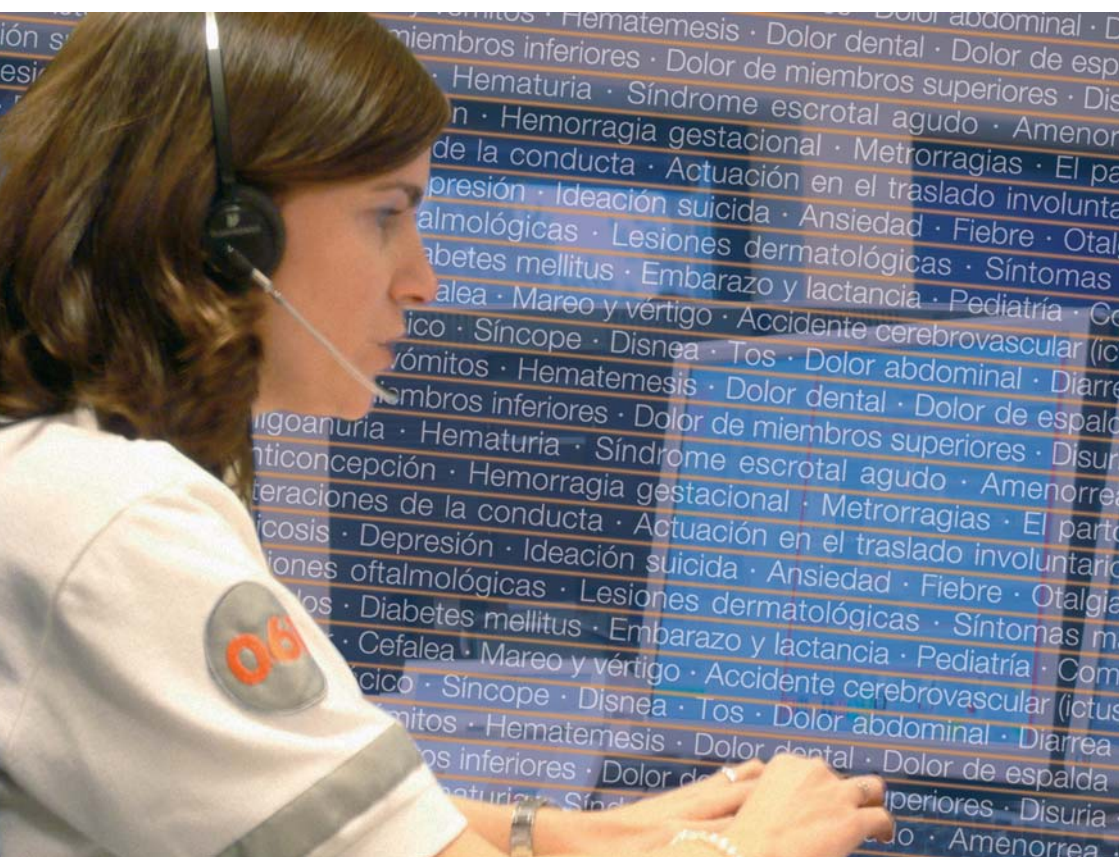


Manual de consultoría médica telefónica

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061



Cuando el tiempo cuenta

Manual Manual de consultoría médica telefónica



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

Edita:

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

Diseño y maquetación:

Mabel Aguayo, CB

Autores

DIRECCIÓN

- ROMÁN GÓMEZ VÁZQUEZ. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

- ARANTZA BRIEGAS ARENAS. Responsable de Publicaciones. Urgencias Sanitarias 061.
- RAMÓN CASAL ALDONZA. Secretaría de Coordinación. Urgencias Sanitarias 061.

ÍNDICE DE AUTORES (por orden alfabético)

- Abraldes López Veiga, Maximino. Médico Adjunto. Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.
- Ameijeiras Bouza, M^a Carmen. Diplomada en Enfermería (DUE). Base de Ferrol. Urgencias Sanitarias 061.
- Angosto Saura, Tiburcio. Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.
- Aneiros Díaz, Ángel. Médico adjunto. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Ourense.
- Bernárdez Otero, Manuel. Director de Coordinación. Urgencias Sanitarias 061.
- Caamaño Arcos, Marisol. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.
- Caamaño Martínez, María. Responsable del SAU (Servicio de Atención al Usuario). Urgencias Sanitarias 061.
- Carou Fernández, José Víctor Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.
- Carpena Montero, Valentín. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.
- Cartelle Pérez, Teresa. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.
- Castro Balado; Eva. Médico asistencial. Base de Vigo. Urgencias Sanitarias 061
- Castro Trillo; Juan Antonio. Médico asistencial. Base de Lugo. Urgencias Sanitarias 061.

- Cenoz Osinaga, Ignacio. Médico asistencial. Base de Mos. Urxencias Sanitarias 061.
- Cinza Sanjurjo; Sergio. Médico de familia. Centro de Salud de Malpica de Bergantiños.
- Chayan Zas, Luisa. Médico asistencial. Base de Ourense. Urxencias Sanitarias 061.
- Devesa González, Roberto. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- Díaz Jullien, Carlota. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- Díaz Vázquez José Antonio. Médico asistencial. Base de Santiago. Urxencias Sanitarias 061.
- Dosil Díaz; Olga. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- Flores Arias, José. Médico asistencial. Base de Pontevedra. Urxencias Sanitarias 061.
- Ferreira Pardo, Jesús David. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- Fernández Hierro; Juan. Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.
- Gamallo Aller, Javier. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- García Mahía, M^a del Carmen. Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Profesora asociada a la facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.
- García Martín, María Jesús. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- Gil Leal; María José. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- Gómez Iglesias, Armando Manuel. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- Gómez-Reino Rodríguez; Ignacio. Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense.
- Gómez Vázquez, Román. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- González Cao, Marta. Médico inspectora del Instituto Nacional de Salud: médico evaluadora.
- González García, Andrés. Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría. Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol.
- González González; María. Matrona. Hospital do Salnés.
- González Blanco, Amparo. Médico asistencial. Base de Coruña. Urxencias Sanitarias 061.
- González López; Virginia. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- Grela Castro, M. C. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- Guzmán Sáez, M.^a Encarnación. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- Hawkins González, Germán. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- Iglesias Vázquez, José Antonio. Director gerente. Urxencias Sanitarias 061.
- López Crecente, M^a Fernanda. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- López Lazcano, Juan. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.
- Méndez Casares, José Manuel. Médico asistencial. Base de A Coruña. Urxencias Sanitarias 061.
- Menéndez Parras, M.^a Pilar. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urxencias Sanitarias 061.

- Mirás Bello; Carlos David. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.
- Parcero Oubiña; M^a Rosa. Médico adjunto. Servicio de Ginecología. Hospital do Salnés.
- Pereira Carnero. Manuel. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.
- Pérez Meiriño, Emilia. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.
- Prado Comesaña, María Otilia. Médico asistencial. Base de Vigo. Urgencias Sanitarias 061.
- Prado Pico, Corsina. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.
- Puente Hernández, Jorge. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.
- Quintáns Carballo, Rosario. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.
- Redondo Martínez, Elba. Médico asistencial. Base de Vigo. Urgencias Sanitarias 061.
- Regueira Pan, Adriana. Médico asistencial. Base de A Coruña. Urgencias Sanitarias 061.
- Ricoy Gabaldón, Jorge. Médico adjunto. Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.
- Rivadulla Barrientos, Paulino. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.
- Rodríguez Campos, Jose. Médico de Familia. Centro de Salud de Padrón.
- Rodríguez Núñez, Higinio. Médico adjunto. Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.
- Rodríguez Rivera, Antonio. Médico coordinador adjunto. CCUS. Urgencias Sanitarias 061.
- Sánchez Lloria, Patricia. Médico asistencial. Base de Ourense. Urgencias Sanitarias 061.
- Sanz Smith, Javier. Médico asistencial. Base de Ourense. Urgencias Sanitarias 061.
- Seijas Torre, Ana M^a. Médico asistencial. Base de Ferrol. Urgencias Sanitarias 061.
- Vázquez Lema, M^a Carmen. Médico asistencial. Base de A Coruña. Urgencias Sanitarias 061.

Abreviaturas

Abreviaturas

AA	Ambulancia Asistencial
AAS	ácido acetilsalicílico
ABC	reconocimiento primario, control de la vía aérea con oxigenación adecuada y control circulatorio
ACO	anticonceptivos orales
ACVA	accidente cerebrovascular agudo
ADVP	Adictos a Drogas por Vía Parenteral
AF	Antecedentes Familiares
AINE	antiinflamatorios no esteroideos
AM	Ambulancia Medicalizada
AP / AP	Antecedentes Personales / Atención Primaria
AR	Artritis Reumatoide
BGE	Buen estado general
BP	Barrera Placentaria
BED	benzodiacepina
COF	Centro de Orientación Familiar
CS	Centro de Salud
DIU	dispositivo intrauterino
DM	Diabetes Mellitus
DPN	Disnea Paroxística Nocturna
DTP	vacuna de la difteria tétano y tosferina
EA	Espondilitis Anquilosante
EAP	Edema Agudo de Pulmón
ECO	Ecografía
EPI	Enfermedad Inflamatoria Pélvica
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ES	esclerodermia
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
GEA	gastroenteritis aguda
H ^a	Historia

HTA	hipertensión arterial
IC	Insuficiencia Cardíaca
IECA	enzima convertidora de la angiotensina
IR	Insuficiencia Renal
IRC	Insuficiencia Renal Crónica
ITU	Infección del Tracto Urinario
IVRS	Infección de Vías Respiratorias Superiores
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
IVU	Infección de Vías Urinarias
FID	Fosa Iliaca Derecha
frec	frecuentemente
FUR	Fecha de la Última Regla
g	gramos
GNA	glomerulonefritis aguda
h	horas
HTA	hipertension arterial
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
ICC	Insuficiencia Cardíaca Congestiva
ITU	infección de tracto urinario
LE	Lupus Eritematoso Sistémico
Mco	médico
Min	minuto
NTA	Necrosis Tubular Aguda
NTG	nitroglicerina
PAC	Punto de Atención Continuada
PAN	panarteritis nudosa
PTI	Púrpura Trombocitopénica Idiopática
QT	quimioterapia
SNC	sistema nervioso central
Sv	onda vesical
TEP	tromboembolismo pulmonar
O ₂	Oxígeno
Relac	relacionado con
RT	radioterapia
T ^a	temperatura
TB	tuberculosis
TCE	raumatismo craneoencefálico
Tto	tratamiento
TUD	transporte urgente diferido

TVP	rombosis Venosa Profunda
tx.....	traumatismo
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VD	visita domiciliaria
≠	aumenta
+	Más

Índice

0. Presentación	13
1. La comunicación y el interrogatorio médico telefónico	15
2. Neurología:	27
Coma y estupor	29
Cefalea	37
Mareo y vértigo	45
Accidente cerebrovascular (ictus)	53
3. Aparato cardiorrespiratorio:	59
Dolor torácico	61
Síncope	69
Disnea	77
Tos	85
4. Aparato digestivo:	93
Dolor abdominal	95
Diarrea	103
Náuseas y vómitos	113
Hematemesis	119
Dolor dental	125
5. Aparato musculoesquelético:	133
Dolor de espalda	135
Dolor de miembros inferiores	145
Dolor de miembros superiores	155

6. Aparato urinario:	163
Disuria	165
Oligoanuria	171
Hematuria.....	177
Síndrome escrotal agudo.....	183
7. Aparato genital:	189
Amenorrea.....	191
Anticoncepción.....	197
Hemorragia gestacional	203
Metrorragias	211
El parto.....	221
8. Psiquiatría:	227
Alteraciones de la conducta.....	229
Actuación en el traslado involuntario.....	241
Psicosis.....	247
Depresión.....	253
Ideación suicida.....	257
Ansiedad	265
9. Otros:	271
Fiebre	273
Otalgia.....	281
Lesiones oftalmológicas	287
Lesiones dermatológicas	293
Síntomas mal definidos.....	301
10. Farmacología:	307
Diabetes mellitus	309
Embarazo y lactancia	321
Pediatría	333

Presentación⁰

Por todos es conocido que el mundo de la atención a la urgencia y a la emergencia ha cambiado mucho desde su inicio, y que continuará cambiando a un ritmo imparable. Nos hemos acercado a la emergencia saliendo de los hospitales y llevando los recursos al punto donde se produce el siniestro, para de esta forma, mejorar la supervivencia y disminuir las secuelas, incrementando así la calidad de vida de los pacientes y la seguridad en su atención. Se ha creado con ello una nueva prestación sanitaria urgente extrahospitalaria, con unas características específicas y unos profesionales propios y altamente cualificados, que han evolucionado en conocimientos y habilidades más que ninguna otra especialidad sanitaria en los últimos 15 años.

El factor más importante, y también limitante de este tipo de atención es el tiempo. Todos los objetivos van encaminados de una u otra forma a disminuir esta variable, e intentar que el intervalo entre el suceso y el comienzo de la atención sea el mínimo posible. En un primer momento hemos acercado la asistencia al usuario, que accede al sistema sanitario y tiene una respuesta en pocos minutos desde cualquier punto geográfico en que se encuentre. Actualmente el proceso se centra también en que esta atención sea de la mayor calidad posible, con el mayor rigor dependiendo de la evidencia científica disponible y las mayores garantías de seguridad para el paciente.

Estas dos formas de ejercer nuestra actividad profesional, aunque actualmente parezcan sencillas y factibles, no lo eran en nuestros comienzos, y su implantación ha sido posible gracias al desarrollo de la coordinación médica en el ámbito de la telemedicina y la inclusión de esta modalidad en la organización sanitaria.

El desarrollo de esta nueva forma de ejercer la profesión se debe principalmente a la apuesta firme e innovadora de los profesionales que creemos que la medicina siempre tiene nuevos campos que explorar en la búsqueda de la excelencia. También, como no puede ser de otra manera, al desarrollo de la sociedad, de la tecnología y al apoyo de los profesionales de la informática y telecomunicaciones que permiten que nuestras expecta-

tivas se cumplan. Pero, sin duda, el éxito más importante ha sido la creación de un entramado sanitario complejo que contempla la integración de todas las actuaciones sanitarias tomando como centro y eje el sistema al usuario.

El grupo de trabajo de protocolos de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061, lleva trece años trabajando en esta área, habiendo captado la inquietud y el deseo de conocimiento de todos los que formamos parte de la Fundación. Durante este tiempo ha podido constatar que los aspectos fundamentales que proporcionan mayor seguridad al personal sanitario son el conocimiento y la habilidad en el manejo de protocolos, algoritmos, recomendaciones y guías clínicas. Esta ha sido la causa fundamental de que en estos últimos años se desarrollara un intenso programa de formación y consenso, para lograr un trabajo homogéneo y estructurado.

Este manual de consultoría médica telefónica no sería posible sin la colaboración de todos los integrantes del 061, cada uno en su lugar y que con su responsabilidad han hecho posible que hoy la tenga en sus manos y constituya un elemento de trabajo y consulta de primer nivel. Tampoco podemos olvidar al resto de la cadena asistencial que también ha colaborado, ya que sin la gestión compartida de los recursos no podría ofrecerse al usuario la atención que pretendemos.

Este libro pretende ofrecer una referencia clara y concisa en la consultoría médica de urgencias. Ha sido diseñado para permitir la identificación rápida y eficaz de la información clínica significativa y así ofrecer una orientación diagnóstica en relación con la atención al paciente crítico.

El manual está dividido en diez secciones con diversos temas. Cada uno de ellos consta de una introducción, un interrogatorio médico telefónico con la orientación diagnóstica, una serie de recomendaciones dependiendo de los síntomas que relata el paciente y las diferentes respuestas que se le ofrecen, dependiendo de la presunta gravedad, así como una bibliografía.

Para finalizar quiero dejar constancia de todos los autores de la obra. Considero que hemos conseguido una obra útil, clara, manejable y de referencia. Espero que su formato y características exclusivas sean del agrado y facilite el manejo de todos los profesionales.

José Antonio Iglesias Vázquez

*Director gerente de la Fundación Pública
Urgencias Sanitarias de Galicia-061*

La¹ comunicación y el interrogatorio médico telefónico

Comunicación

La comunicación y el interrogatorio médico telefónico

M.^a José Gil Leal, M. Caamaño Martínez

1. COMUNICACIÓN EN LA COORDINACIÓN MÉDICA

Cuando una organización establece como medio de contacto con sus clientes la comunicación telefónica es fundamental una óptima capacitación comunicacional de sus profesionales.

En este capítulo nos referiremos fundamentalmente a la relación médico-enfermo o médico-alertante, primera fase de la coordinación médica y cuyo primer objetivo consiste en la valoración del caso por parte del médico coordinador.

Las habilidades comunicativas del médico coordinador tienen dos bases fundamentales: la capacidad de obtener información necesaria para la toma de decisiones y 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. Difícilmente es entendible un acto médico como la toma de decisiones sobre los recursos asistenciales a asignar, o bien la asistencia directa del médico coordinador, sin una previa **historia clínica** obtenida mediante la asistencia directa a la llamada telefónica.

2. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA COMUNICACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

2.1. Desconocimiento del sistema.

La presencia en la calle de las ambulancias del sistema médico de emergencias con sus logotipos e imagen de empresa es lo que identifica la ciudadanía y no así la existencia de un desconocido centro coordinador.

2.2. Desconocimiento personal.

La comunicación es más eficaz cuando los dos interlocutores se conocen.

2.3. Elevada ansiedad.

Cuando se solicita ayuda se hace, generalmente, en un contexto ansioso y ante una situación que no se es capaz de controlar.

2.4. Incomunicación asociada a la conversación telefónica.

Existen barreras físicas (ruido ambiental, transmisión distorsionada, etc.) o barreras psíquico-intelectivas propias del alertante (prisa, prejuicios de experiencias anteriores, nivel intelectual, idioma, etc.) que condicionan la comunicación.

2.5. Objetivos ocultos.

El mensaje transmitido por el alertante no siempre coincide con la realidad de lo que le preocupa o de lo que acontece. Llamadas reiteradas no sólo son características de patología funcional, sino que pueden ser alertas de problemas sociofamiliares.

2.6. Sesgos del médico.

Situaciones como estado anímico, cansancio o la existencia de situaciones epidémicas, entre otras, favorecen la aparición de sesgos a la hora de valorar la gravedad del cuadro que estamos analizando. Así, en contextos de epidemia gripal no es raro banalizar los cuadros febriles y contemplarlos como un nuevo caso de gripe (sesgo de bienestar) o bien contemplar como dolor isquémico todo dolor torácico tras una experiencia negativa en ese apartado (sesgo de enfermedad).

Hemos de tener en cuenta además que hay otros factores que condicionan la comunicación médica telefónica:

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.

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.

3. COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA. APLICACIÓN A LA ENTREVISTA MÉDICO-ALERTANTE

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 lo siguiente:

3.1. Sonrisa: abordar la conversación telefónica con gesto sonriente garantiza el desarrollo de una comunicación positiva.

3.2. Voz: la voz es el envoltorio del mensaje que aporta confianza y tranquilidad. Hay que distinguir los siguientes aspectos:

- **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. Como guía, en el contexto de 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

- **Elocución:** el ritmo de conversación debe ser más lento de lo habitual. La frecuencia idónea es de unas 140 palabras por 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.
- **Articulación:** el mensaje del médico coordinador ha de ser comprensible para el alertante. Es esencial una correcta articulación de las palabras, sobre todo cuando se pauta o prescribe medicación.

3.3. Lenguaje: el lenguaje ha de ser claro, evitando terminología médica, conciso, 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.

3.4. Silencios: resulta de gran importancia la gestión correcta de los silencios.

3.5. Escucha: oír no siempre es escuchar. Es necesario escuchar con atención al comunicante, de forma activa para que perciba que se ha estado atento a su discurso y que hay un interés real en dar satisfacción a sus necesidades.

3.6. Empatía: el desarrollo de empatía no se consigue tan solo diciendo al comunicante que se entiende su preocupación. Deben desarrollarse técnicas que hagan que el comunicante perciba dicha empatía.

4. ABORDAJE DEL INTERROGATORIO CLÍNICO TELEFÓNICO

4.1. Presentación y acogida

Se debe intentar contemplar cada llamada como la primera que se asume en ese turno de trabajo. El médico coordinador debe tener en cuenta que el alertante ha relatado su problema, como mínimo, a otro profesional (teleoperador) y en determinadas ocasiones, como 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 (buenas tardes, soy el Dr....), repitiendo lo que ya conoce del caso. La ansiedad

del interlocutor disminuye al conocer que, por fin, está al habla con quien va a tomar la decisión sobre el problema que le preocupa.

4.2. Sondeo de necesidades

Finalizada la presentación, se debe realizar una pregunta abierta del tipo: *¿En qué le puedo ayudar?*, que busca tres objetivos. En primer lugar, permite que el alertante aporte información sobre el motivo de la llamada. En segundo lugar, consigue que disminuya su ansiedad, ya que se le permite expresar de forma libre, sin respuestas cerradas, lo que le preocupa. Por último, el relato abierto sin restricciones y con las expresiones propias del alertante permite al médico coordinador realizar una valoración global de su fiabilidad.

El empleo de preguntas cerradas, enfocadas a conocer determinados aspectos clínicos o de otro tipo, se debe posponer a momentos posteriores de la conversación. 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 bien cuando éste empiece a repetir datos o argumentos, se debe 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. Es el momento de indagar acerca de los antecedentes personales, medicaciones habituales, etc.

En aquellos casos en los que resulta difícil centrar claramente el motivo de la llamada o bien cuando se describe una sintomatología abigarrada, generalmente en contextos de pluripatología, es interesante 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 con vistas a la obtención de un diagnóstico etiológico. El objetivo básico del médico coordinador será intentar descartar la patología grave y, al mismo tiempo, orientar y aliviar la patología por la que consulta el paciente.

4.3. 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.

