente? ¿Puede hablar? ¿Se mueve? ¿Abre los ojos?** Descartar coma o estupor. Desorientación o agitación en ancianos puede hacernos sospechar ITU, IVAS, estreñimiento.
2. **¿Respira? ¿Ruidos al respirar?, ¿Cianosis?** Descartar parada respiratoria y valorar disnea.
3. **¿Cuánto tiempo hace? ¿Qué estaba haciendo? ¿Ha empeorado desde el inicio del cuadro?**
4. **¿Está de pie, sentado, acostado? ¿Puede mantenerse en pie sin ayuda?** Indica gravedad.
5. **¿Qué síntomas tiene?**
  - ¿Dolor o malestar torácico? Pasará al protocolo correspondiente.
  - ¿Palpitaciones, mareos, sudoración profusa, náuseas, palidez? Valorar cortejo neurovegetativo.
  - ¿Pérdida de fuerza en algún miembro? ¿Desvía la comisura bucal? ¿Desviación de la mirada? Focalidad. Pasar a protocolo del ICTUS.
  - ¿Ha tenido convulsiones o movimientos anormales? ¿Incontinencia? Convulsión.
  - ¿Reconoce a sus familiares? ¿Sabe en qué lugar se encuentra y la fecha? Investigar orientación.
  - ¿Sangra por algún sitio? Valorar hipovolemia y hemorragias.
  - ¿Dolor o malestar abdominal? Pasar al protocolo correspondiente.
  - ¿Sensación de distermia o escalofríos? ¿Artromialgias, cefalea? Comprobar Tª corporal.
  - ¿Tos, expectoración, disfonía, dolor garganta? Proceso catarral. Virasis. Faringoamigdalitis.
  - ¿Dolor o escozor al orinar? ¿Orina menos de lo habitual? ITU/Oliguria.
  - ¿Manchas por la piel? Enfermedad dermatológica o manifestación de enfermedad sistémica.
6. **¿Padece de alguna enfermedad -AP-?** Puede orientar a la descompensación de una patología previa (enfermedades neurodegenerativas...). DM, tratamientos habituales y cambios hechos en la medicación.

## Consejo telefónico

### Medidas generales

- Se tranquilizará al paciente y/o familiares.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada según corresponda el signo o síntoma que hayamos podido identificar.
- Si no tenemos clara la patología que presenta, evitaremos recomendarle medicación alguna.
- Se tendrá en cuenta siempre las medidas ABC.
- Medidas específicas
- Corresponderán al de cada patología específica, siempre y cuando la consigamos definir, y serán las ya descritas en la guía de actuación correspondiente a dicha patología.

## Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Alteración nivel de conciencia: estupor/ coma, de comienzo reciente (minutos, horas) - Disnea - Crisis convulsivas - Dolor torácico - Signos de cortejo vegetativo - Hemorragias con posibilidad de complicación aguda (abundante, coagulopatías, tratamiento con anticoagulantes, etc)	- Dolor abdominal inespecífico - Movimientos anormales - Incontinencia de esfínteres de debut - Hemorragias banales - Mareo inespecífico - Cuadros de desorientación - Signos de focalidad neurológica	- Pacientes cuya situación funcional o basal impida acudir a un centro sanitario