4.4. Despedida

La despedida es importante en cuanto a la imagen de servicio. En este sentido, se empleará un tono de voz cálido, similar al de la acogida, que invite al comunicante a ponerse de nuevo en contacto con la organización 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 para posteriormente hacerlo el profesional.

5. COMPONENTES DEL INTERROGATORIO MÉDICO TELEFÓNICO

El protocolo de actuación que orienta el procedimiento asistencial del servicio es la estructura básica de interrogatorio médico telefónico. Interrogatorio que está condicionado por un tiempo limitado, ya que desde la Central de Coordinación se ha de asegurar la atención a todas las urgencias y emergencias que entran vía telefónica de toda la Comunidad Autónoma Gallega. El orden a seguir durante el interrogatorio médico es el siguiente:

- **Interrogatorio de la situación actual.**
- **Antecedentes personales patológicos.**
- **Respuesta:**

Sin movilización de recursos:

- Derivación al Centro de Salud de referencia o Servicio de Urgencias extrahospitalario u hospitalario.
- Consejo médico.
- Información sanitaria.

Cuando la decisión adoptada implica el no envío de recurso alguno, bien porque se remite al paciente a un centro sanitario o bien porque la asistencia la da el propio médico coordinador, las indicaciones realizadas por éste deben ser claras y concisas, expresadas con tono seguro, comprobando que el alertante las ha comprendido y que no le quedan dudas al respecto. Asimismo, la información aportada debe recoger los siguientes apartados:

- **Curso probable de la enfermedad:** dicha información evitará rellamadas posteriores al disminuir la ansiedad que se genera en todo lo que rodea al enfermar.

• **Circunstancias de rellamada:** se aclararán al comunicante aquellas circunstancias que le deben hacer rellamar al centro:

- No mejoría de los síntomas con la medicación prescrita (analgésicos, antiinflamatorios, etc.).
- Clínica cambiante: cuando aparezcan síntomas y/o signos descritos al comunicante.
- Empeoramiento del estado general del paciente.
- Ansiedad de los cuidadores.

Con movilización de recursos:

- Médico de visita domiciliaria.
- Ambulancia.
- Ambulancia y médico.
- Recurso medicalizado (unidad de soporte vital avanzado terrestre o aérea).

En aquellas conversaciones en las que se decide el envío de un recurso, el médico coordinador debe informar al alertante acerca de su tipo, así como del tiempo aproximado de llegada.

- **Consejo telefónico:** la respuesta asistencial debe ser complementada con órdenes de teleasistencia siempre que sea preciso. Es importante darle todo tipo de indicaciones hasta que llegue el recurso que hemos designado.

Hemos de hacer una mención especial a la prescripción de medicamentos por parte del médico coordinador. Ésta debe ser limitada y siempre con una especial precaución. La medicación a prescribir será medicación segura, con escasos efectos secundarios, que no sean capaces de enmascarar cuadros graves y con un diagnóstico sindrómico o etiológico conocido. En todo caso, la prescripción segura de fármacos por vía telefónica incluye:

- Confirmación de no alergias.
- Confirmación de no yatrogenia. Descartar patología previa que pueda ser agravada por la medicación.
- Confirmación de comprensión por parte del alertante, tanto de la denominación como de la posología.
- Confirmación de haberlo utilizado en alguna ocasión.

6. PERFIL Y ABORDAJE DE ALERTANTES DIFÍCILES

No debemos desperdiciar la información de cualquier alertante, ya que puede ser fundamental, pero tampoco podemos permitir que nos saque de quicio y nos lleve a emitir respuestas agresivas que puedan modificar la respuesta que hemos de ofertar a esa demanda.

Son diferentes los tipos de alertantes que llaman a un servicio de urgencias y es importante conocerlos, ya que la entrevista variará ligeramente dependiendo del perfil del mismo:

- **Alertante colaborador:** es el que solamente responde cuando se le hacen preguntas determinadas, con respuestas precisas y concisas evitando responder a lo que no se le pregunta.
- **Alertante enfermo o con patología:** es el que proyecta sus síntomas sobre el paciente, llegando a confundirse durante el interrogatorio clínico telefónico quién es verdaderamente el paciente.
- **Alertante pasivo:** el que casi no interviene en el interrogatorio, costándole dar información o dando una información muy imprecisa, haciendo que tengamos que poner más énfasis en la consulta o alargándola para extraer la información.
- **Alertante invasivo:** participa activamente en la consulta, pero no de forma positiva, interrumpiendo constantemente al médico consultor, intentándole dirigir en la consulta e indicándole el recurso que le debe enviar sin contar con su opinión.

Excepto el alertante colaborador, todos los demás suponen un factor estresante sobreañadido que debemos controlar, intentando evitar que nos hagan emitir respuestas agresivas.

7. TIPOLOGÍA DEL ALERTANTE Y ACTUACIÓN EN CADA CASO

SUSPICAZ

- Muy susceptible: “salta por pequeños detalles”
- Da mucha importancia a los detalles de la comunicación no verbal
- Enjuicia toda la argumentación que se le ofrece
- Prejuiciado contra el Servicio de Salud
- Conservar la calma, tono de voz amable, pero seguro. Mantener la sonrisa
- Descubrir motivos de su desconfianza
- Escuchar y buscar puntos de entendimiento
- Evitar enfrentarse. No contradecir
- Informar, demostrando conocimiento de los pequeños detalles. Profesional que sabe de lo que habla

MALHUMORADO

- Habla sin educación, con comentarios impertinentes
- Tendencia a la discusión
- Normalmente no escucha
- Expresiones irreales o exageradas.
- Sujeto de derechos
- Mantener cordialidad, prescindir de provocaciones
- Tono de voz suave, elocución más lenta de lo habitual
- No tomar como algo personal las impertinencias
- Mantener la calma

IMPULSIVO

- Interrumpe continuamente
- Impaciencia
- Evitar interrumpir
- Emplear argumentos breves y concisos
- Resumir la exposición, sintetizando tras un pequeño silencio

RELLAMADORES

- Habituales del servicio
- Se presentan personalmente
- Dependencia psíquica
- Evitar familiaridades. Evitar tuteo
- Cada llamada es nueva
- Tono de voz serio y profesional
- Abstracción. Evitar sesgos

Neurología²

Neurología

Coma y estupor

R. Gómez Vázquez, J. A. Díaz Vázquez, M. F. López Crecente

1. INTRODUCCIÓN

“El síncope y la muerte son iguales, salvo que del primero se despierta” (Anónimo).

Coma: sólo es el extremo de una gama continua de alteraciones del estado mental, del que no se puede despertar. Un amplio grupo de patologías de diversa etiología son capaces de producirlo, siendo útil la división entre trastornos tóxicos y metabólicos por un lado y las enfermedades estructurales, focales, por otro, debido a su implicación terapéutica según el tratamiento sea médico o quirúrgico.

Definiciones:

a. Somnolencia: tendencia al sueño, respuesta adecuada a órdenes verbales simples y complejas, así como, a estímulos dolorosos.

b. Obnubilación: respuesta a órdenes verbales simples y estímulos dolorosos, no a órdenes verbales complejas.

c. Estupor: falta de respuesta a todo tipo de órdenes verbales, pero reacciona a estímulos dolorosos.

d. Coma: ausencia a todo tipo de órdenes y estímulos.

e. Coma psicógeno: estado de falta de reactividad voluntaria o involuntaria.

Estado confusional agudo: fluctuación del nivel de conciencia y alteración de la conducta (inhibida o agitada), la persona malinterpreta los estímulos externos. No hay depresión del nivel de conciencia.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

En pacientes inconscientes, se tendrá clara la respuesta adecuada desde el momento en el que se confirma el estado de inconsciencia.

En el resto de las alteraciones de la conciencia (somnolencia, obnubilación, etc.) puede continuarse el resto del protocolo según los casos, teniendo siempre en cuenta la posible progresión a inconsciencia.

En cuanto a la anamnesis es importante el contacto con las personas del entorno, testigos que hagan una descripción clara del episodio, existencia de episodios previos similares o algún acontecimiento que originase el episodio actual.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
Confirmar inconsciencia	<i>*Solicitadas por el teleoperador. Se confirmará por el médico</i>
1. ¿Abre los ojos? ¿Habla? ¿Se mueve?	Respuesta a órdenes verbales. Se sugerirá pellizco o palmada en la cara
2. ¿Respira? ¿Cómo? (frecuencia y características)	
3. ¿Tiene pulso?	Solo si hay un profesional sanitario
4. ¿Desde cuándo?	Es importante el tiempo de evolución
5. ¿Ha tenido algún golpe?	TCE, accidente

6. ¿De qué padecía el paciente? (AP) • ¿Signos de haber bebido/drogas? • ¿Convulsionó, espumación por boca, se orinó? • ¿Padecía del corazón/circulación? • ¿Padecía de TA, dislipemia, DM, tiroi-des...? • ¿Padecía de los bronquios, O₂ domici-liario? • ¿Padecía del hígado, alcohólico o riñón-díálisis? • ¿Tenía algún tumor/cáncer? y ¿en dón-de? • ¿Padecía de los nervios?	Puede orientar hacia la causa. Las pregun-tas específicas no se harán. Solo son a tí-tulo informativo para el médico
Sintomatología acompañante previa	
1. Espuma por la boca, movimientos tónico-clónicos, rigidez, cianosis, incon-tinencia	Crisis epiléptica, encefalopatía hepática
2. Dolor torácico opresivo, disnea, cortejo vegetativo	IAM, arritmias, fallo cardíaco
3. Síntomas de focalidad: ojo con hemo-rragia cerebelosa o pontina	ICTUS (en isquémicos, en general, no alte-ración de la conciencia, sí en hemorragias)
4. Disnea, sibilancias, dolor torácico, som-nolencia, tos	Encefalopatía hipercápnica: reagudización de EPOC (por aumento agudo CO ₂)
5. Fiebre	Meningitis, encefalitis
6. Nerviosismo, intranquilidad, disestesias, hiperventilación	Crisis de ansiedad, histeria, trastorno de conversión

Instauración, precipitantes, circunstancias (orientativas)	No es una pregunta a realizar, ya que en general viene referido por el teleoperador
1. ¿Dónde? • Bar • Habitación cerrada • Incendio, escape de gas, garaje, motor en marcha • Trabajo, industrias, fábricas • Construcción • Domicilio particular	• Intoxicación etílica, drogas, agresión... • Sobredosis, suicidio, intoxicación por CO • Intoxicación por CO • Tóxicos industriales, traumatismos • Traumatismos • Ingesta de productos tóxicos, quemaduras
2. ¿Cómo? • Había alrededor jeringuillas, botellas, pastillas • Armas/señales de violencia... • Calor, dolor, Valsalva, ejercicio • Frío ambiental, semiahogado, intemperie	• Sobredosis, intoxicaciones (alcohol, BZD...) • Agresión, reyerta • Síncope vasovagal... • Hipotermia

3. RECOMENDACIONES

3.1. Medidas generales:

- a.** Si hay TCE, debe presuponerse lesión cervical mientras no se demuestre lo contrario, por lo que se aconsejará no movilizar al paciente.
- b.** Posición lateral de seguridad: decúbito lateral izquierdo.
- c.** Se retirarán las prótesis dentarias (si posee).
- d.** Se aflojará la ropa que pueda comprimir, sobre todo a nivel cervical.

3.2. Medidas específicas (según los protocolos específicos):

- a.** PCR: se indicarán maniobras de RCP Básica.

b. Convulsión:

- Se dejará convulsionar al paciente sin sujetarlo.
- Se retirarán los objetos próximos con los que pudiese dañarse.

c. Si se sospecha una intoxicación etílica o una sobredosis, se colocará al paciente en posición lateral de seguridad, prestando especial atención al ABC (vía aérea, ventilación y circulación).

d. Si se sospecha una intoxicación por CO, se abrirán las ventanas y ventilará el lugar y se retirará a la víctima del lugar de exposición. Una vez retirado, se colocará en posición lateral de seguridad valorando siempre el ABC.

e. Ante la sospecha de hipotermia se actuará con las medidas generales, sin olvidarse de abrigar al paciente.

f. Ante una agresión o un paciente precipitado, se aconsejará no movilizar al paciente.

g. En el resto, se actuará según la sospecha etiológica y síntomas acompañantes (ej. disnea, mareo...). Siempre se tendrá en cuenta el ABC.

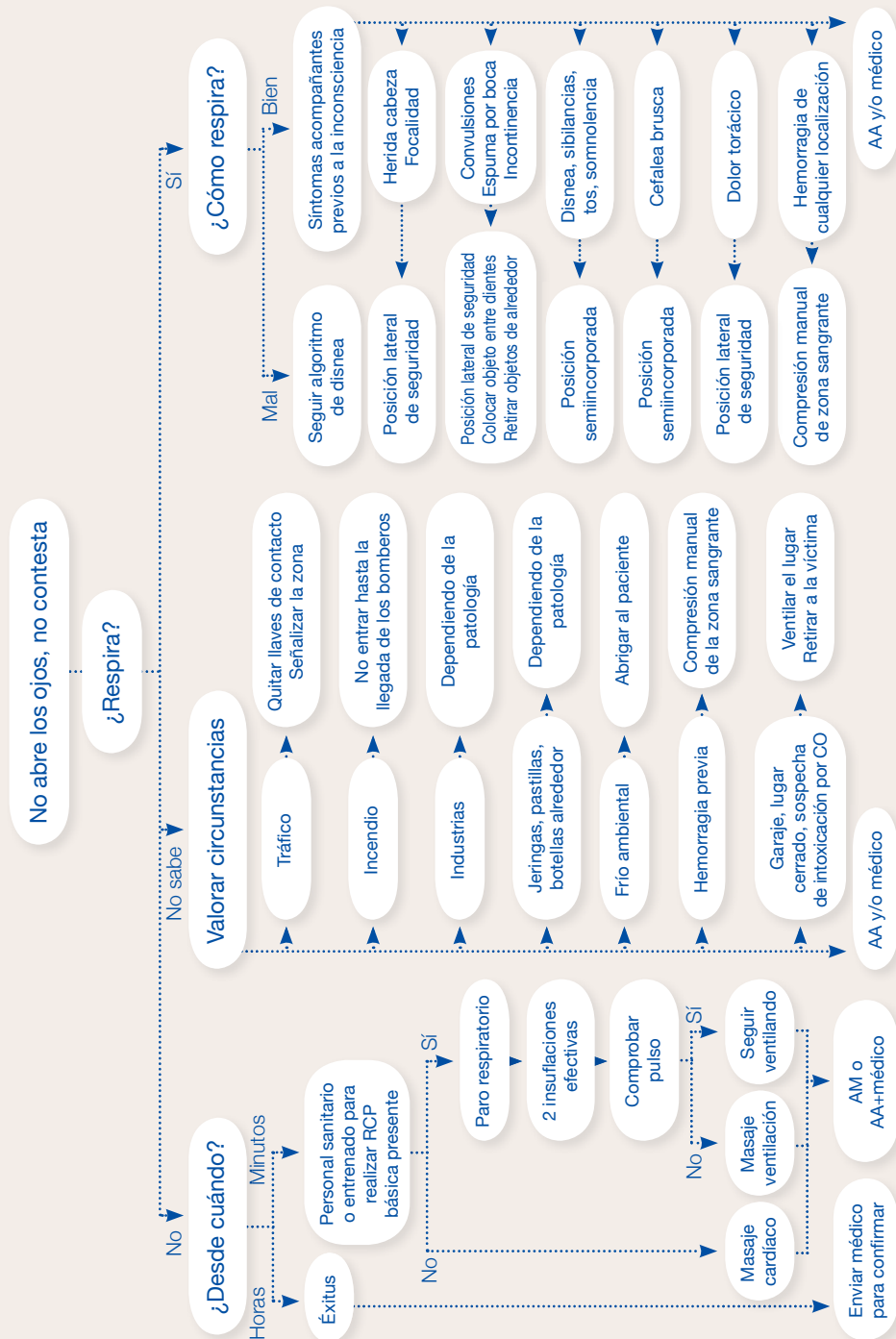
4. RESPUESTA

Independientemente de la etiología que produce la disminución del nivel de conciencia, en general, el paciente debe ser valorado por personal facultativo.

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
EMERGENCIA	Todo paciente con coma y estupor constatado
VISITA DOMICILIARIA	Todo paciente en estado estuporoso previo con agravamiento de su situación basal
CONSULTA	En principio no debería cerrarse una ficha como consulta médico telefónica en coma y estupor, salvo que el alertante quiera hacer una consulta sobre medicación, sobre algún procedimiento específico, etc. Con lo cual, la consulta debería codificarse con su código específico y no con el de coma y estupor

5. BIBLIOGRAFÍA

- Kessler Sáiz, P.; Pérdida de conciencia transitoria. En: Medina Asensio, J.; Manual de Urgencias Médicas, 12 de Octubre. Ed. Díaz de Santos, SA. 2ª edición 1997; 217-222.
- Ruiz Morales, J.; Síndrome Confusional Agudo (delirium). En: Medina Asensio, J.; Manual de Urgencias Médicas, 12 de Octubre. Ed. Díaz de Santos, SA. 2ª edición 1997; 233-240.
- Kessler Sáiz, P.; Coma. En: Medina Asensio, J.; Manual de Urgencias Médicas, 12 de Octubre. Ed. Díaz de Santos, SA. 2ª edición 1.997; 241-247.
- Calderón de la Barca Gázquez, J. M. et al.; Manejo urgente del paciente en coma. En: Jiménez Murillo, L. y Montero Pérez F. J.; Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. Ed. Mosby/Doyma, Madrid 1996; 99-103.
- Gregory L. Henry; Coma y otras alteraciones de la conciencia. En Judith C-Tintinalli, Ernest Ruiz, Ronald L. Krome; Medicina de Urgencias. Volumen 1. 4ª edic. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, New York. EUA. 1996, 276-287.
- Jiménez Murillo, L. et al.; Coma hiperosmolar. En: Jiménez Murillo, L. y Montero Pérez F. J.; Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. Ed. Mosby/Doyma, Madrid 1996; 87-89.
- Perales Pardo, R. et al.; Síncope. En Cabrera Solé, R., Peñalver Pardines, C.; Urgencias en Medicina, diagnóstico y tratamiento. Barcelona; 75-79.
- Andrew G. Wilson, J. R.; Síncope. En Judith C-Tintinalli, Ernest Ruiz, Ronald L. Krome; Medicina de Urgencias. Volumen 1. 4ª ed. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, New York. EUA. 1.996 262-266.
- Lucas Imbernón et al.; Manejo urgente del paciente en coma. En Cabrera Solé, R., Peñalver Pardines, C.; Urgencias en Medicina, diagnóstico y tratamiento. Barcelona; 179-184.
- Lucas Imbernón et al.; Síndrome confusional agudo. En Cabrera Solé, R., Peñalver Pardines, C.; Urgencias en Medicina, diagnóstico y tratamiento. Barcelona; 199-201.
- El paciente inconsciente. En: Mervyn Singer, Andrew R. Webb; Algoritmos en Medicina de Urgencias. Ed. J. and C. Edic. Médicas SL, 1.998. 114-115.



Neurología

Cefalea

R. Gómez Vázquez, A. Aneiros Díaz

1. INTRODUCCIÓN

Se define la cefalea como un dolor localizado entre la región suboccipital y la región orbitaria.

Generalmente, el motivo de consulta por cefalea suele ser benigno pero, a veces, puede ser debido a patologías subyacentes potencialmente graves, en las que el diagnóstico precoz es vital para el paciente.

En la mayoría de los niños el dolor de cabeza es debido a cefaleas de tensión y migrañas. No obstante, los trastornos intracraneales graves también deben ser descartados.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

En los casos de cefalea es importante dirigir el interrogatorio, es decir, que a partir del síntoma guía (cefalea) se debe establecer un criterio de gravedad y valorar las circunstancias médicas que rodean estos síntomas.

El diagnóstico etiológico de las cefaleas es clínico en la mayoría de los casos, por lo que la realización de una buena historia clínica puede ser crucial.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA
¿Desde cuándo está con dolor de cabeza? - Agudo (min. a 1 hora) - Paulatina: Días, semanas Semanas, meses Meses, años <i>*(Recurrente)</i>	Hemorragia subaracnoidea, hematoma epidural, meningitis, glaucoma Irritación meníngea Arteritis de la temporal Tensional (aparece y desaparece de hora a hora o día a día)
¿Cómo es el dolor? ¿Es nuevo? ¿Es la primera vez que se presenta o es similar a la de otras ocasiones (cambio de características, refractario a analgesia)? - Sí - Recurrente: - No. - El aumento de frecuencia o intensidad - No mejora con la toma de medicación	Puede significar el síntoma inicial de una enfermedad grave: hemorragia subaracnoidea, meningitis, proceso expansivo craneal No indicativo de gravedad Migraña, cefalea tensional, cefalea en racimo, neuralgia del trigémino, tumorales, sinusitis, procesos expansivos Nos hará sospechar de una lesión expansiva intracraneal (hematoma subdural, tumor o aneurisma) Podría indicar mayor severidad
¿Cómo es la intensidad del dolor? ¿Es el peor dolor de cabeza que ha tenido? ¿El dolor le impide moverse o le produce agitación y ganas de golpear la cabeza? ¿Le despierta un dolor muy intenso por la noche?	Es un criterio de gravedad Es un criterio de gravedad Es un criterio de gravedad

¿Dónde se localiza el dolor? • Cuello • Cráneo • Cara y oído • Ojos y órbita	• Patología cervical • Patología intracraneal • Patología ORL • Patología oftalmológica y orbitaria
Síntomas acompañantes • Obnubilación, focalidad neurológica • Rigidez de nuca • Náuseas y vómitos persistentes desde el inicio • Pérdida de visión o visión doble • Fiebre, malestar generalizado, artromialgias	• Signos de gravedad • Irritación meníngea, contractura muscular • En general, signo de gravedad (migraña, hemorragia subaracnoidea, meningitis, encefalitis) • En general, signo de gravedad (tumores, neuropatía diabética, aneurismas, arteritis de la temporal) • Procesos febriles (el más probable), meningitis, arteritis de la temporal, hemorragia subaracnoidea
Antecedentes patológicos • Traumatismo craneoencefálico reciente • Antecedentes de neoplasia • Antecedentes de cirugía craneal, oído o dental reciente • Fármacos	• Hematoma intracerebral, hematoma subdural (si está anticoagulado, criterio de mayor gravedad) • Descartar metástasis • Criterio de gravedad (descartar patología ORL o meningitis) • Cualquier vasodilatador cerebral en general, antihistamínicos H₂, simpaticomiméticos, corticoides, estrógenos, anovulatorios, anfetaminas, teofilina, inhibidores de la monooxidasa (el abuso de analgésicos y AINE pueden perpetuar los síntomas)

3. RECOMENDACIONES

3.1. Generales:

- Se recomendará al paciente un ambiente tranquilo y oscuro.
- Se le aplicarán apósitos húmedos sobre la frente.
- Vida ordenada y metódica, evitando los desencadenantes: trasnochar, dietas, fármacos, estimulación sensorial intensa, insolación, sobrecarga psíquica, alcohol, etc.

3.2. Específicas:

a. Tratamiento de la crisis. Se iniciará lo antes posible.

- **Ibuprofeno** (si lo tiene en casa, lo ha tomado en otras ocasiones y le ha sentado bien) a dosis oral: 200-400 mg/4-6 horas o 600 mg/6-8 horas

- **Paracetamol**. Será el analgésico de elección que recomendaremos desde la Central de Coordinación. Dosis: en adultos 650 mg cada 4-6 horas. En niños la dosis será de 15 mg/kg de peso/6 horas.

- **Metamizol magnésico a dosis de:**

En niños de 1-3 años: $\frac{1}{2}$ supositorio infantil cada 8 horas.

En niños de 3-11 años: 1 supositorio infantil cada 6-8 horas.

En niños mayores de 12 años y adultos: 1 supositorio de adulto cada 8-12 horas o una cápsula cada 6-8 horas o $\frac{1}{2}$ ampolla cada 8-12 horas.

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
EMERGENCIA	Cefalea de comienzo brusco con alteración del estado de conciencia
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (*) (**)	- Cefalea aguda o subaguda con signos de focalidad neurológica - Cefalea aguda o subaguda con signos de irritación meníngea - Cefalea aguda o subaguda con dolor ocular, ojo rojo o alteración de la visión - Cefalea dentro de un síndrome febril que no evoluciona paralelo a la fiebre - Cefalea en pacientes con antecedentes de neoplasia, neurocirugía o cirugía de oído con fiebre - Cefalea con cambios en la frecuencia, intensidad o que incapacita para conciliar el sueño - Cefalea sin ninguna otra enfermedad, aunada a fiebre, náusea y vómito - Cefalea sin causa evidente
VISITA A DOMICILIO	Pacientes con la patología anterior, pero que no es posible derivarlos
CONSULTA Si no remite o la evolución no es buena, se rellamará o se le indicará rellamar al paciente	- Cefalea dentro de un síndrome febril que evoluciona paralela a la fiebre - Cefalea episódica, no paroxística, que no varía la forma de presentación - Cefalea en racimos, ya diagnosticada y que no varía la forma de presentación - Algias craneofaciales, ya diagnosticadas y que no varía la forma de presentación

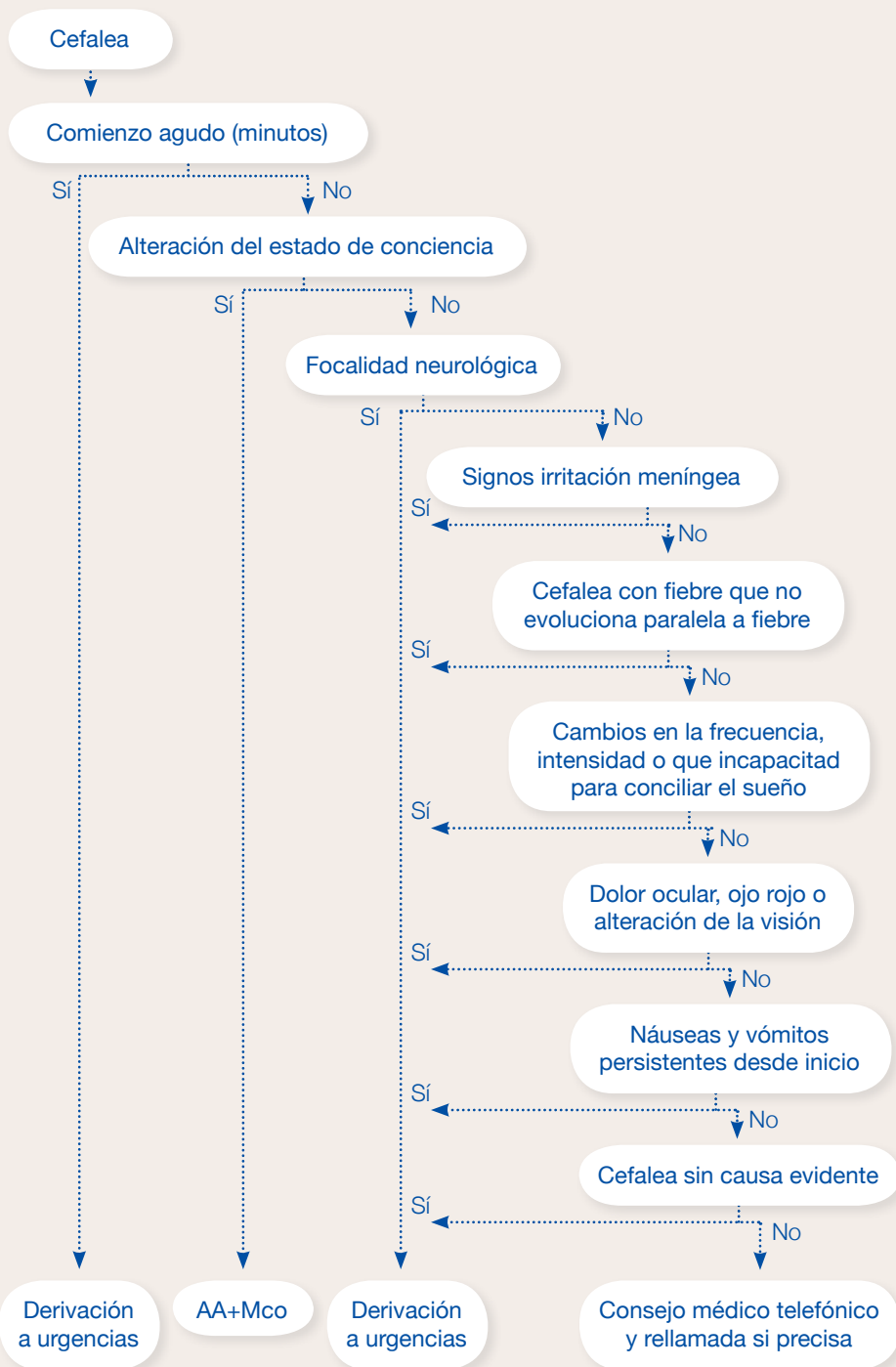
(*) Se valorará, según el estado del paciente y la sospecha diagnóstica, el envío de un recurso medicalizado.

(**) Se les enviará la ambulancia si no es posible derivarlo por sus medios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Calero Muñoz, S.; Cefalea por abuso de analgésicos. En: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Ed. Doyma. Vol. 6, Suplemento 10, 1999; 60-66.
- Castillo Obeso, J.; Cefalea crónica diaria. En: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Ed. Doyma. Vol. 6, Suplemento 10, 1999; 50-59.
- Copeti Fanlo, S.; Cefalea tensional episódica. En: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Ed. Doyma. Vol. 6, Suplemento 10, 1999; 43-49.
- Escamilla Crespo, C.; Sánchez Alonso, P.; Cefalea. En: Moya, M. S.; Actuación en Urgencias de Atención Primaria. Madrid. 1995, 363-367.
- García Fernández, M. L.; Migraña en situaciones especiales. En: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Ed. Doyma. Vol. 6, Suplemento 10, 1999; 39-42.
- García-Monco, J. C.; Actitud ante un paciente con cefalea. En: García-Monco Carra, J. C. y cols.; Manual del Médico de Guardia. 3ª edición. Ed. Díaz de Santos. 1993. Pág. 116-123.
- Gwendolyn L. Hoffman; Cefalalgia y dolor facial. En: Tintinalli, J. E. et al.; Medicina de Urgencias. 2ª edición en español. Ed. Mc Graw Hill. 1997. Pág. 1241-1248.
- Kevin Farrell; Cefalea. En: Gregory A. Baldwin. Manual de Urgencias Pediátricas. Ed. Salvat Editores, S. A. Barcelona. 1991; 362-365.
- López-Contreras, J.; Cefaleas. En: Lloret, J. et al.; Protocolos terapéuticos de Urgencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 3ª edición. Ed. Springer-Verlag Ibérica. 1997. Pág. 46-55.
- Maurice Kraytaman, M. D.; Cefalea. En: Maurice Kraytaman, M. D.; El diagnóstico a través de la historia clínica. 2ª Edición. Ed. IDEPSA. Madrid. 1991; 317-326.
- Neil H. Raskin; La migraña y el síndrome de la cefalea en racimos. En: Fauci, A. S., Braunwald, E., et al.; Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. Mc Graw Hill. 1998. Pág. 2623-2627.
- Ortiz de Galesteo, E. V.; Cefaleas secundarias. En: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Ed. Doyma. Vol. 6, Suplemento 10, 1999; 76-86.
- Ortiz de Galesteo, E. V.; Otras cefaleas primarias. En: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Ed. Doyma. Vol. 6, Suplemento 10, 1999; 67-75.
- Perpiña Zarco, C.; Cefalea y algias craneofaciales. En: Medina, J.; Manual de Urgencias Médicas. 2ª Edición. Ed. Díaz de Santos, SA. Madrid. 1997; 43-49.
- Roquer González, J. Cefaleas. En: Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F.; Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica clínica. Ed. Harcourt Brace. Madrid, 1999, 1.197-1.202.
- Ruiz Alarcón, E.; Cefalea aguda. En: Malagón-Londoño, G., y cols.; Manejo integral de Urgencias. 2ª edición. Ed. Panamericana. 1997. Pág. 288-290.

- Titus Alvareda, F.; Lafuente Rodes, A.; Cefalea. En: Carrasco Jiménez, M^a. S. et al.; Tratado de Emergencias Médicas. 1^a Edición. Ed. Aran. Madrid, 2000, 1017-1045.
- Titus F.; El migrañoso y su patonomía, En: Migraña y otras cefaleas vasculares. Ed. Titus MCR Barcelona 1990; 5: 84-115.
- Urbano-Márquez, A. et al.; Cefalalgía. En: Farreras Rozman; Medicina Interna. 13^a Edición. Ed. Doyma SA. 1996; 1352-1356.
- Vázquez Andre, M. L.; Pérez Trullén, J. M.; Neuralgia del trigémino. En: Medicina Integral. Vol. 35, n° 9, Mayo 2000, 393-397.



Neurología

Mareo y vértigo

R. Gómez Vázquez, A. Aneiros Díaz

1. INTRODUCCIÓN

El problema que se le plantea al médico a través de la consulta telefónica es establecer lo que significa “mareo” para cada paciente y a la vez hacer la distinción entre mareo y vértigo. El mareo suele describirlo de una forma un tanto confusa como de debilidad, inestabilidad o andar flotando y el vértigo el paciente suele describirlo como sensación de giro de objetos, imposibilidad de tenerse de pie, etc. Es conveniente distinguir también la posibilidad de que sea debido a un estado sincopal o presincopal (sensación de/o pérdida inminente de conocimiento).

Ante todo hemos de destacar que el vértigo es un síntoma, no una enfermedad.

Bajo nuestro punto de vista el mareo lo clasificaremos en 4 categorías:

- Desvanecimiento o síncope: cuadro de pérdida de conocimiento.
- Vértigo: alucinación de movimiento del entorno o del propio cuerpo del paciente, con más frecuencia una sensación de giro.
- Sensaciones de mareo inespecífico.
- Trastornos de la marcha: algunos trastornos de la marcha presentan sensación de mareo a pesar de la ausencia de vértigo.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

El principal problema para un paciente con mareo y/o vértigo es definir los síntomas, por lo que no se debe sugerirle los síntomas, ya que el paciente puede utilizar las palabras que utiliza el médico para definirlo. Por tanto, se le dará tiempo para que él exprese con sus palabras dicha sensación, intentando que sea descrita por él mismo y no por un familiar siempre que sea posible.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
¿Habla, abre los ojos, está consciente? ¿Ha perdido el conocimiento?	Descartar cuadro sincopal: hipotensión ortostática, crisis vasovagal, bajo gasto o hiperventilación
¿Está de pie, acostado, pierde fuerza, tuerce la boca?	Buscar focalidad neurológica
¿Cómo es el mareo?	• Si el paciente no lo define, se hará la siguiente pregunta: ¿Tiene sensación de vértigo -giro de objetos-?
¿Tiempo de evolución? • Brusco • Insidioso	• Vértigo posicional benigno, Ménière, neuronitis vestibular, laberintitis, fármacos, otosclerosis, lesión del nervio esteoacústico, fístula perilinfática, TCE • Migraña basilar, insuficiencia vertebro-basilar, patología cerebelosa, tumores de la fosa posterior, vértigo cervical, siringobulbia, epilepsia o esclerosis múltiple

Síntomas acompañantes:

- ¿Dolor torácico?
- ¿Alteración respiratoria?
- ¿Cortejo vegetativo? (náuseas, vómitos, palidez, sudoración)
- ¿Hipoacusia?
- ¿Acúfenos?
- ¿Cefalea intensa, afectación de pares craneales, alteración del habla e inestabilidad?
- ¿Fiebre?
- ¿Mareo con escasa sensación de movimiento, cefalea tensional, disestesias, debilidad, etc.?
- Cardiopatía isquémica. *Se pasará a su protocolo*
- Taquipnea o disnea. *Se pasará a su protocolo*
- Periférico benigno, neuronitis vestibular, migraña basilar (intenso en el vértigo periférico)
- Vértigo periférico (Ménière, laberintitis por fármacos, otoesclerosis, lesión del nervio esteatoacústico, fístula perilinfática (buceo, sonarse) o infecciones)
- Vértigo periférico (Ménière, laberintitis por fármacos, lesión del nervio esteatoacústico)
- Vértigo central (migraña basilar, insuficiencia vertebrobasilar, patología cerebelosa (isquemia, tumores), tumores de fosa posterior, esclerosis múltiple, epilepsia)
- Procesos infecciosos
- Vértigo psicólogo

¿Maniobras con las que aumenta o disminuye?

- Mejora con el reposo
- No mejora claramente
- Pensar en vértigo periférico
- Pensar en vértigo de origen central

Antecedentes personales:

- ¿ORL?
- ¿Fármacos?
 - Otitis, otorragia o cirugía del oído
 - Antibióticos: aminoglucósidos, eritromicina, minociclina:
 - Diuréticos: furosemida, ácido etacrínico, bumetamida o manitol
 - AINE: AAS, ibuprofeno, naproxeno, indometacina, etc.
 - Sedantes: diacepán, fluracepán, clordacepóxido, etc.
 - Citotóxicos: vinblastina, cisplatino, mostaza de nitrógeno, bleomicina, etc.
 - Anticonvulsivantes: fenitoína, barbitúricos, carbamacepina, etoxusimida, etc.
 - Drogas: alcohol, cocaína, etc. Hipotensores (mareo)
 - Otros: quinina, cloroquina, etanol, metanol, propilenglicol
- ¿Infecciones?
- ¿TCE previo?
- ¿Episodios previos similares?
- Vías aéreas superiores, parotiditis, meningitis, sífilis, etc.
- Nos puede orientar a una patología previa diagnosticada
- Orienta a vértigo periférico

3. RECOMENDACIONES

3.1. Medidas generales

En un cuadro de mareo con dolor torácico asociado nos remitiremos al protocolo de dolor torácico.

En un cuadro de mareo con focalidad neurológica se recomendará colocar al paciente en posición de decúbito lateral. Si el paciente es portador de dentadura postiza, se le recomendará su extracción.

En un cuadro de mareo con TCE previo se recomendará colocar al paciente en posición de decúbito lateral (posición lateral de seguridad), salvo sospecha de lesión cervical, que se le indicará no movilizar al paciente.

En el vértigo agudo se le indicará al paciente que permanezca en la cama en decúbito supino, sin moverse, en una habitación sin ruidos y en penumbra. Si además, presenta acúfenos, se le indicará que apoye la cabeza sobre el oído que tiene el acúfeno.

Se evitarán los lavados del conducto auditivo, así como la aplicación de cualquier tipo de medicación local en forma de gotas, y los taponamientos compresivos.

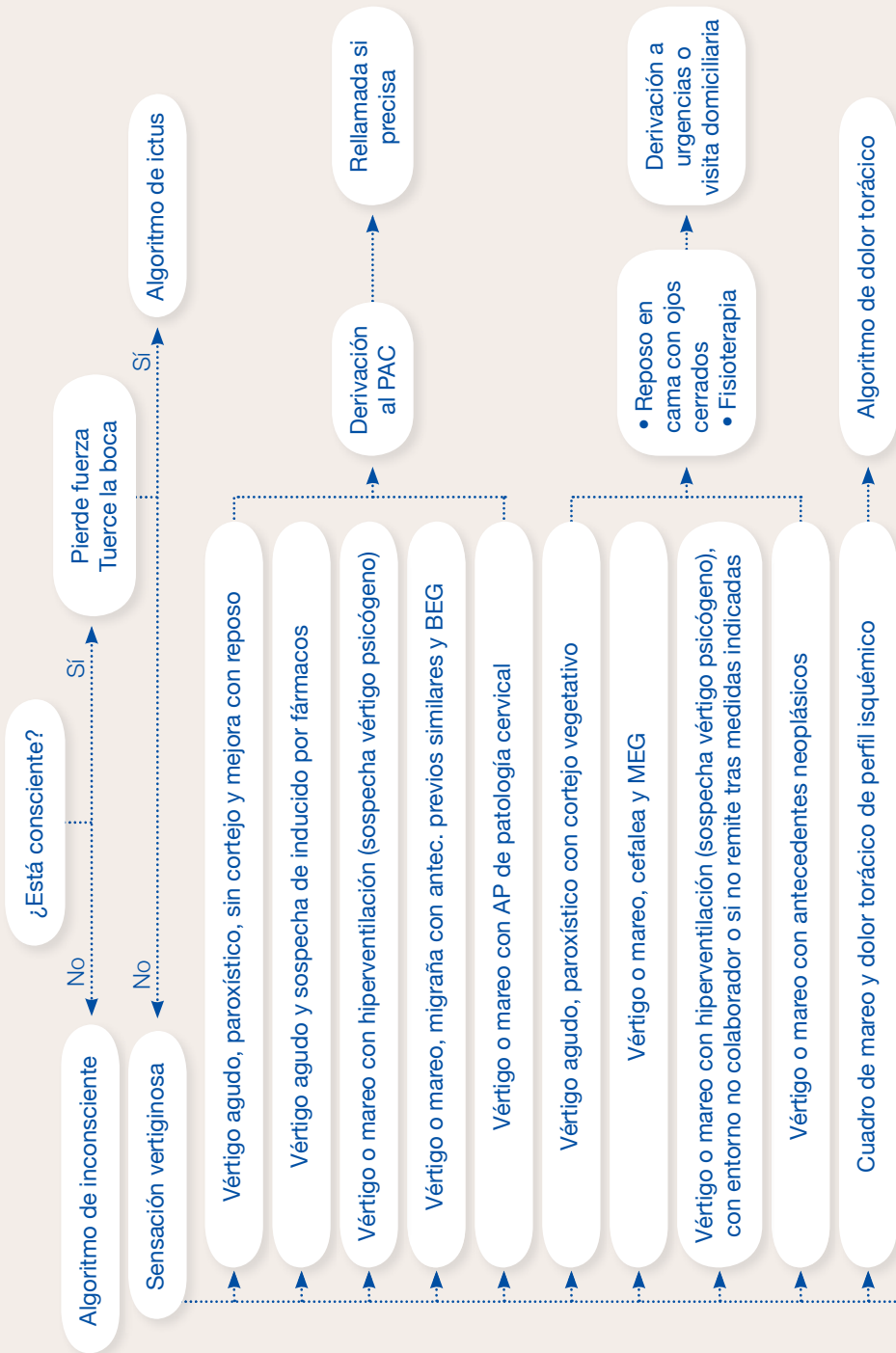
4. ACTITUD A SEGUIR

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
DERIVACIÓN AL PAC	• Cuadro de vértigo agudo, paroxístico, sin cortejo vegetativo y que mejora con el reposo • Cuadro de vértigo agudo y con sospecha de vértigo producido por fármacos • Cuadro de vértigo o mareo con hiperventilación (sospecha de vértigo psicógeno) • Cuadro de mareo o vértigo con migraña, antecedentes previos de cuadro similares y BEG • Cuadro de mareo o vértigo con antecedentes de patología cervical. • Cuadro de vértigo agudo, paroxístico con cortejo vegetativo • Cuadro de vértigo o mareo con hiperventilación (vértigo psicógeno) con entorno no colaborador o que no remite tras las medidas indicadas • Cuadro de mareo o vértigo, cefalea y MEG

VISITA A DOMICILIO	• En los casos anteriores cuando no es posible trasladarle (encamado, negativa del entorno)
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS	• Cuadro de mareo o vértigo con signos de focalidad neurológica y el enfermo está consciente • Cuadro de mareo o vértigo con antecedentes neoplásicos • Antecedentes de TCE en días previos
EMERGENCIA O VALORACIÓN POR UN RECURSO MEDICALIZADO	• Cuadro de mareo o vértigo cuando el enfermo está estuporoso o inestable

5. BIBLIOGRAFÍA

- Little, N.; Vértigo y Mareo. En: Tintinalli, J. E. et al.; Medicina de Urgencias. Ed. Mc Graw-Hill Inteamericana. 4ª Edición. México 1997, 1257-1263.
- Perpiñá Zarco, C.; Mareo y vértigo. En: Medina, J.; Manual de urgencias médicas. Ed. Díaz de Santos, SA. 2ª Edición. Madrid, 1997, 175-178.
- Marco Algarra, J.; Orts Alborch, M.; Equilibrio y vértigo. En: Curso de vértigo y trastornos del equilibrio en Atención Primaria. Ed. Tecnobío. Grupo Almiral. Unidad didáctica 1, 4-25.
- Sanabría Gómez, F.; Etiología del vértigo. En: Sanabria Gómez, F.; Vértigo orientaciones clínicas. Ed. EMISA. Madrid, 1983.
- Costa Isen, S.; Serrano Munuera, C.; Síndrome vertiginoso. En: Lloret, J. et al.; Protocolos terapéuticos de Urgencias. Ed. Springer-Verlag Ibérica. 3ª edición, Barcelona 1997, 70-76.
- Daroff, R. B.; Martin, J. B.; Desvanecimiento, Síncope, Mareo y Vértigo. En: Fauci, A. S. et al.; Principios de Medicina Interna. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 14ª edición. Madrid, 1998, 114-121.
- Rivas Correa, J. A., et al.; Vértigo. En: Malagón-Londoño, G. y cols.; Manejo integral de urgencias. 2ª Edición. Ed. Panamericana. Bogotá, 1997, 301-303.
- Roquer González, J.; Problemas neurológicos. En: Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F.; Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica clínica. Ed. Harcourt Brace. Madrid, 1999, 1202-1206.



Neurología Accidente cerebrovascular (ictus)

J. M. Flores Arias, A. Aneiros Díaz

1. CONCEPTO

Los pacientes con ictus en fase aguda son grandes usuarios de este sistema, tanto por lo brusco y aparatoso de la presentación del cuadro, como por la dificultad de traslado del paciente. Por todo ello, se decidió la elaboración de un interrogatorio telefónico dirigido a la población usuaria y específicamente encaminado al diagnóstico del ictus.

Se han definido una serie de conceptos como: el área de penumbra (zona en la que se mantiene un flujo residual y donde el tejido es recuperable en función, entre otros factores, de lo precoz de la instauración del tratamiento) y la ventana terapéutica (tiempo durante el cual la aplicación de medidas terapéuticas adecuadas permitirá evitar la extensión del infarto, siendo ésta inferior a tres horas).

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

El interrogatorio comenzará con la guía de síntomas mal definidos, descartando previamente otras posibles causas y en el momento que se estime una aproximación diagnóstica se pasará al específico de ictus.

El interrogatorio irá destinado a realizar una aproximación diagnóstica telefónica lo más fiable posible ante la presentación de un ictus, para así minimizar el tiempo de evolución desde la aparición de los primeros síntomas hasta la confirmación médica del diagnóstico y el inicio del tratamiento en el lugar con medios e infraestructura para ello.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
Interrogatorio de signos mal definidos • ¿Está consciente? 1. Habla, le entienden lo que dice 2. Abre los ojos • ¿Respira? ¿Cómo? ¿Hace ruidos al respirar? ¿Se fatiga al hablar? ¿Cianosis? • ¿Está de pie, sentado, acostado? ¿Puede mantenerse en pie sin ayuda? ¿Puede mover las extremidades? 1. Tetraplejía 2. Hemicuerpo (hemiplejía) 3. Piernas (paraplejía) 4. Un miembro aislado (monoplejía) • Tuerce la comisura bucal, desvía la mirada • Dificultad para hablar (afasia, disartria) • Pérdida de visión: ¿Dirige la mirada, les mira?	• Precisar nivel de conciencia y descartar estupor/coma. Aproximación de la gravedad • En general mejor pronóstico • Descartar parada respiratoria y valorar disnea • Valorar pérdida de la función motora (plejía). Localización grosera del ictus 1. Mayor gravedad 2. En general, supratentorial 3. Menor gravedad • Pensar en ictus • Pensar en ictus • Pensar en ictus
Interrogatorio específico de ictus • ¿Desde cuándo le notó así? Menos de 3 horas • ¿Cuándo ocurrió? ¿A qué hora le vio bien por última vez? ¿El paciente se despertó así o le ha visto desplomarse bruscamente? • ¿Existe disminución del nivel de conciencia? • Dolor de cabeza de comienzo brusco y vómitos desde el inicio	• Pensar en fibrinólisis • Posibilidad de entrar en el protocolo de fibrinólisis • Orienta a un ictus más extenso o grave • Orienta a patología más grave (hemorragia subaracnoidea o intraparenquimatosas)
Antecedentes personales • HTA, cardiópata, DM	• Factores de riesgo para sufrir un ictus

3. RECOMENDACIONES

- Se tranquilizará a la familia, explicando la sospecha médica telefónica y la decisión médica de forma breve y comprensible.
- Recomendaciones de posicionamiento en función del estado de consciencia del paciente (valorar posición lateral de seguridad). Si está con náuseas o vómitos, posición lateral de seguridad, en los demás casos se recomendará reposo en cama con la cabecera incorporada 30°.
- Extracción de prótesis dentales.
- Se evitará la administración de fármacos por parte de la familia.
- Si tiene convulsiones, se indicará a la familia que no sujeten al paciente, que retiren los objetos que están alrededor del paciente y que le aflojen la ropa. Una vez que finalice la crisis se indicará que le coloquen acostado sobre el lado izquierdo (posición lateral de seguridad).

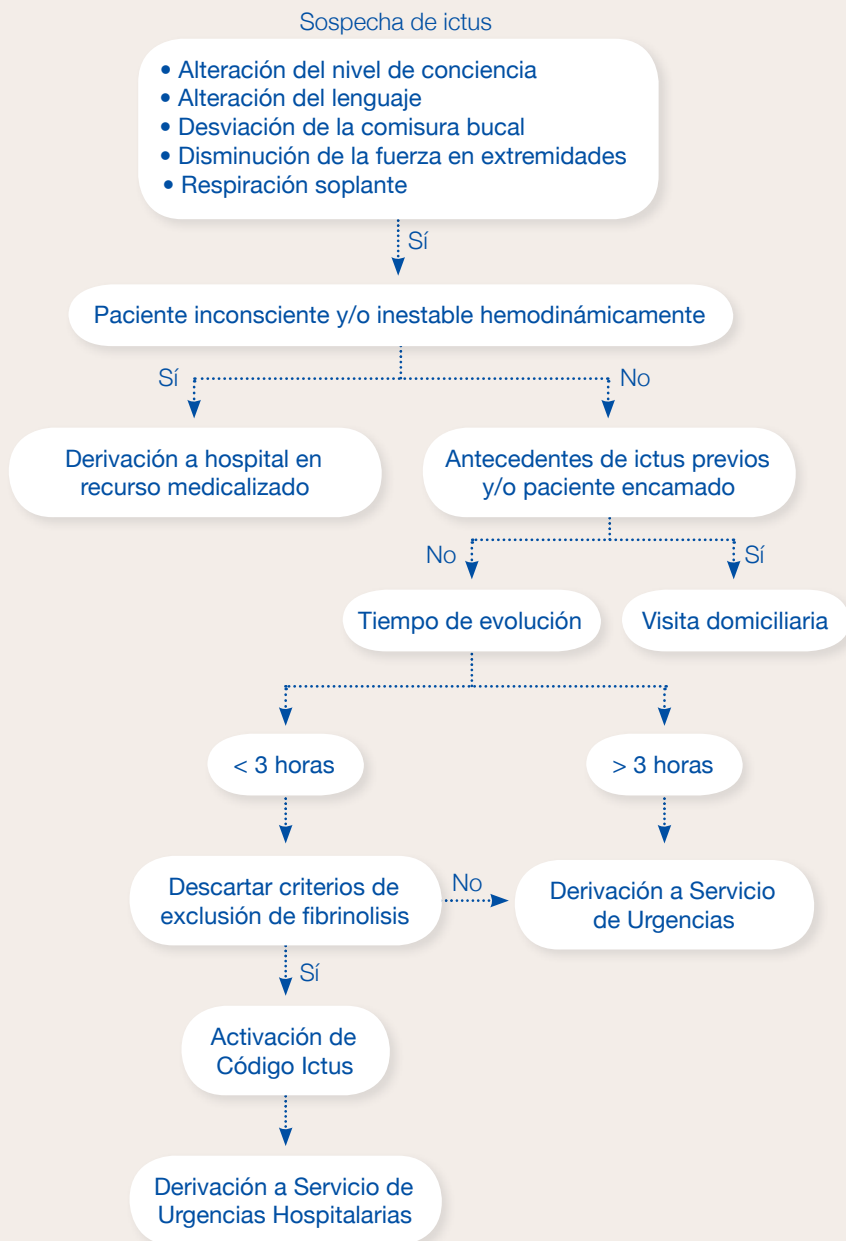
4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
VISITA DOMICILIARIA	• Paciente que la familia no acepta la derivación • Paciente encamado o con varios episodios de ictus
DERIVACIÓN A SERVICIO DE URGENCIAS (*)	• Siempre que no exista inestabilidad para el traslado
DERIVACIÓN EN RECURSO MEDICALIZO	• Inconsciencia con Glasgow indicativo de intubación orotraqueal • Inestabilidad hemodinámica • Estuporoso con cefalea previa de comienzo brusco o vómitos o rigidez de nuca

(*) Habitualmente en ambulancia asistencial, a no ser que la clínica presentada lo haga subsidiario de transporte medicalizado; independientemente del tipo de recurso, el transporte ha de hacerse siempre de forma prioritaria.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Ginsberg, M. D.; Pulsinelli, W. A.: The ischemic penumbra, injury thresholds and the therapeutic window for acute stroke. *Ann Neurol*, 1994; 36: 553-554.
- López-Pousa S.; Vilalta J.; Llinas J. Prevalencia de la enfermedad vascular cerebral en España: estudio en una área rural de Girona. *Rev. Neurol.* 1995; 23 (123): 1081-1086.
- Bermejo F., Gabriel R., Morales J. M.: Stroke and TIA in old people in four districts of Madrid, Spain: data from a population based study. *Neuroepidemiology* 1993;12:121.
- Principales causas de muerte en España 1994. *Bol Epidemiol Semanal* 1997, vol. 3 Nº 7: 60.
- Libro del año: Neurología 1999; coord. por Hugo Liaño.
- Betz, A. L.: Therapeutic window. *Stroke*, 1993; 24 (suppl. I): 38-40.
- E. Díez Tejedor, M. Alonso de Leciñana. "Fisiopatología de la isquemia cerebral. El daño de isquemia-reperfusión". En F. Barinagarrementeria y C. Cantú (Eds.) *Enfermedad Vascular Cerebral*. Mc Graw-Hill Interamericana, 1998: 13-27.
- Dávalos A., Castillo J., Martínez Vila E., for the Cerebrovascular Disease Study Group of the Spanish Society of Neurology. Delay in neurological attention and stroke outcome *Stroke*.1995; 26: 2233-2237.
- Lara M., Díez Tejedor E., Tatay J., Barreiro P. Duración y objetivos del ingreso hospitalario en unidades de ictus. *Rev Neurol* 1997;25: 1113-1115.
- Adams H. P., Brott T. G., Furlan A. J., Gómez C. R., Grotta J., Helgason C. M. et al. Guidelines for thrombolytic therapy for acute stroke: a supplement to the guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke* 1996; 27:1711-1718.
- Castillo J., Chamorro A., Dávalos A., Díez-Tejedor E., Galbán C., Matías-Guiú J., Millá J., Murillo F., Romero F. J., Vázquez-Mata G., Zarranz J. J. Atención multidisciplinaria del ictus cerebral agudo. *Med. Clín. (Barc.)* 2000; 114:101-106.



Aparato cardiorrespiratorio

Aparato cardiorrespiratorio

Dolor torácico

R. Gómez Vázquez, J. A. Castro Trillo

1. INTRODUCCIÓN

El dolor torácico es uno de los síntomas principales de la atención en urgencias, cuyo diagnóstico correcto requiere a menudo la búsqueda de un equilibrio inestable entre la interpretación subjetiva que el paciente tiene del dolor y los prejuicios del examinador. Se han ideado protocolos y algoritmos que evalúan el dolor torácico, cuya aplicabilidad práctica, sin embargo se ve limitada por la búsqueda de la identificación del infarto agudo de miocardio sin tener en cuenta que otras patologías referidas como dolor torácico son potencialmente mortales al igual que la cardiopatía isquémica (disección de la aorta, embolia pulmonar, neumotórax espontáneo y rotura esofágica).

La clasificación de grupos etiológicos del dolor torácico abarca: patología cardiovascular (enfermedad coronaria, disección aórtica, valvulopatía aórtica, pericarditis, estenosis/prolapso mitral, miocardiopatía hipertrófica...), pulmonar (neumotórax, neumomediastino, pleuritis, neumonía, embolia pulmonar...), digestiva (esofagitis, reflujo o espasmo esofágico, perforación de víscera hueca, úlcera, pancreatitis, colecistitis...) y un grupo de procesos heterogéneos que van desde estado de ansiedad, costocondritis, hernia discal, fibrositis, espasmo muscular... En cualquier caso, el paciente con dolor torácico agudo debe recibir prioridad en su evaluación y tratamiento.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

La anamnesis ha de ser minuciosa, pues sin duda y dentro de sus limitaciones es la herramienta más importante para el diagnóstico de dolor torácico. Por su interés, además de la investigación de sus propias características habrá de valorarse con precisión la repercusión general asociada (estado de consciencia, datos sugestivos de repercusión hemodinámica y/o dificultad respiratoria).

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Está consciente? ¿Le habla? ¿Abre los ojos?	• Descartar inconsciencia (si está inconsciente o estuporoso pasará a su protocolo específico)
2. ¿Cómo respira? ¿Se sofoca al hablar? ¿Qué tal aspecto le ve? ¿Está pálido, azulado?	• Evaluación indirecta de dificultad respiratoria • Orientativo de sintomatología vegetativa: palidez (junto con sudoración “sudor frío”, náuseas, vómitos...) o bien cianosis por intensa disnea
3. ¿Cuándo le empezó? ¿Cuánto tiempo lleva? • Inicio súbito • Inicio agudo • Progresivo	• Disección aórtica, TEP, neumotórax • Cardiopatía isquémica, pleuritis, osteocondritis • Pericarditis, úlcera, esofagitis
4. ¿Le pasó esto alguna vez o lo achacan a algo? ¿Tiene alguna enfermedad? ¿Toma algún tratamiento?	• AP de cardiopatía isquémica, etc. Puede orientar a una patología previa • Viriasis, herpes zoster, HTA, DM, cirugía previa, etc. • Fármacos gastroerosivos, hepatotóxicos, etc.

5. ¿Dónde es el dolor? • Retroesternal • Interescapular • A punta de dedo • Submamario	• Cardiopatía isquémica, esofagitis • Cardiopatía isquémica, aneurisma aórtico • Patología condrocostal, muscular, pleuritis • Úlcera gastrointestinal, colecistitis, pancreatitis
6. ¿Se le va hacia algún lado? • Brazos, cuello, mandíbula • Espalda • Cuello	• Cardiopatía isquémica • Disección de aorta • Esofagitis
7. ¿Cómo es el dolor? • Opresivo • Quemante • En puñalada • Desgarrante • Pinchazos • Superficial	• Cardiopatía isquémica, pericarditis • Esofagitis • Pericarditis, pleuritis • Disección aórtica • Cuadros de ansiedad • Herpes zoster, osteocondritis
8. ¿Le alivia de alguna manera? • Nitritos • Antiácidos • Flexión ventral del tronco	• Cardiopatía isquémica, patología esofágica • Patología ulcerosa • Pancreatitis, colecistitis, pericarditis
9. ¿Empeora de alguna manera? • Movimientos corporales • Presión en la zona • Inspiración profunda • Tras la ingesta (postprandial)	• Dolor osteomuscular, pleuritis, pericarditis • Costocondritis y patología muscular • Pleuritis, pericarditis y patología osteomuscular • Esofagitis, úlcus, cardiopatía isquémica

3. RECOMENDACIONES

- Si está inconsciente, se le indicará que le coloquen en posición lateral de seguridad. Le quitarán la dentadura postiza (si tiene) y le aflojarán la ropa.

- Si tiene disnea, se le indicará que intenten incorporarlo, sentarlo en la cama, en una silla o al lado de una ventana abierta y desabotonarle la ropa que oprima el cuello. Si tiene oxígeno en domicilio, valorar, mantener o modificar la dosis.
- Si la patología sugiere algún antecedente significativo, se puede indicar medicación que tenga nitritos sublinguales (hasta 3 dosis con un intervalo de 5-10 minutos). Se recomendará también la ingesta de media aspirina.
- No es aconsejable mencionarle al paciente que posee una patología grave (“puede tener un infarto”) cuando se intente derivar. Sería mejor indicar los beneficios de que puedan verlo en un centro hospitalario para que puedan realizarle más pruebas complementarias.
- Analgésicos habituales (si sospechamos patología urgente “menor”) o ansiolíticos (si lo reconoce como una crisis de ansiedad similar a episodios previos con medicación prescrita por dicha patología).

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
EMERGENCIA	• Alteración del estado de conciencia • Disnea • Sintomatología vegetativa acompañante • Sensación opresiva/desgarro • Inicio súbito/agudo • Localización retroesternal, interescapular

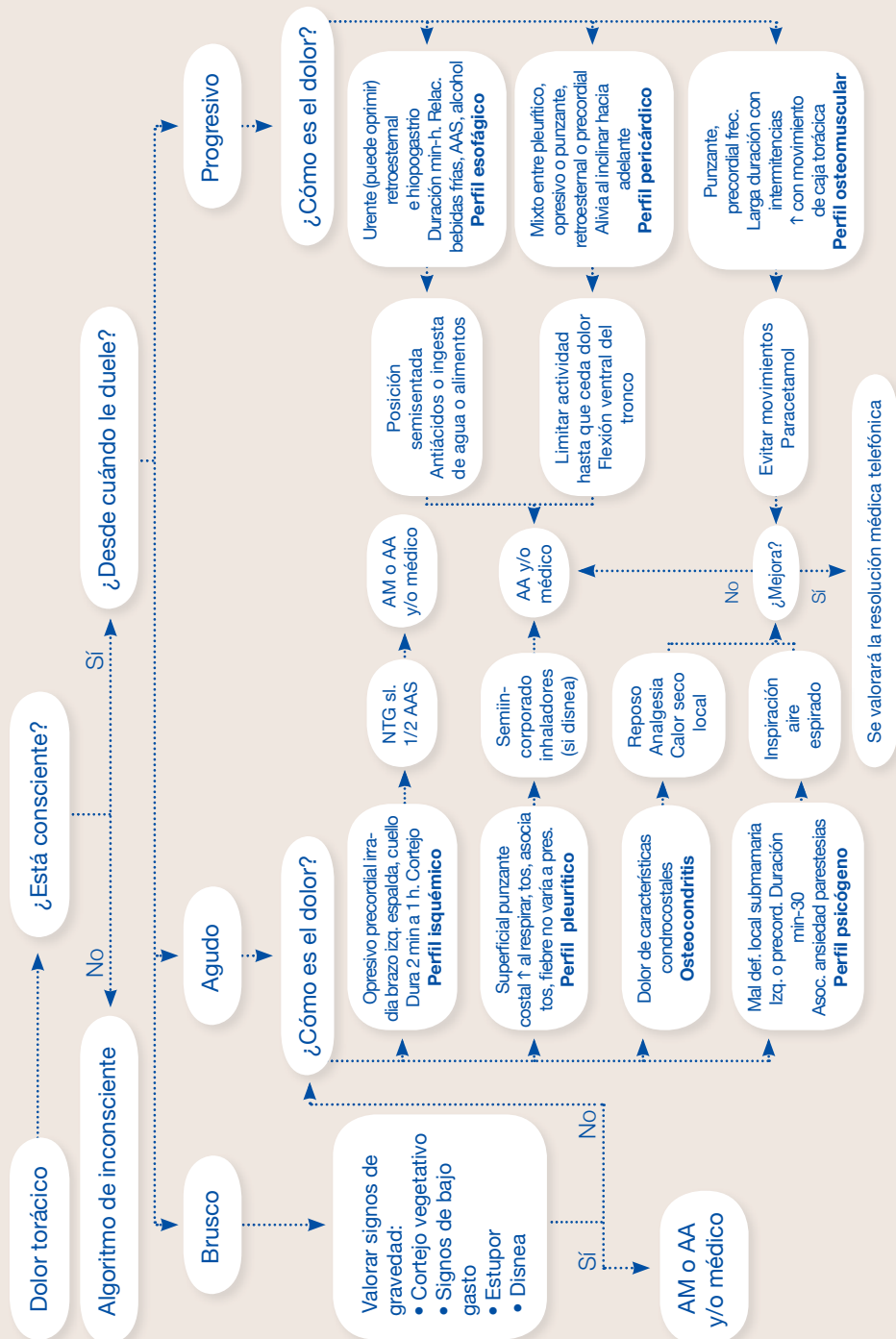
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (**)	• No acompañado de alteración de conciencia, ni severa dificultad respiratoria ni síntomas vegetativos acompañantes • Dolor torácico no filiado • Dolor de características similares a episodios previos que no mejoran con la medicación disponible • Evolución progresiva/subaguda • Sensación de quemazón, puñalada, pinchazo, “a punta de dedo”, submarmario
VISITA DOMICILIARIA	• Ancianos o adultos cuya situación funcional o basal dificulta su movilización y que el dolor presenta las siguientes características: - Inicio subagudo/progresivo - Dolor superficial/pinchazos - Empeora con presión en zona o con inspiración profunda - Mejora con analgesia habitual o antiácidos (***)
RELLAMADA	• Dolor torácico ya filiado o que el paciente reconoce como el similar a cuadros previos diagnosticados, sin cambio en sus características y con adecuada colaboración del paciente y la familia. En cualquier caso para resolver desde consulta asegurar que se han descartado patologías graves

(**) Derivación por sus medios o en ambulancia según limitación funcional del paciente. A valorar en el interrogatorio.

(***) Informar en cualquier caso del perjuicio que resulta de la “valoración” en domicilio, sobre todo si se sospecha patología grave en la que el traslado inmediato supondría un gran beneficio para el paciente.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Beltrán Pineda, R.; Dolor torácico. En: Malagón-Londoño, G. y cols.; Manejo integral de Urgencias. 2ª edición. Ed. Panamericana. 1997. Pág. 136-141.
- Castilla Castellanos, V., Satué Bartolomé, J. A.; Dolor torácico. En: Carnevali Ruiz, D. y cols.; Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Departamento de Medicina Interna, Hospital 12 de Octubre. 3ª edición. 1994. Pág. 129-134.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. 1999. Pág. 648-659.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Guía de Prescripción. 7ª edición. 1994. Pág. 391-408.
- De la Torre, M. M., Alonso, J.; Actitud inicial ante el dolor torácico en Urgencias. En: Fernández-Avilés, F. y cols.; Guías de actuación de las enfermedades del corazón. Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Valladolid. Ed. Doyma. 1997. Pág. 27-36.
- Falk, J. L., O'Brien, F.; Dolor torácico. En: Tintinalli, J. E. et al.; Medicina de Urgencias. 2ª edición en español. Ed. Mc Graw Hill. 1997. Pág. 229-237.
- Goldman, L.; Dolor torácico y palpitaciones. En: Fauci, A. S., Braunwald, E., et al.; Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. Mc Graw Hill. 1998. Pág. 67-74.
- Juncadella García, E., Vilardell Tarrés, M.; Patología Cardiovascular. En: Martín Zurro, A., Cano Pérez, J. F. y cols.; Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 4ª edición. Ed. Harcourt Brace. 1999. Pág. 874-875.
- Ruiz Hidalgo, D.; Dolor torácico. En: Lloret, J. Et al.; Protocolos terapéuticos de Urgencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 3ª edición. Ed. Springer-Verlag Ibérica. 1997. Pág. 8-12.
- Sepúlveda, S. y cols. Guía práctica de medicina de urgencias prehospitalarias. Ed. FTN. Asociados. 1994. Pág 65-68.
- Zabaleta Murguiondo, M. A.; Dolor Torácico. En: García-Monco Carra, J. C. y cols.; Manual del Médico de Guardia. 3ª edición. Ed. Díaz de Santos. 1993. Pág. 155-161.



Aparato cardiorrespiratorio

Síncope

J. Puente Hernández, M. Caamaño Arcos

1. INTRODUCCIÓN

Se define el síncope como la pérdida brusca y transitoria de conocimiento que se acompaña de incapacidad para mantener el tono postural y que se recupera espontáneamente, sin secuelas, en un plazo corto de tiempo. El estado premonitorio del síncope se llama presíncope, en el que el paciente presenta sensación de mareo, náuseas, sudoración, pérdida de visión y sensación de pérdida inminente de conocimiento.

Las causas del síncope se pueden dividir en:

- Síncope por alteración del control circulatorio (hipersensibilidad del seno carotídeo, fármacos, síncope ambiental e hipotensión ortostática).
- Alteración de la función cardíaca (cardiopatías con obstrucción al flujo de salida, arritmias y cardiopatía isquémica).
- Causas neurológicas (isquemia cerebral transitoria, aumento de la presión intracraneal, síndrome del robo de la subclavia).
- Causas metabólicas (hipoglucemia, intoxicación por drogas o alcohol, y la hiperventilación).
- Causas psiquiátricas (estados de ansiedad o pánico, histeria, consumo de drogas).

La etiología del síncope es importante, ya que el pronóstico es peor en los síncope de causa cardíaca.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

El interrogatorio inicial deberá ir dirigido a la situación actual del paciente, con especial énfasis en las constantes vitales (respira, tiene pulso, etc.). Se deberá establecer si el paciente está en fase de presíncope, síncope o postsíncope, ya que las medidas a tomar serán diferentes en cada caso.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Habla, abre los ojos o se mueve? ¿Está consciente?	En el síncope la pérdida de conciencia es breve, por lo que el estado del paciente puede variar mientras realizamos el interrogatorio. Se intentará definir si es un cuadro presíncopal, sincopal o postsíncopal
2. ¿Respira? ¿Está cianótico?	Descartar parada respiratoria y, en su caso, aplicar el protocolo correspondiente
3. ¿Está de pie, sentado, acostado?	La pérdida de tono muscular es una característica del síncope, el paciente no mantiene la bipedestación ni la sedestación sin ayuda
4. ¿Presenta movimientos anormales sugestivos de convulsión? ¿Presenta incontinencia urinaria o fecal?	La convulsión no se considera un cuadro sincopal, pero debemos tener en cuenta que un síncope prolongado puede desencadenar un episodio convulsivo. En este caso, se seguirá el protocolo de convulsiones
5. ¿Presenta pérdida de fuerza, desviación de la comisura bucal, alteración del lenguaje o desviación de la mirada?	Descartar focalidad neurológica. Por definición, el síncope cursa con recuperación completa, la presencia de focalidad neurológica postsíncopal debe hacer pensar en un ICTUS

6. ¿Ha sido bruscamente?	El síncope vasovagal es de inicio lento (habitualmente el paciente nota la situación de presíncope) y recuperación rápida. El síncope de inicio y recuperación rápidos sugiere causa cardíaca. El síncope de inicio rápido y recuperación lenta sugiere causa neurológica, mientras que el de inicio y recuperación lentos sugiere causa metabólica
7. ¿Se ha golpeado en la caída?	Sospecha de TCE o traumatismo
8. Circunstancias en que se produce el síncope: - Situación de estrés (dolor, visión de sangre, etc.) o ansiedad - Durante la realización de un esfuerzo - Con movimientos cervicales (al afeitarse o peinarse, al girar la cabeza hacia atrás) - Con la bipedestación, ambiente caluroso - Con la micción, tos, deglución o la defecación - Con esfuerzos braquiales	- Posibilidad de un síncope vasovagal o de causa psiquiátrica - Causa cardiológica de tipo obstructivo: estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, hipertensión pulmonar, mixomas o trombos auriculares - Hipersensibilidad del seno carotídeo - Hipotensión ortostática, más frecuente en ancianos - Síncope reflejo o neuralgia del glossofaríngeo. El síncope tusígeno se produce en el 90% de los casos en EPOC fumadores - Síndrome del robo de la subclavia

9. Síntomas previos: • Dolor torácico de características isquémicas • Palpitaciones • Dolor torácico de características no isquémicas • Tos • Cefalea • Dolor abdominal	• Cardiopatía isquémica, se pasará al protocolo correspondiente • Arritmias, ansiedad • Pensar en aneurisma disecante o embolia pulmonar • Síncope tusígeno, sobre todo en EPOC fumadores • Causa neurológica, pensar en hemorragia subaracnoidea • Aneurisma diseante de aorta o embarazo ectópico
10. Antecedentes personales: • Diabetes • Cardiopatía isquémica • Estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, HTP, mixomas • Arritmias • Otras causas de insuficiencia autonómica: síncope por alteración del control circulatorio	• Hipoglucemia o neuropatía autonómica, que produce síncope por alteración del control circulatorio • Posible IAM • Origen cardiológico • Origen cardiológico. Pensar en síndrome de Stokes-Adams • DM, amiloidosis, alcoholismo, Guillain-Barré, lupus, porfiria, déficit de B12, sífilis, VIH, tumores SNC, síndrome de Shy-Drager, enfermedad de Parkinson
11. Fármacos: • Diuréticos, nitratos, betabloqueantes, antagonistas del calcio • Digital • Hipoglucemiantes • Tóxicos o drogas	• Actúan por deplección de volumen o alteración del tono vascular • Produce arritmias • Síncope por hipoglucemia

3. RECOMENDACIONES

El tratamiento del síncope, al tratarse de una entidad autolimitada, se limita a medidas posturales. Se debe indicar a los alertantes que coloquen al paciente en decúbito supino y eleven los miembros inferiores. Es esencial descartar la parada cardiorrespiratoria. Si el paciente ha vomitado con el episodio, se ladeará la cabeza para evitar la aspiración. Se debe aflojar la ropa del paciente, prestando especial atención a todo aquello que pueda comprimir estructuras cervicales. En todo caso, se debe señalar al alertante que no incorpore al paciente aunque éste recupere el conocimiento, pues podríamos reproducir el síncope. Se tendrá en cuenta que los síncope prolongados pueden inducir convulsiones, en cuyo caso se seguirá el protocolo de convulsión.

Si se sospecha síncope de origen metabólico por hipoglucemia, se administrará azúcar por vía oral.

Si se sospecha síncope por hiperventilación, se indicará al paciente que respire el aire espirado en una bolsa.

Es importante explicar posteriormente al paciente o a sus familiares medidas de prevención de los síncope:

- Miccionales: orinar sentado.
- Hipotensión ortostática: evitar cambios posturales bruscos.
- Hipersensibilidad del seno carotídeo: evitar movimientos cervicales bruscos.
- Síndrome de robo de la subclavia: evitar esfuerzos braquiales.

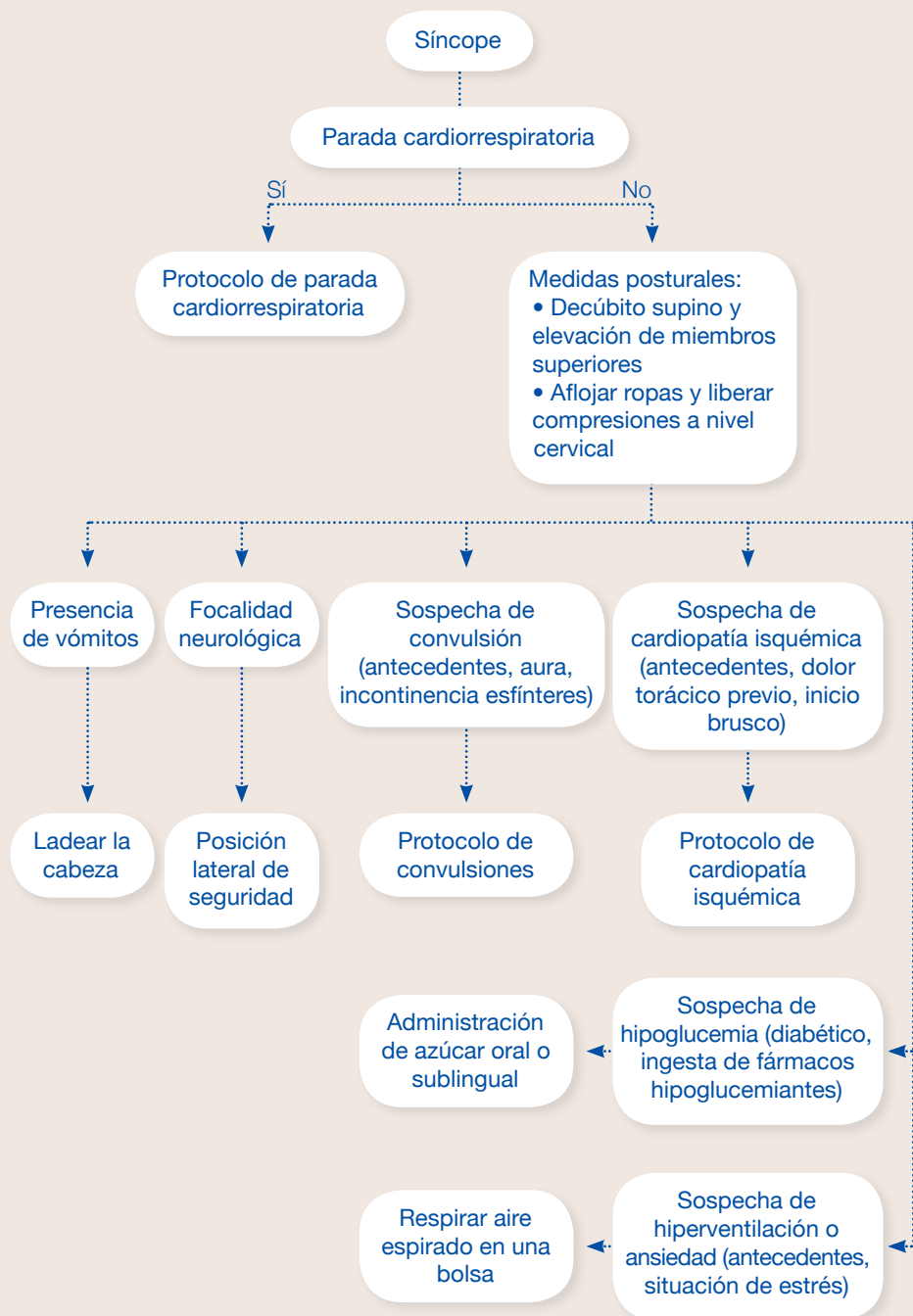
4. TIPO DE RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
EMERGENCIA (AM o RTSU y médico) (*)	- Sospecha de IAM, arritmias, miocardiopatía hipertrófica y otras causas cardiológicas - Sospecha de aumento de presión intracraneal (hemorragia subaracnoidea) - Sospecha de hipoglucemia - Presencia de convulsión - Síncope en el que se sospecha alteración del control circulatorio en paciente no desplazable por su limitación funcional
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (*)	Síncope recuperado en el que se sospecha alteración del control circulatorio
VISITA DOMICILIARIA	Síncope en el que se sospecha causa psiquiátrica si el paciente continúa ansioso

(*) En aquellos casos en que el paciente recupera espontáneamente y se sospecha alteración del control circulatorio se podrá derivar al paciente por sus medios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Asensio Asensio, L. Pérdida de conciencia. En: Guía de actuación en Atención Primaria. 2ª ed. Barcelona: SEMFYC; 2002, p. 539-546.
- Ferrer i García, S. et al.; Síncope. En: Lloret, J. Et al.; Protocolos terapéuticos de Urgencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 3ª edición. Ed. Springer-Verlag Ibérica. 1997. Pág. 16-22.
- Hernández Madrid, A. Moro Serrano, C. Protocolo diagnóstico del síncope. Medicine 2002 2143-2145.
- Ortega Marcos, J.; Hernández Madrid, A. Síncope. Nuevos conceptos clínicos. Medicine 2002 2149-2157.



Aparato cardiorrespiratorio

Disnea

R. Gómez Vázquez, J. Ricoy Gabaldón

1. INTRODUCCIÓN

Se define la disnea como la sensación subjetiva de falta de aire. Los pacientes lo pueden expresar de diversas formas: fatiga, no puede coger aire, no le llega el aire al fondo del pulmón, sensación de ahogo, etc.

Existen situaciones en las que la respiración puede parecer dificultosa y que se pueden confundir con disnea, aunque ésta no exista, como puede ser la hiperventilación.

Para valorar la disnea es importante considerar la condición física previa del paciente, sus hábitos y el grado de disnea con respecto a la situación respiratoria previa (índice de gravedad).

Desde el punto de vista práctico es importante distinguir si el comienzo de la disnea es agudo o crónico. Se pueden distinguir diferentes perfiles de disnea: respiratorio, cardíaco y psicógeno.

Desde nuestro punto de vista, lo más importante es el tipo de respuesta que le ofrecere-mos al paciente y decidir si su disnea es una emergencia o no.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

El interrogatorio irá dirigido a reconocer signos o síntomas de gravedad en el paciente, valorando el estado general y el esfuerzo que necesita para respirar, más que los ruidos

que emite el paciente (ya que la ausencia o disminución de sibilancias puede significar un empeoramiento).

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Antecedentes (edad, sexo)?	Solicitado por teleoperador
2. ¿Habla, contesta? Si contesta se le preguntará si: ¿Habla seguido o entrecortado?	- Si está inconsciente, se seguirá el interrogatorio de coma y estupor - Indica el grado de disnea
3. ¿Forma de inicio? ¿Desde cuándo está así?	- Aguda: neumotórax, TEP, EAP, asma, edema de glotis, inhalación humos, ansiedad, atragantamiento, broncoaspiración - Crónica: ICC, derrame pleural, derrame pericárdico, bronquitis crónica, enfisema, obesidad, embarazo
4. ¿Qué coloración tiene?	Indica gravedad de disnea
5. ¿Dolor torácico? - Pleurítico: empeora al respirar - Opresivo - Fugaz, en varias localizaciones	- Neumotórax, infección respiratoria, derrame pleural - IAM con ICC o TEP - Perfil psicógeno
6. ¿Ortopnea, DPN, nicturia, edemas?	Fallo cardíaco
7. ¿Tos, sibilancias...?	Asma, enfermedad pulmonar intersticial (tos crónica)
8. ¿Fiebre, escalofríos, síntomas de vías respiratorias altas, dolor torácico...?	Perfil infeccioso
9. ¿Crisis emocional, disestesias, temblor, palpitaciones?	Perfil ansioso

10. ¿Uso de fármacos, drogas?	• Enfermedad intersticial: amiodarona, betabloqueantes, penicilina, sulfamidas, nitrofurantoina, quimioterápicos • EAP: heroína, metadona, hidroclorotiacida, contrastes, propoxifeno • Asma: AINE, betabloqueantes, colinérgicos, penicilina, cefalosporinas
11. Antecedentes personales: asma, EPOC, cardiopatía, enfermedades neuromusculares, inmunosupresión, O₂ domiciliario	• Pueden apoyar un diagnóstico específico

3. RECOMENDACIONES

3.1. Medidas generales:

- Tranquilizar al paciente y familiares.
- Colocar al paciente en posición semiincorporada.
- Evitar posibles precipitantes: humo, tabaco, polvo, polen, perfumes, etc.
- Si tiene O₂ domiciliario, se recomendará no variar el volumen de administración previo.

3.2. Medidas específicas

- Si el paciente es **asmático** y está con una crisis aguda que él mismo relata como la de otras ocasiones, se le indicará que se coloque con el tronco elevado y, si es posible, sentado y con los brazos apoyados (facilita la utilización de la musculatura respiratoria). Si dispone de inhaladores (simpaticomiméticos β_2), se le dirá que administre un par de inhalaciones. Si el paciente no es capaz de inhalar el aerosol, se le puede indicar que utilice un vaso de papel o una botella de plástico cortada a la mitad, colocando en la boca la parte más ancha y el inhalador en la boca de la botella.
- 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 movilizadolo menos posible.
- Ante disnea por sospecha de **atragantamiento**, se incitará al paciente a que tosa. Si esto no es posible, se explicará la maniobra de Heimlich. Si el paciente está sentado o de pie, se indicará al alertante que se sitúe por detrás del enfermo colocando sus manos unidas en el epigastrio (línea media algo por encima del ombligo, en la llamada “boca del estómago”) lejos del xifoides y del reborde costal, para ejecutar varias compresiones o movimientos rápidos dirigidos de abajo a arriba en dirección al diafragma.
- Otra maniobra similar a la anterior si está sentado: nos colocaremos por detrás del paciente, se pasarán los brazos por debajo de las axilas, se unirán las manos en el epigastrio (ya indicado) y a continuación se inclinará hacia delante e intentará levantar al paciente bruscamente de la silla. En pacientes tumbados, el alertante se situará de rodillas con las piernas separadas sobre el paciente y ejecurá varias compresiones como se ha indicado. En pacientes obesos o embarazadas la maniobra se efectúa situando el puño en el tercio medio del esternón presionando hacia atrás.
- A pacientes con **hiperventilación psicógena** se les recomendará que respiren su propio aire en una bolsa (inspiración de aire espirado).

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
VALORACIÓN POR RECURSO MEDICALIZADO	• Paciente con patología crónica reagudizada de comienzo agudo o subagudo y que impresiona de gravedad • Crisis asmática que no mejora con medicación habitual, habla entrecortado y está cianótico • Paciente con disnea y dolor torácico opresivo • Paciente con disnea y alteración del estado de conciencia • Paciente con sospecha de atragantamiento
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (*) (**)	• Paciente con disnea psicógena que no mejora con las medidas indicadas • Crisis asmática que no mejora con medicación habitual • Paciente con patología crónica (paciente no terminal) reagudizada de varias horas de evolución y sin mejoría significativa
VISITA A DOMICILIO	• Paciente con patología crónica (paciente terminal) reagudizada de varias horas de evolución y sin mejoría significativa, que no impresiona de gravedad • Paciente con disnea, fiebre y síntomas de vías respiratorias altas • Negativa de la familia o el paciente al traslado pese a las recomendaciones de la CCUS y cuya patología aconseje ser vista por un médico • Ancianos o adultos cuya situación funcional o basal dificulta su movilización

RELLAMADA

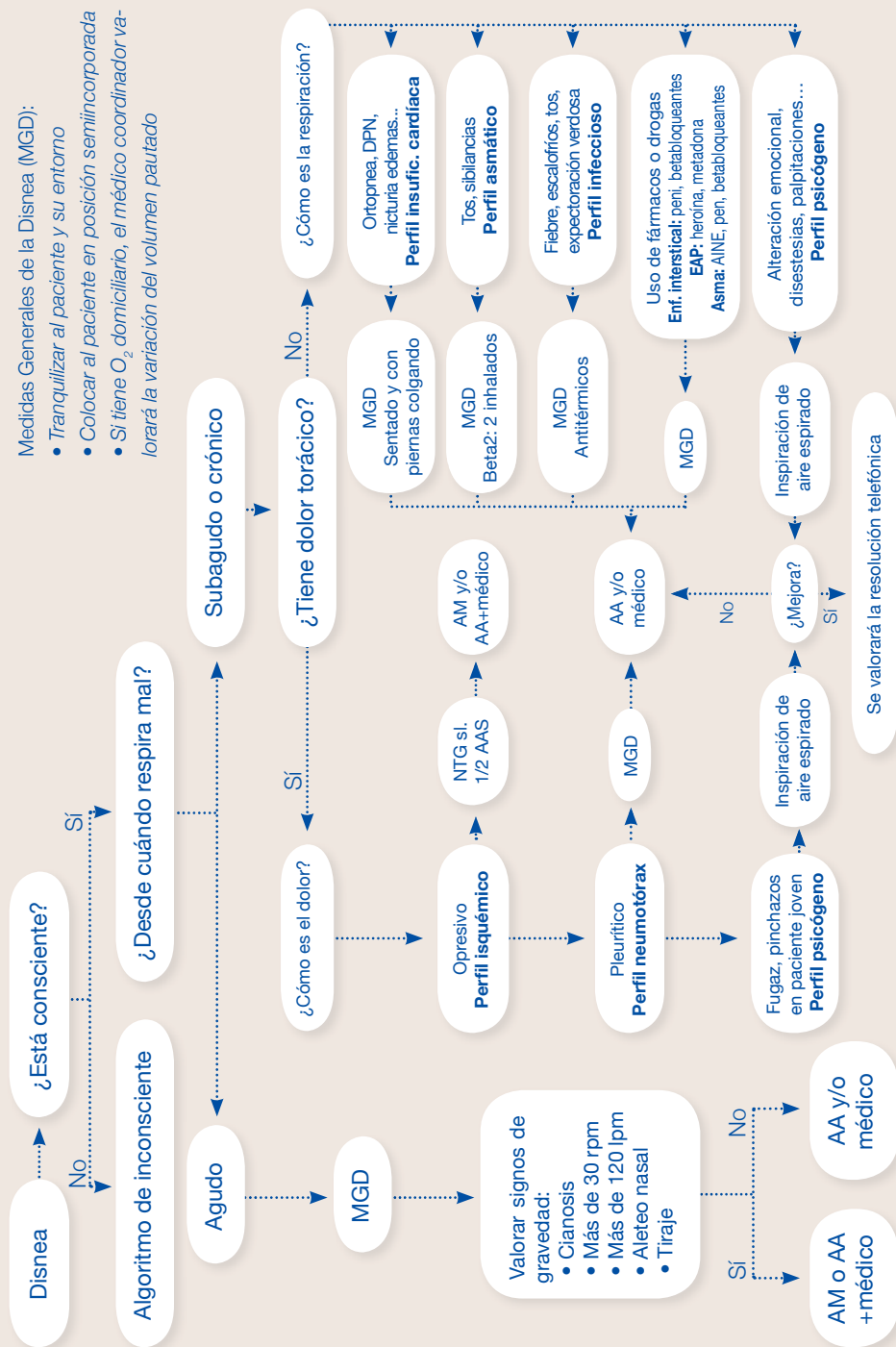
- Paciente con hiperventilación psicógena (perfil ansioso), adecuadamente vigilado y con entorno colaborador

() Si el paciente es trasladable y si el desplazamiento por sus medios supone un beneficio evidente (isocrona larga), podemos proponer conseguir un vehículo particular para el traslado.*

*(**) El transporte se realizará en ambulancia cuando cumple el criterio de derivación al centro de urgencias y su estado basal o capacidad funcional impide el traslado por otros medios, o siempre que sea necesaria la administración de oxígeno.*

5. BIBLIOGRAFÍA

- Lucero Ocaña, M. J.; Disnea. En: Moya, M. S.; Actuación en Urgencias de Atención Primaria. Madrid. 1995, 181-184.
- Maurice Kraytaman, M. D.; Disnea. En: Maurice Kraytaman, M. D.; El diagnóstico a través de la historia clínica. 2ª Edición. Ed. IDEPSA. Madrid. 1991; 40-46.
- González Gómez, C.; Disnea. En: Medina, J.; Manual de Urgencias Médicas. 2ª Edición. Ed. Díaz de Santos, SA. Madrid. 1997; 279-287.
- Álvarez Martínez, C.; Insuficiencia respiratoria aguda. En: Maurice Kraytaman, M. D.; El diagnóstico a través de la historia clínica. 2ª Edición. Ed. IDEPSA. Madrid. 1991; 409-421.
- Sönke Müller; Asma bronquial. En: Sönke Müller; Urgencias en Atención Primaria. 1ª Edición. Ed. GRASS. Barcelona. 1993; 116-117.
- Álvarez Fernández, J. A. et al.; Soporte vital avanzado. En: Ruano, M.; Perales, N.; Manual de Soporte Vital Avanzado. Ed. MASSON, SA. Barcelona. 1996; 13-30.
- Rose, D.; Insuficiencia respiratoria. En: Kravis, T.; Warner, C.; Urgencias Médicas. 14ª Edición. Ed. Médica Europea. Valladolid. 1992; 973-980.
- Rodríguez Roisin, R. Insuficiencia respiratoria. En: Farreras Rozman; Medicina Interna. 13ª Edición. Ed. Doyma SA. 1996; 719-727.
- Brown, J. L.; Respiración asmática. En: Jeffrey L. Brown. Pediatría por teléfono. 2ª Ed. Barcelona. Prous Science. 1995, 89-96.



Aparato cardiorrespiratorio Tos

R. Gómez Vázquez, A. Rodríguez Rivera

1. INTRODUCCIÓN

La tos es una espiración explosiva de árbol traqueobronquial, que actúa como mecanismo de limpieza y consecuentemente como protector, facilitando la expulsión de secreciones y material extraño del mismo.

La tos es un motivo de consulta habitual en nuestro servicio y el síntoma respiratorio más frecuente, y aunque no representa una urgencia por sí sola, sí representa una razón de consulta al médico por las molestias que ocasiona, como irritación del árbol traqueobronquial o interferencia con el sueño.

2. ACTITUD A SEGUIR

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Cuándo comenzó? • Días, hasta 3 semanas • Más de 3 ó 4 semanas • Años	• Procesos infecciosos agudos, laringotraqueobronquitis víricas, inhalación de sustancias irritantes • Infección por mycoplasma (hasta 3 meses). Procesos con tendencia a cronificarse como TB, tumores pulmonares, reflujo gastroesofágico, goteo nasal • Asmáticos, fumadores, bronquitis crónica, bronquiectasias

2. ¿Cómo es la tos? (¿Arranca?, ¿Expectora?) - No productiva: - Irritante y espasmódica - Perruna - Breve, repetitiva - Paroxística - Productiva: - Esputo claro - Verdoso o amarillo - Rosado, espumoso - Negruzco, como hollín - Hilillos de sangre -Sanguinolento	- Estímulos irritantes, TB e insuficiencia cardíaca en estadios iniciales, compresión extrínseca traqueal, fibrosis pulmonar, ansiedad, irritación de conducto auditivo externo o timpánica (cerumen, cuerpo extraño, etc.) - Insuficiencia cardíaca izquierda (nocturna más frecuente) - Laringitis - Vías aéreas superiores - Tosferina (con estertores), bronquítico crónico tras extenuación - Infección vírica, estímulos irritantes, algún caso de carcinoma - Infección pulmonar o traqueobronquial - Edema pulmonar - De mineros de carbón (bronquitis crónica) - Bronquiectasias, TB, neoplasia pulmonar, infarto pulmonar - TB, neoplasia pulmonar, infarto pulmonar
3. ¿Cómo se desencadena? - Cambios de posición - Acostado, de noche - Cambios bruscos de Tª - Con o tras la comida - Humos, irritantes, ejercicio - Animales - Barnices, plásticos - En tto. con IECA	- Bronquiectasias, absceso pulmonar - Insuficiencia cardíaca izquierda (mejora si se sienta), bronquiectasias, rinorrea posterior, asma, reflujo gastroesofágico - Bronquitis crónica - Divertículo esofágico, fístula traqueoesofágica - Asma, bronquitis crónica - Psitacosis - Neumonitis por hipersensibilidad

4. Momento del día • Por la mañana al levantarse • Por la noche • Todo el día	• Bronquitis crónica, bronquiectasias, rinitis posterior, sinusitis crónica, asma • Insuficiencia cardíaca izquierda, asma bronquial • Proceso subyacente o persistente todavía no diagnosticado
5. Síntomas acompañantes • Disnea, ortopnea • Fiebre, artromialgias, escalofríos • Dolor faríngeo, rinorrea • Cefalea que destaca sobre los demás síntomas • Sudoración nocturna • Dolor torácico de características pleuríticas • Pérdida de peso • Ronquera • Diarrea	• Insuficiencia cardíaca • Infección aguda: proceso gripal, neumonía, bronquitis aguda • Infección de vías aéreas superiores • Infección por mycoplasma, psitacosis, en SIDA: infección por cryptococo, neocardia • TB, linfoma • Generalmente por procesos infecciosos. Puede producir fracturas costales en ancianos o en otros pacientes con ciertas enfermedades subyacentes (metástasis óseas, mieloma múltiple, osteoporosis) • TB, infecciones en paciente con SIDA, carcinoma broncogénico • Laringotraqueobronquitis vírica, compresión del nervio recurrente (por arteria pulmonar o aurícula izquierda dilatada), carcinoma broncogénico • Infección por mycoplasma o legionella
6. Antecedentes personales	• Orienta a patología previa (enfermedades previas conocidas, tratamientos, trabajo, irritantes...)

3. RECOMENDACIONES

3.1. Medidas generales

- Se puede tratar la tos seca con hidratación.
- 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, ya que reseca más el ambiente.
- Se evitarán los cambios bruscos de temperatura (desencadenante de tos en bronquíticos crónicos).
- Se colocará al paciente en posición incorporada o semiincorporada.
- Si la tos es seca e irritativa, se pueden recomendar fármacos antitusivos (en pacientes jóvenes sin patología previa):
 - Dextrometorfano a dosis de 15 mg, 4 veces al día.
 - Codeína, a 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.
- No recomendaremos suprimir la tos productiva, ya que se evitaría la eliminación de la expectoración, con la consecuente acumulación en los bronquios que facilitaría así las infecciones bronquiales.

3.2. Medidas específicas

- Si la causa es la reactividad bronquial, suele responder al tratamiento con betaadrenérgicos inhalados.
- Si la causa es por agentes exógenos (animales domésticos, humo del tabaco, etc.), se recomendará evitar la exposición a la misma.
- Si la sospecha es por insuficiencia cardíaca izquierda, se recomendará colocar al paciente en posición semiincorporada.

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
RELLAMADA	• Persistencia o empeoramiento de la tos • Aparición de nuevos síntomas • Intranquilidad de la familia o del paciente • Siempre que asocie un buen estado general, no presente síntoma alguno de gravedad y la familia colabore • Tos que se desencadena por la exposición a sustancias irritantes y que mejora tras la retirada del agente causal • Tos que se desencadena con el ejercicio y mejora tras el reposo • Tos asociada a dolor faríngeo y rinorrea
VISITA DOMICILIARIA	• Ancianos o adultos cuya tos aconseje la derivación a su consulta ambulatoria y cuya situación funcional o basal dificulte su movilización
DERIVACIÓN A SERVICIOS DE URGENCIAS (*)	• Tos no productiva paroxística con estertores • Tos asociada a fiebre, artromialgias y escalofríos (sospechosa de procesos infecciosos) que no remite tras consejos y rellamada • Por inhalación de sustancias irritantes y que no remite tras supresión del agente causal • Paciente cardiópata con tos irritante, espasmódica que mejora al incorporarlo • Tos con expectoración sanguinolenta • Tos asociada a dolor pleurítico • Tos con disnea

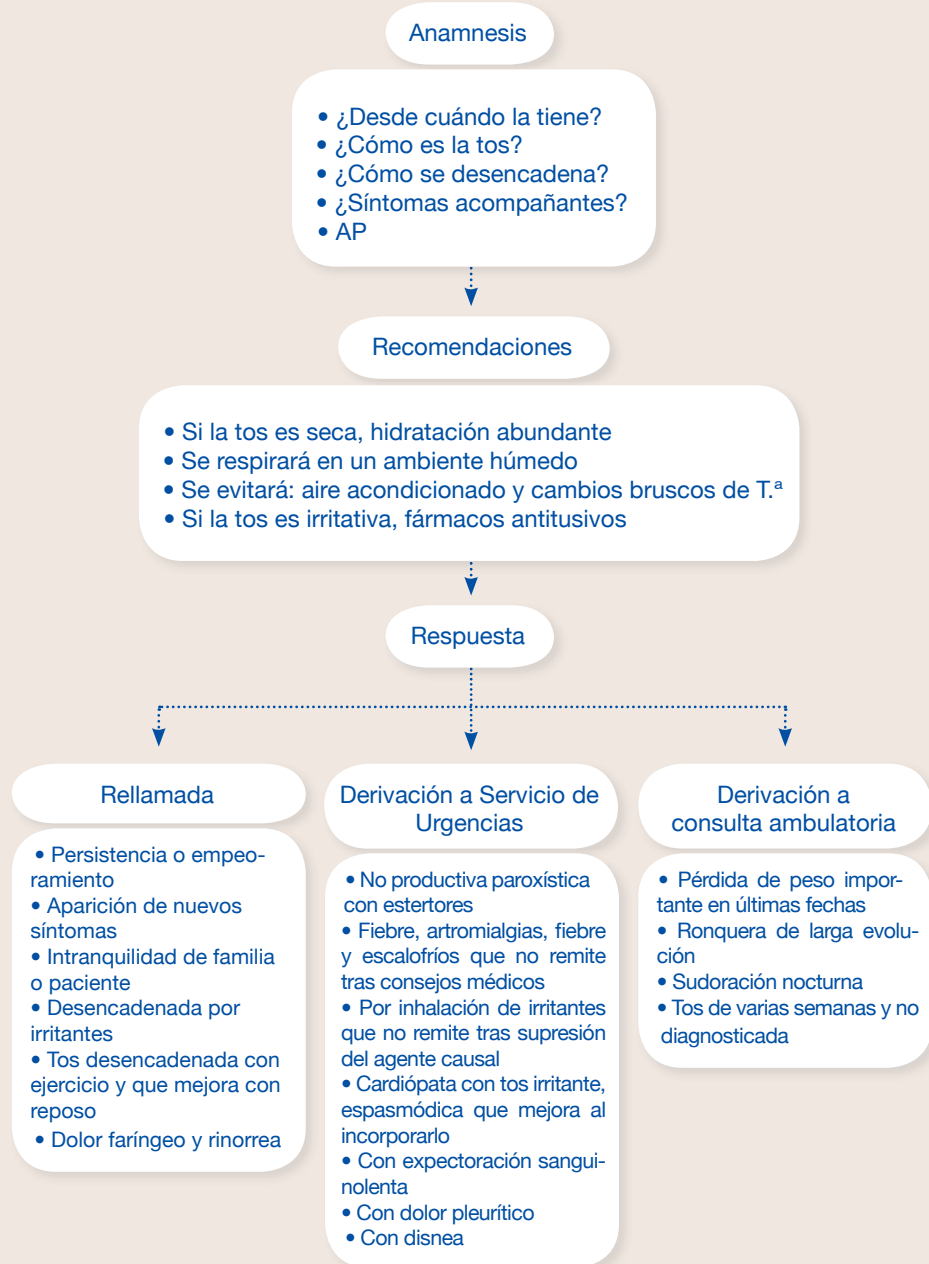
DERIVACIÓN A CONSULTA AMBULATORIA

- Tos asociada a pérdida de peso importante en las últimas fechas
- Tos asociada a ronquera de larga evolución
- Tos asociada a sudoración nocturna
- Tos que dura todo el día, de más de 3 semanas de evolución y no diagnosticada

() El transporte se realizará en ambulancia cuando cumple criterio de derivación a centro de urgencias y su estado basal o capacidad funcional lo impide.*

5. BIBLIOGRAFÍA

- Salgado Marques, R.; Tos. En: Moya Mir, M. S.; Guías de actuación en Urgencias. 1ª Edición. Ed. Mc Graw-Hill- Interamericana de España, SAU. Madrid, 1999, 119-121.
- Steven E. Weinberger; Braunswald, E.; Tos y hemoptisis. En: Fauci, A. S., Braunwald, E., et al.; Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. Mc Graw Hill Interamericana de España SAU. Madrid 1998; 223-227.
- Escarrabill Sanglas, J. et al.; Enfermedades respiratorias: Otros problemas neumológicos. En: Martín Zurro, A., Cano Pérez, J. F. y cols.; Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 4ª edición. Ed. Harcourt Brace. Barcelona; 1999; 931-932.
- Patrick H., Patrick F. Chronic cough. Med Clin North Am 1995; 79: 361-373.
- Diego Damiá A. et al. Tos crónica. Normativas SEPAR. Arch Bronconeumol 2002; 38; 236-245.



Aparato digestivo

Aparato digestivo

Dolor abdominal

E. Pérez Meiriño, J. Gamallo Aller, J. M. Méndez Casares

1. CONCEPTO

El dolor abdominal indica un trastorno intraabdominal, pero puede ser una manifestación de patología extraabdominal. Puede ser secundario a un amplio abanico de etiologías. Por su origen y características se clasifica en tres tipos:

1. **Dolor visceral:** habitualmente sordo y mal localizado, aunque suelen percibirlo en la línea media. El origen está en las vísceras intraabdominales. Puede ser de tipo cólico (con remisiones y exacerbaciones). Una causa frecuente es la obstrucción, suele ser una manifestación temprana de diversos padecimientos, incluidos apendicitis, colecistitis, obstrucción intestinal y cólico renal.
2. **Dolor somático o parietal:** agudo, intenso y bien localizado. Se agrava con movimientos y obliga al enfermo a una posición de quietud (característico de irritación peritoneal).
3. **Dolor referido:** se percibe en el abdomen porque éste comparte segmento neuronal sensorial, aunque la etiología es de causa extraabdominal. Cardiopatía isquémica, pericarditis, embolia pulmonar, neumonía, pleuritis, esofagitis, rotura esofágica, orquitis, prostatitis, espondilitis, artrosis, tumores...

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

El interrogatorio irá dirigido a identificar signos o síntomas de gravedad e identificar aquellos pacientes que son subsidiarios de exploración abdominal.

Debemos tener en cuenta:

- En general el dolor abdominal que no ceda espontáneamente en una hora implica evaluación médica.
- No se administrarán antiespasmódicos/analgésicos en aquellos dolores no filiados, pues enmascaran el cuadro clínico y retardan su diagnóstico.
- La presencia de estado febril asociado implica un cuadro infeccioso que requiere valoración médica.
- La aparición de cortejo vegetativo: sudoración, palidez, taquicardia, palpitaciones, náuseas se asocian a procesos intra y extraabdominales severos y deben ser evaluados de forma urgente.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Antecedentes (edad, sexo...)?	• Solicitado por teleoperador
2. ¿Cuándo empezó?	
• Aparición súbita (segundos)	• Característico de ruptura de víscera, isquemia aguda, disección aórtica
• Aparición rápida (minutos-horas)	• Asociado a síntomas de tipo inflamatorio; colecistitis, pancreatitis, embarazo ectópico
• Aparición gradual (días-semanas)	• Generalmente asociado a lesiones tumorales, patología vascular abdominal, apendicitis

3. Localización del dolor e irradiaciones • Irradia a escápula derecha • Irradia a espalda • Irradia a hombro derecho • Localización en hemiabdomen superior	• Patología del tracto biliar • Patología pancreática • Dolor perihepático • Hay que descartar patología coronaria
4. Síntomas acompañantes: • Anorexia, náuseas, vómitos • Disnea, dolor torácico • Disuria, polaquiuria, tenesmo	• Acompañan con tanta frecuencia que son poco útiles para diagnósticos etiológicos • Neumonía, TEP, alteraciones esofágicas • Sugestivo de infección de vías urinarias
5. Circunstancias que agravan o alivian el dolor: • Alivio con alimentación e ingesta de antiácidos • Si empeora con alimentación • Incrementa en decúbito supino y se alivia al inclinarse hacia delante • Alivia con defecación • Alivia en bipedestación y empeora en decúbito • Se agrava con el movimiento, inspiración profunda, tos, estornudo	• Úlcera duodenal • Sugestivo de patología oclusiva, isquemia intestinal, afectación pancreática • Patología pancreática • Orienta a trastornos del colon • Dolor originado por reflujo gastroesofágico • Dolor de origen peritoneal se agrava con el movimiento, inspiración profunda, tos, estornudo
6. Episodios previos de similares características	• Orientan a una patología previa

7. Antecedentes médico-quirúrgicos

- Ante la ingesta de corticoides, AINE posibilidad de úlcera
- Los analgésicos, inmunosupresores, antibióticos pueden enmascarar un abdomen agudo
- Con antecedentes de intervención quirúrgica abdominal hay que tener en cuenta la posibilidad de bridas y por consiguiente cuadros oclusivos
- Mujeres en edad fértil FUR, características ciclo menstrual, existencia DIU, posibilidad de embarazo

3. RECOMENDACIONES

3.1. Generales:

- Adoptar posición antiálgica, con extremidades inferiores flexionadas.
- Ayuno mientras persiste dolor.
- Se valorará la aplicación de calor seco local.
- Controles periódicos de temperatura.

3.2. Específico:

- Cuando el dolor abdominal es sugestivo de gastroenteritis aguda, con buen estado general, indicaremos hidratación y medidas dietéticas de carácter astringente.
- En reagudizaciones de gastritis sin complicaciones, medidas dietéticas y antiácidos.
- En episodios compatibles con dismenorrea el analgésico que tolere la paciente.

4. RESPUESTA

REPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
RELLAMADA	• Dolor abdominal sin otros síntomas con BEG • Coincidiendo con cuadros de gastroenteritis, indicando medidas dietéticas • En episodios de estreñimiento de corta evolución • Episodios similares de iguales características por patología banal
VISITAS A DOMICILIO	• Dolor abdominal que persiste más de una hora de evolución sin alivio y sugestivo de exploración • Cuando se acompaña de vómitos persistentes, diarrea de abundantes deposiciones, afectando al estado general • Ancianos cuya situación funcional o basal dificulta su movilización y requieren valoración médica
DERIVACIÓN A SERVICIO DE URGENCIAS (**)	• De inicio brusco, de intensidad máxima al comienzo, o el dolor despierta al paciente • El dolor que inicialmente está bien localizado en un área del abdomen y posteriormente se generaliza • Acompañado de vómitos de coloración negruzca o con sangre fresca • Con presencia de fiebre, ictericia • Cuando se acompañe de sintomatología extraabdominal

EMERGENCIA

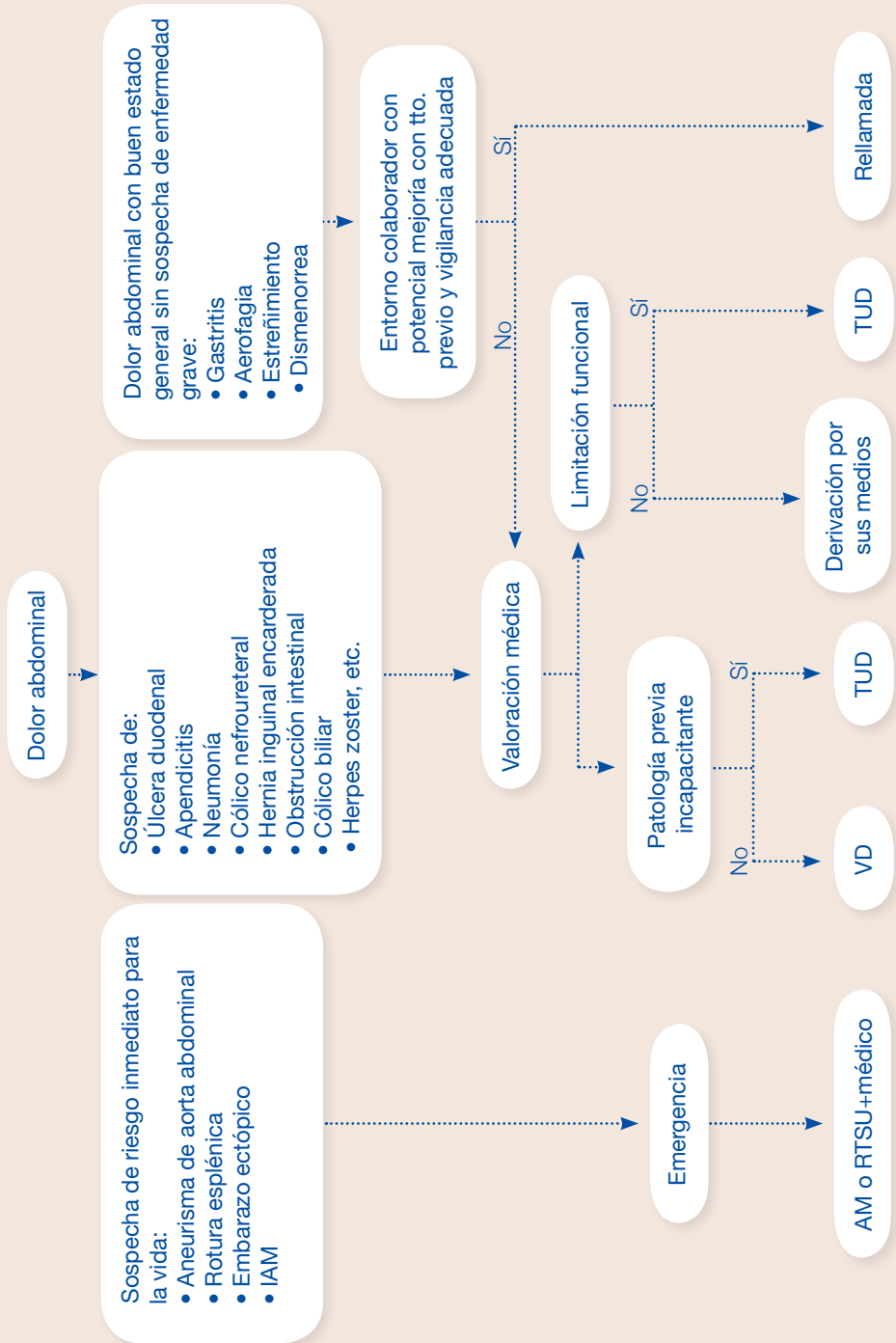
Sospecha de riesgo inmediato para la vida:

- Aneurisma de aorta abdominal
- Rotura esplénica
- Embarazo ectópico
- IAM

(**) Se valorará, según estado y sospecha diagnóstica valoración por recurso medicalizado.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Irazusta, M. Abdomen agudo. En: Marco Garde, P. et al.; Master en Urgencias y Emergencias Médico Quirúrgicas. 2ª edición. Ed. Jarpyo. Madrid. 1998, 559-570.
- Argüello de Andrés, J. M. Abdomen agudo. En: Audibert Mena et al.; Guía terapéutica para residentes. Hospital Universitario San Carlos. 2ª edición. Ed. IDEPSA. Madrid. 1990, 254-263.
- Silen, W. Dolor abdominal. En: Fauci, A. S. et al.; Harrison Principios de Medicina Interna. 16ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 2005, 95-98.
- Nieto Silva, J. Dolor abdominal agudo. En: Malagón-Londoño, G. et al.; Manejo integral de urgencias. 2ª edición. Ed. Panamericana. Bogotá. 1997; 169-172.
- Fales, W. D.; Overton, D. T. Dolor abdominal. En: Tintinalli, E. J. et al.; Medicina de Urgencias; 4ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México 1997; 266-270.
- Jorba Martin, R. y cols. Abdomen agudo. En Gómez J. A. y cols.; Pautas de actuación en Medicina de Urgencias. Ed. Mosby. 1996, 419-432.



Aparato digestivo

Diarrea

E. Pérez Meiriño, S. Cinza Sanjurjo

1. CONCEPTO

La diarrea se define como una pérdida excesiva de líquido y electrolitos a través de las heces o como un aumento en el peso diario de las heces (en adultos la cantidad normal no excede de 200 g/día), con frecuencia el paciente nos habla de un aumento del número de deposiciones o mayor fluidez de las mismas. La frecuencia intestinal normal, en un adulto, varía entre tres deposiciones a la semana y tres veces en un mismo día. Múltiples factores pueden alterar el hábito intestinal normal de una persona, entre ellos se encuentran: variaciones en el contenido de fibra de la dieta, medicamentos ingeridos, ejercicio y estrés.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

En un interrogatorio telefónico intentaremos valorar el grado de afectación del paciente y distinguir entre una diarrea banal y otros procesos potencialmente graves para la persona que puedan cursar con diarrea en sus inicios.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Cuándo comenzó?	Para distinguir entre diarrea aguda (menos de dos semanas) y crónica (superior a 2-3 semanas). Las causas etiológicas son distintas y la necesidad de pruebas de laboratorio muy diferentes
2. ¿Cómo son las heces? ¿Número de deposiciones? - Presencia de moco - Presencia de pus - Presencia de heces sanguinolentas - Alternancia entre diarrea y estreñimiento - Heces en mermelada de frambuesa o jalea de grosella	- Enteropatía inflamatoria, tumores de colon y procesos benignos - Procesos inflamatorios como abscesos o fístulas - En relación con microorganismos enteroinvasivos, neoplasias - Debemos sospechar un fecaloma (falsa diarrea) o colon irritable - En niño menor de 2 años debemos sospechar invaginación intestinal

3. Síntomas acompañantes - Náuseas, vómitos - Dolor abdominal - Fiebre - Pérdida de peso - Erupción cutánea	- Son frecuentes en las diarreas agudas, pero si vomita todos los líquidos hay riesgo de deshidratación - La diarrea que afecta a colon izquierdo se acompaña de tenesmo rectal y dolor abdominal en FII, hipogastrio o región sacra - La diarrea que afecta a intestino delgado o colon derecho se acompaña de dolor abdominal periumbilical y en FID - La asociación de edad avanzada, dolor abdominal agudo y diarrea sanguinolenta obliga a pensar en una enteritis isquémica - Puede estar presente desde el comienzo o presentarse de forma tardía. No sólo indica un proceso infeccioso, puede ser uno de los síntomas de deshidratación - Síndromes de malabsorción, neoplasias o enfermedad inflamatoria intestinal - Aftas recurrentes Crohn, Behçet, celíaca
4. ¿Qué aspecto tiene el paciente?	Pálido, ojeroso, postración, sequedad de boca y mucosas, oliguria, taquicardia, signo del pliegue cutáneo
5. ¿Hay otros miembros de la familia afectados?	Aparición de diarrea aguda que afecta simultáneamente a varias personas tras una comida, sugiere una toxiinfección alimentaria y/o etiología vírica
6. ¿Lo pone en relación con algo?	Ingesta de pescado, marisco, setas, metales pesados, viajes recientes, pesticidas

7. Antecedentes personales

- Infecciones
- Patología multisistémica
- Cirugía previa
- Fármacos
- Abuso de alcohol
- Tumores
- SIDA, colitis
- Crohn, DM, hipertiroidismo, uremia, acidosis, enfermedad celíaca
- Gastrectomía, resecciones intestinales, vagotomía
- En general cualquier fármaco puede producir diarreas, los más frecuentes: antibióticos, antiácidos con magnesio, colchicina, digital, diuréticos, teofilinas, colinérgicos, quimioterápicos, quinidina
- Recordar el abuso de laxantes tan frecuente en algunas dietas de control de peso
- Implicado en diarreas tanto agudas como crónicas
- Carcinoma, cáncer medular de tiroides, tumor vellosos de colon, radioterapia reciente

3. RECOMENDACIONES

3.1. Generales

- Los antibióticos no deben administrarse de forma rutinaria, ya que alargan la duración y aparición de portadores crónicos.
- El uso de antidiarreicos en general no está indicado. Se contraindican ante la sospecha de un agente causal invasivo (ya que prolongan la infección y aumentan el riesgo de bacteremia) y cuando se sospecha o existen antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal (por el riesgo de megacolon tóxico).

3.2. Específico

La finalidad del tratamiento en una diarrea aguda incluye:

- La reposición de líquidos y electrolitos.

- El tratamiento de la causa responsable.
- El tratamiento sintomático de la diarrea y síntomas asociados.

a) Hidratación y dieta

Siempre que se pueda interesa la rehidratación oral y un ayuno no muy prolongado. Es conveniente la suspensión inicial de la leche y los derivados lácteos.

- En el lactante conseguiremos una dieta adecuada rebajando el número de cacitos de leche en la misma cantidad de agua (sólo durante un par de días) o pasando a leche sin lactosa, que algunas madres suelen tener también en casa como el O-Lac, estas leches se preparan en la misma proporción que la leche habitual.
- En los niños no es conveniente prolongar el ayuno más de 6 horas. Existen preparados como el Suerooral que se presentan en sobres (un sobre para un litro de agua) que no sólo consiguen la hidratación, sino también el correcto aporte de sodio, potasio y otros electrólitos. La limonada alcalina vale como reposición de líquidos, pero el aporte de electrólitos no es tan preciso; se prepara añadiendo a un litro de agua el zumo de 2-3 limones, 2 cucharadas soperas de azúcar, una cucharada pequeña rasa de sal común y otra de bicarbonato o sal de frutas. También sirven en asociación para reponer líquidos bebidas como Gatorade®, Isostar®.
- En adultos se puede aceptar un ayuno de hasta 24 horas. En diabéticos el azúcar se sustituirá por 50-60 g de harina de arroz, maíz o trigo o por 200 g de puré de patatas. Se indicarán controles de glucemia más habituales y rellamada al médico.
- En cuanto a la dieta de continuación tanto en niños como adultos es importante:
 - Se suprimirán la leche y derivados lácteos (excepto yogurt), frutas frescas, verduras, café y sopas.
 - Se evitará el uso de fritos y comidas grasas.
 - Alimentos recomendados: pollo, carne magra, zanahoria, patata, arroz (preparados todos ellos en cocción) y frutas, tan sólo plátano y manzana.

b) En cuanto al tratamiento de los síntomas asociados:

- El dolor abdominal no suele precisar tratamiento, se consigue alivio con calor seco local y dieta.

- Las molestias perianales mejoran con lavados con algodón empapado en agua, baños de asiento y en casos muy rebeldes hidrocortisona al 1%.
- La fiebre mejora con antitérmicos del tipo del paracetamol. Evitar AAS en caso de dolor gástrico, ya que puede exacerbarlo.
- Los vómitos inicialmente con ingestión de líquidos en sorbos pequeños. Si no ceden, se puede recomendar un antiemético por vía oral, solamente si disponen del mismo en el domicilio y si el paciente lo ha tomado en otras ocasiones y no ha producido efecto adverso alguno.

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
RELLAMADA	• Diarrea aguda donde podemos garantizar la hidratación oral y los síntomas asociados, como por ejemplo fiebre, se controlan con una buena respuesta • Siempre que asocie un BEG, no presente ningún síntoma de gravedad y sea una familia colaboradora
VISITA DOMICILIARIA	• Cuando se sospecha mal estado general o diarrea con mala evolución • Fiebre mayor de 39° C, afectación sistémica, tenesmo, heces sanguinolentas, duración mayor de 2 semanas o signos de deshidratación (piel pastosa, mucosas secas, ojos hundidos)

DERIVACIÓN A SERVICIO DE URGENCIAS

(*)

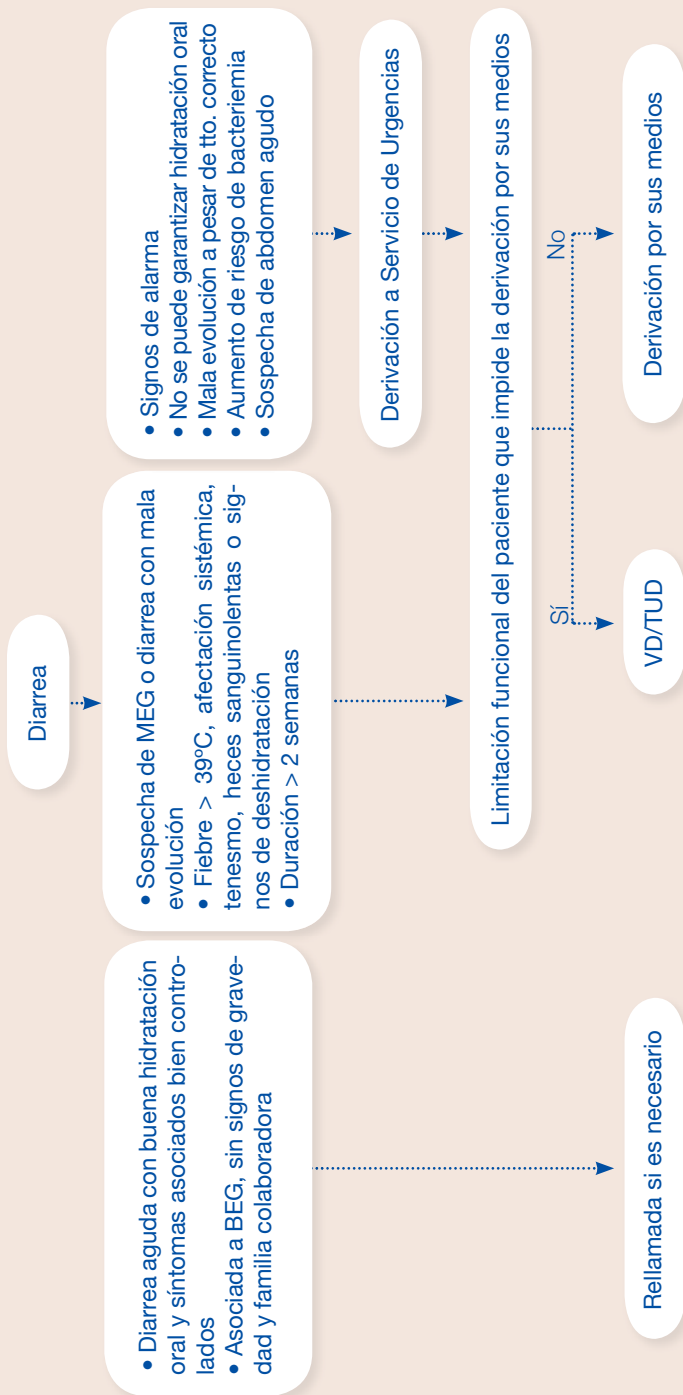
- Presencia de algún síntoma o signo de alarma: rectorragia, taquicardia, oliguria, postración, y/o síntomas de deshidratación
- Cuando no se puede garantizar la hidratación oral
- Diarrea aguda a tratamiento por su médico que a pesar de tratamiento correcto no evoluciona bien y que no es autolimitada
- Pacientes con factores que aumentan el riesgo de bacteriemia: mayores de 50 años, inmunodepresión, patología vascular asociada (aneurismas, valvulopatías...), gastrectomizados
- Sospecha de abdomen agudo

(*) Se valorará, según el estado y la sospecha diagnóstica, la valoración por un recurso medicalizado.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Vázquez, I. et al. Diarreas agudas y crónicas. En: Carnevali Ruiz, D. et al.; Manual de diagnóstico y terapéutica médica 12 de Octubre. 3ª Edición, Madrid, 1995, 443-454.
- James S. Seidel. Diarrea e intoxicaciones alimentarias. En: Tintinalli J. E. et al.; Medicina de Urgencias. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 4ª edición. México. 1996, 595-603.
- Costa y Isern, S. et al. Gastroenteritis aguda. En: Lloret, J. et al.; Protocolos terapéuticos de Urgencias. Springer-Verlag Ibérica. 3ª edición. Barcelona, 1997, 617- 624.
- Diarrea. En: Consideraciones generales sobre el niño enfermo. En: Behrman, R. E. et al.; Nelson Tratado de Pediatría. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 14ª edición, México, 1992, 245-247.
- Diarrea. En: Transtornos ocasionados por diversos agentes infecciosos. En: Behrman, R. E. et al.; Nelson Tratado de Pediatría. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 14ª edición, México, 1992, 800-802.

- Diarrea y estreñimiento; Friedman, L. S. et al. En: Fauci, A. S. et al.; Harrison Principios de Medicina Interna. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 16ª Edición. Madrid, 2005, 254-264.
- Sanroma Mendizábal, P. Diarreas agudas. En: García-Monco Carra, J. C.; Manual del médico de guardia. 3ª edición. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1993, 245-250.



Aparato digestivo

Náuseas y vómitos

J. V. Carou Fernández, I. Cenoz Osinaga, J. López Lazcano

1. CONCEPTO

Las náuseas y los vómitos son un fenómeno patológico común que puede asociarse a una gran variedad de situaciones clínicas (colecistitis, infarto de miocardio, tumor cerebral, embarazo, etc.).

Es de vital importancia la orientación a través de los datos clínicos que obtenemos del paciente para enfocar correctamente el diagnóstico.

Se pueden determinar tres estadios básicos del proceso:

- Náuseas: son la sensación del deseo inminente de vomitar, habitualmente están referidas a la garganta o al epigastrio.
- Arcadas: consisten en contracciones musculares reflejas sin la expulsión del contenido gástrico.
- Vómito propiamente dicho: es la expulsión oral, activa, del contenido gástrico.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

El interrogatorio debe ser lo más minucioso posible, dejando constancia grabada de los aspectos más destacables del mismo. Irá dirigido a la búsqueda de los síntomas asocia-

dos, de forma que permita aproximarnos al pronóstico del conjunto sindrómico. Durante el interrogatorio se contemplarán la mayoría de los posibles diagnósticos, orientándolo con posterioridad a destacar los síntomas que refiere el paciente sobre un aparato determinado.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
¿Desde cuándo tiene vómitos? • Agudo (menos de 48 horas de evolución) • Crónico (más de 48 horas de evolución)	• Toxiinfecciones alimentarias, gastroenteritis agudas y vómito secundario a procesos abdominales agudos, laberintitis, mareos relacionados con movimiento y vómito de origen farmacológico. Hipertensión craneal (en escopetazo) • Obstrucción mecánica, alteraciones de la motilidad, embarazo, hipertensión craneal, psicógeno
¿Cómo es el vómito? • Presencia de sangre • Vómito fecaloideo • Alimento no digerido • Vómito bilioso	• Sugestivo de hemorragia digestiva alta • Posibilidad de obstrucción intestinal • Origen esofágico (divertículo, acalasia) o gástrico (aquilia gástrica) • Obstrucción distal a la ampolla de Vater
Relación del vómito con la comida: • Retraso de 1 hora • Entre 4-6 horas • Matutino (después del ayuno nocturno)	• Retención gástrica por obstrucción pilórica o por trastorno de la motilidad del estómago (neuropatía autonómica, estado postvagotomía) • Retención en la luz esofágica (divertículos, acalasia) • Uremia avanzada, gestación, alcoholismo crónico, ansiedad

Síntomas asociados: • Dolor torácico y sudoración fría • Síntomas y signos neurológicos: cefalea, signos meníngeos (rigidez de nuca), signos de hipertensión intracraneal • Dolor abdominal • Diarrea y/o fiebre • Vértigo, tinnitus • Ictericia • Tensión emocional de paciente y/o entorno	• Valorar características isquémicas del dolor (protocolo dolor torácico) • Sugestivo de trastorno orgánico del sistema nervioso central • Sugestivo de trastorno del sistema gastrointestinal. Se valorará la epigastralgia de origen cardíaco • Se considerará el diagnóstico de gastroenteritis aguda • Afectación del sistema vestibular • Patología biliar, hepática o pancreática • El diagnóstico de vómito psicógeno exige la exclusión de cualquier causa orgánica
Antecedentes personales: • AP enfermedad cardiovascular • Antecedente de trastorno neurológico • AP cirugía abdominal previa • DM u otra enfermedad sistémica • AP de cólico biliar o renal • Medicamentos (*)	• Predisposición a padecer isquemia mesentérica • Predisposición a padecer vómito de origen central • Puede ser causa de vómitos de carácter obstructivo • Puede explicar vómitos recurrentes • Se valorarán síntomas similares • Citostáticos, opiáceos, digital, L-dopa, agonistas dopaminérgicos (bromocriptina), sulfato de cobre • Macrólidos, amoxicilina-clavulánico • Analgésicos. Salicilatos, ipecacuana, aminofilina • Anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos

(*) Los vómitos se considerarán efecto secundario si existe relación temporal entre el inicio del tratamiento y la aparición de los vómitos, si están descritos como posible efecto secundario o si presenta otros datos de toxicidad del mismo.

3. RECOMENDACIONES

Cuando el diagnóstico de sospecha de la etiología de los vómitos es una patología leve podemos recomendar:

- 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).
- Dieta e hidratación oral (líquidos a pequeños sorbos).
- Se seguirá la evolución clínica de forma ambulatoria.

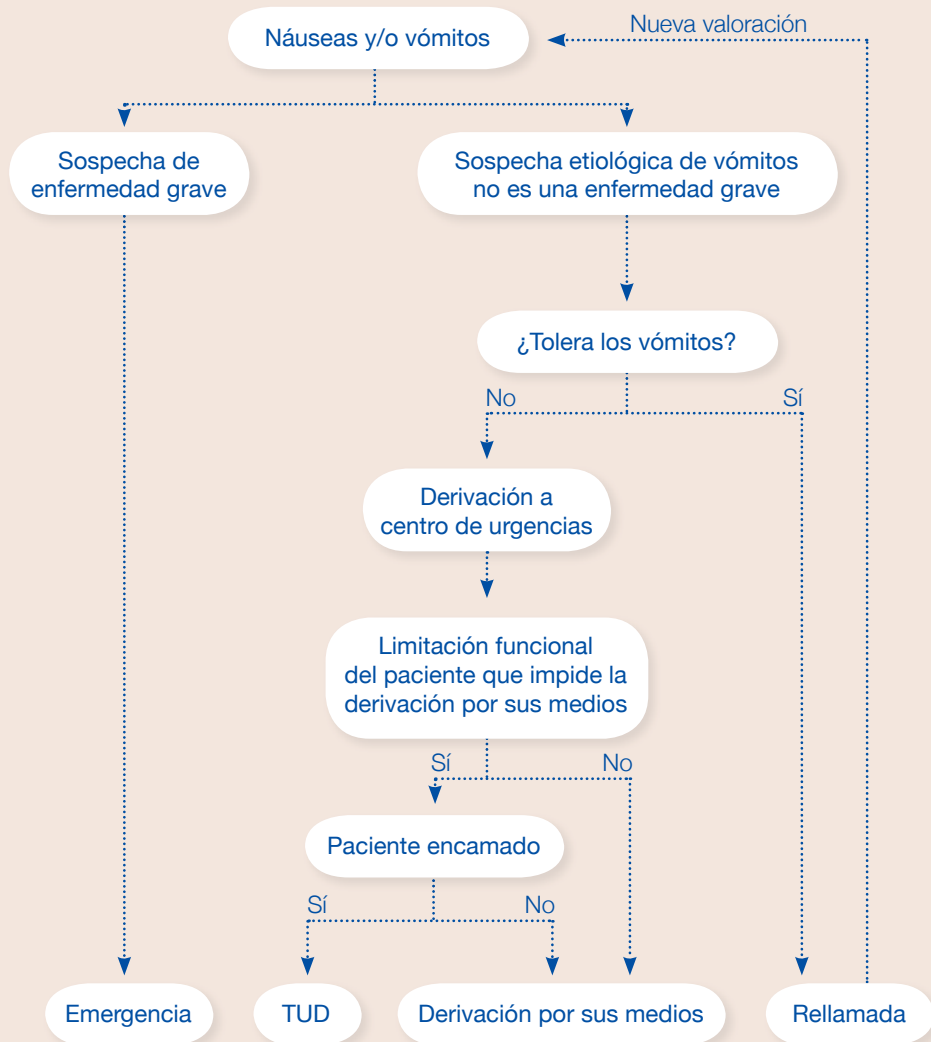
4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
EMERGENCIA	Sospecha de enfermedad grave: infarto agudo de miocardio, abdomen agudo, hipertensión intracraneal, meningitis, cetoacidosis diabética, Mallory-Weiss...
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (*)	Sospecha etiológica de una enfermedad no grave (gastroenteritis aguda, efecto secundario de fármacos, cólico nefrítico, migraña, embarazo...) y los vómitos impiden una adecuada hidratación
VISITA A DOMICILIO	En el caso anterior y cuando los vómitos no impiden una adecuada hidratación y/o complicaciones crónicas
RELLAMADA	Sospecha de gastroenteritis aguda en la que los vómitos no impiden una adecuada hidratación y sospecha de otras etiologías de vómitos no potencialmente graves (cólico nefrítico, vértigo, migraña) que potencialmente pueden mejorar en el domicilio con el tratamiento previo del paciente

(*) Se derivará por sus medios o en ambulancia según la limitación funcional del paciente, que se debe valorar durante el interrogatorio.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Varios autores; Aparato digestivo. En: Tintinalli, J. E. y col.; Medicina de Urgencias. McGraw-Hill Interamericana. 4ª edición, México, 1997, 547-639.
- Pujol Farriols, R. y Vilar Puig, L.; Patología digestiva. En: Martín Zurro, A. y Cano Pérez, J. F.; Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Harcourt Brace. 3ª edición, Madrid, 1995, 1253-1281.
- Nieto Silva, J. A.; Urgencias en el aparato digestivo. En: Malagón-Londoño y col.; Manejo integral de urgencias. Panamericana. 2ª edición, Bogotá, 1997, 169-248.
- Varios autores; Enfermedades del aparato digestivo. En: Lloret, J.; Muñoz, J.; Artigas, V.; Allende, L. H. y Anguera de Sojo, I.; Protocolos terapéuticos de urgencias (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau). Springer-Verlag Ibérica. 3ª edición, Barcelona, 1997, 434-516.
- Catálogo de especialidades farmacéuticas 1999. Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Núñez Parrilla, M. Madrid, 1999.
- Guía de consulta en Atención Primaria. Córdoba García, R.; Franch Nadal, J. y López Verde, F.
- Manual de diagnóstico y terapéutica 12 de octubre. Carnevali Ruiz, D.; Medina Iglesias, P.; Pastor Valverde, C.; Sánchez Manzano, D. y Satúe Bartolomé, J. A.
- Prakash, C. Náuseas y vómitos. Manual Washington de terapéutica médica. Carey, Ch.; Lee, H. y Woeltje, K. Ed. Mc Graw-Hill. Buenos Aires, 2001, 372.
- Actuación en Urgencias de Atención Primaria. Moya Mir, M.S.



Aparato digestivo Hematemesis

S. Cinza Sanjurjo, O. Prado Comesaña

1. INTRODUCCIÓN

Se define la hematemesis como la emisión de sangre por la boca, procedente del tracto digestivo, a partir de estructuras adyacentes que vierten su contenido en un punto situado entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treiz del intestino.

Existen situaciones en las que el sangrado no procede del tracto digestivo, siendo necesario distinguir entre otra clase de etiologías como sangrados orofaríngeos, nasales, hemoptisis...

Desde nuestro punto de vista, lo más importante es el tipo de respuesta que le ofrecemos al paciente y la decisión de si su hemorragia es una emergencia o no.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

El interrogatorio irá encaminado a reconocer la procedencia del sangrado, signos y síntomas de gravedad en el paciente, valorar la situación hemodinámica y el estado general.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA
Origen del sangrado: • El sangrado es nasal o por lesiones orales • Expulsión de sangre precedida de tos, expectoración o dolor torácico • Hemorragia precedida de náuseas, vómitos • Ha tenido previamente epístaxis, extracción dental, traumatismo facial • Ingesta de colas, café, vino tinto, tomate, aceitunas negras, cerezas, hierro oral	• Sugiere patología nasal o nasofaríngea • La sangre viene del tracto respiratorio y no de nasofaringe ni del tracto gastrointestinal. Sugiere hemoptisis • Sugiere hematemesis • La sangre puede ser deglutida y vomitada posteriormente • Pseudohematemesis (aspecto de posos de café)
Características de la hemorragia: 1. Intensidad de la hemorragia • Palidez, sudoración • ¿Se mareaba al incorporarse? (Síncope) 2-Color de la sangre: • Roja • Rojo oscuro, marrón o negro • Rojo brillante y espumoso	• Orienta a la gravedad • Manifestaciones clínicas de hipotensión, hemorragia aguda de más de 500 ml • Significa una pérdida sanguínea de al menos 1.000-1.500 ml de sangre • Hemorragia reciente: hemorragia localizada por encima del píloro, lesión esofágica • Vómitos tardíos (sangre alterada por el contenido gástrico) • Sangre que procede del pulmón

Otros síntomas acompañantes: • Tos y expectoración • Vómitos intensos previos sin sangre • Pirosis • Dolor abdominal • Disminución de peso en las últimas semanas • Diarrea tras el sangrado	• Origen pulmonar, EPOC, absceso... • Síndrome de Mallory-Weiss • Lesión esofágica: inflamatoria, ulcerosa o neoplásica • Enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias de colon, fístula aortointestinal, vasculitis... • Carcinoma • Habitual en la hemorragia gastrointestinal
Factores iatrogénicos: • Tratamientos con AINE • Tratamientos anticoagulantes • Alcoholismo	• Gastritis erosiva, gastroduodenitis, úlcera péptica y hemorragia • Enfermedad gastrointestinal subyacente • Sangrado por varices, gastritis alcohólica, úlcera péptica

3. RECOMENDACIONES

Si está consciente y presenta alteración del estado hemodinámico (palidez, taquicardia), se acostará al paciente con elevación de los miembros inferiores.

Si está estuporoso, se colocará en posición lateral de seguridad.

4. RESPUESTA

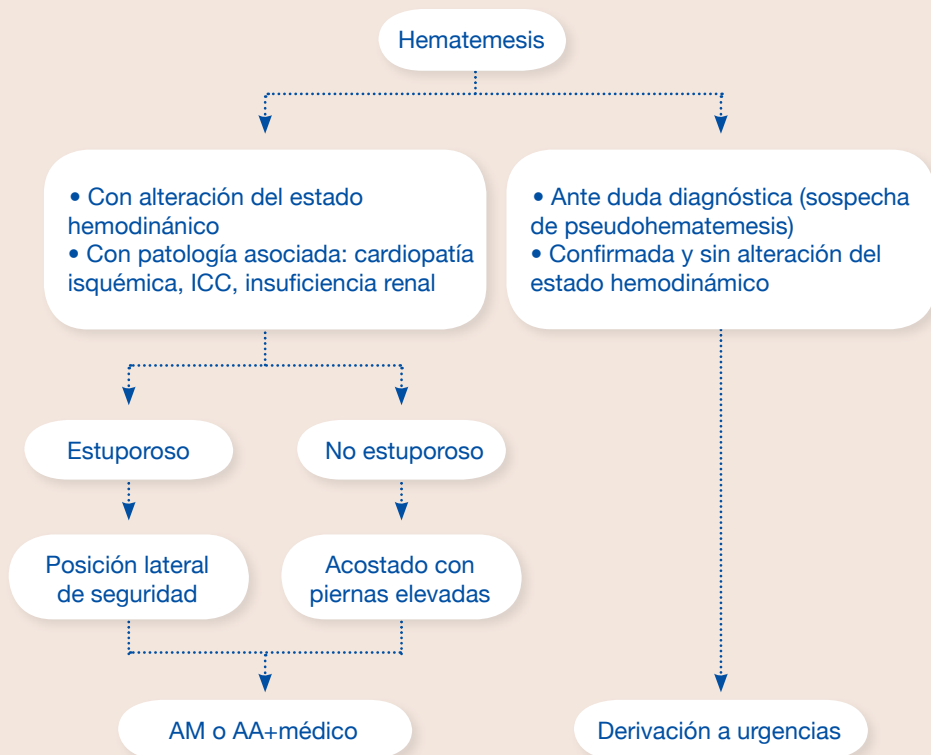
RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
EMERGENCIA	• Con alteración del estado hemodinámico • Con patología asociada: cardiopatía isquémica, ICC, insuficiencia renal

DERIVACIÓN A SERVICIO DE URGENCIAS

- Ante duda diagnóstica (sospecha de pseudohematemesis)
- Confirmada y sin alteración del estado hemodinámico

5. BIBLIOGRAFÍA

- Herrerías Gutiérrez, J. H.; Sáenz Solís, R. Hemorragia digestiva. Valoración, diagnóstico y tratamiento. En: Carrasco Jiménez, M. S. et al.; Tratado de Emergencias Médicas, Ed. Aran; Madrid, 2000:805-817.
- Marín Martínez, J. M. Hematemesis. En: Espinas Boquet. J. Guía de Actuación en Atención Primaria; SEMFYC Barcelona, 2ª Ed., 2003:682-684.
- Pujol Farrilols, R.; Vilar Puig, L.; Hemorragia digestiva alta. En: Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F. Atención Primaria. Ed. Harcourt Brace; Barcelona 1998:1253-1281.
- Gastroenterología. En: Hope, R. A. et al. Oxford Medicina Interna. Marban, 2000: 447-451.



Aparato digestivo

Dolor bucodental

R. Gómez Vázquez, M. Pereira Carnero, G. Hawkins González

1. CONCEPTO

De todas las afecciones de la cavidad oral la caries es la que proporciona mayor número de consultas.

Por lo general, suele tratarse de urgencias diferidas, en las que se debe tratar el dolor inicialmente, pudiendo diferirse la intervención de un odontólogo a las 24-48 horas para los casos de odontalgia.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

No es fácil a través del interrogatorio telefónico distinguir la patología odontológica, ya que el diagnóstico se realiza fundamentalmente por el aspecto visual de las lesiones y por los síntomas acompañantes.

Deben descartarse causas no odontógenas del dolor facial y bucal (alteraciones de la articulación temporomaxilar, etc.) y considerar la cardiopatía isquémica en el adulto, como puede ser la irradiación de un dolor torácico coronario a localización de maxilar inferior.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
¿Desde cuándo le duele? • Agudo o subagudo • Crónico	• Cardiopatía isquémica, pulpitis aguda, absceso • Pulpitis crónica
¿Dónde localiza el dolor? • Dental • Mucosa oral • Mandíbula	• Pulpitis, abscesos y flemones, hipersensibilidad dentaria • Gingivitis, estomatitis mecánica, leucoplasia, herpes, muguet, liquen, herpangina, reacciones alérgicas, viriasis, impétigo, patología sistémica • Cardiopatía isquémica con irradiación mandibular, disfunción de la articulación temporomandibular
¿Cómo es el dolor dental? • Aumenta o lo desencadena el frío, calor, dulce, ácido • Aumenta al abrir o cerrar la boca • Se desencadena al tocar alguna zona de la cara	• Patología dental o periodontal (hipersensibilidad dentaria, pulpitis, absceso pulpar), lesiones de la mucosa oral • Disfunción de la articulación temporomandibular, arteritis de la arteria temporal • Neuralgia del trigémino (idiopática o secundaria a tumores, esclerosis múltiple)
¿El dolor irradia? • Inframandibular o cuello • Oído • Cara	• Descartar cardiopatía isquémica, tumores • Procesos óticos, tumores • Procesos sinusales, neuralgias, tumores

¿Tiene lesiones visibles en la boca, lengua, encías o el paladar? • Blanquecinas que se desprenden al rasparlas • Blanquecinas que no se desprenden al rasparlas • Úlceras o erosiones • Ampollas	• Muguet o candidiasis • Leucoplasia, liquen plano • Estomatitis mecánicas (prótesis, mordisqueo, cepillado agresivo), estomatitis por contacto (AAS, nitrato de plata, colutorios), aftas, herpes, liquen erosivo, estrés, alergias (marisco, frutas, quesos, chocolate, leche...), herpes, enfermedades sistémicas (EII, Beçhet, sida), medicamentos • Pénfigos, penfigoides, gingivitis necrosante aguda
¿Tiene otros síntomas? • Cortejo vegetativo • Hinchazón local • Fiebre • Cefalea • Hemorragia bucal • Clics al abrir la boca	• Cardiopatía isquémica (más signos característicos), migrañas, arteritis de la temporal • Absceso o flemón dental • Absceso o flemón dental, proceso ORL, arteritis temporal, enfermedades sistémicas, tumores • Migraña, cefalea en racimos, arteritis de temporal, polimialgia reumática • Extracción dental, enfermedad periodontal, traumatismos, ingesta de anticoagulantes, déficits de la coagulación • Patología de la articulación temporomandibular

Antecedentes

- ¿Ha sufrido algún traumatismo facial/oral?
- ¿Se ha sometido recientemente a manipulación dental? (1-3 días tras la extracción)
- Enfermedades sistémicas
- Fármacos que toma
- Está sometido a radioterapia
- Fractura dental, alveolar, subluxación o avulsión dental
- Fibrinolisis del coágulo tras exodoncia (dolor), utilización de analgésico con vasoconstrictor, comunicación orosinusal (paso de líquido de la boca a la nariz)
- Beçhet, EII, collagenopatías, artritis, artrosis, vasculitis
- AINE, sales de oro, antipalúdicos, antibióticos, metildopa, anticonvulsantes, tiacidas, furosemida, captopril, corticoides
- Tras 15 días

3. RECOMENDACIONES

3.1. Medidas generales

- Higiene oral: cepillado dental con cepillo de cerdas blandas y enjuagues con antisépticos orales o soluciones salinas tibias.
- Evitar desencadenantes: bebidas muy frías o calientes, dulces o ácidos.

3.2. Medidas específicas

a. Si hay dolor

- Analgésicos habituales y antiinflamatorios habituales ya descritos.
- No está indicada la colocación de ácido acetilsalicílico sobre la mucosa vecina para evitar una posible lesión de la mucosa por efecto cáustico.

b. En lesiones de la mucosa oral

- Enjuagues con clorhexidina al 0,12%. Bencidamida (Tantum verde), antisépticos (clorhexidina, soluciones gliceradas de borato sódico).

c. En rotura dental

- Cubrir temporalmente el diente con apósito de papel de aluminio, analgesia y consulta con dentista lo antes posible.

d. Movilidad dental

- La avulsión completa constituye una verdadera urgencia dental, debiendo devolverse al alvéolo a la mayor brevedad posible.

e. Hemorragias

- Hemorragias leves. Suelen responder a enjuagues bucales con peróxido/clorhexidina y presión local con compresas de gasa.
- Hemorragia 2ª a extracción: suele controlarse si muerde una gasa con presión sostenida. Si no cede, realizar limpieza de coágulos grandes y ejercer de nuevo presión con una gasa. En estos casos se evitarán los enjuagues.

f. Dolor mandibular

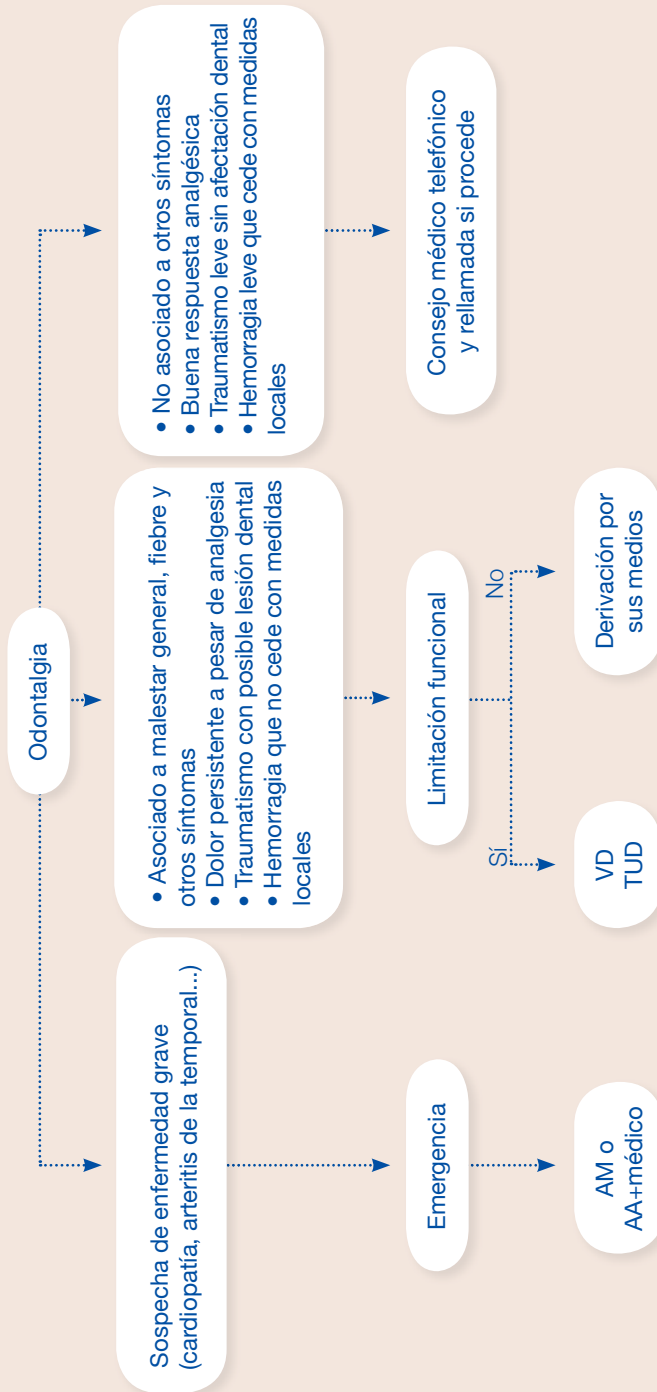
- AINE (ya especificados). Siempre y cuando los haya tomado previamente el paciente y no le hayan producido efecto secundario alguno.
- Ejercicios de fisioterapia, que consistirán en apertura y cierre de la boca suavemente.

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
RELLAMADA	• Planteable en cualquiera de las situaciones, siempre que se precise
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS O A ATENCIÓN PRIMARIA	• Ante dolor refractario persistente • Ante traumatismo importante en el que se sospeche fractura dental y/o avulsión dentaria • Hemorragia persistente que no cede con las medidas indicadas • Absceso dental/peridental • Dolor irradiado a oído o cara • Lesiones en la mucosa oral • Cualquier dolor con cualquier sintomatología sobreañadida
EMERGENCIA	• Cuando se trate de un dolor coronario referido a maxilar inferior en el contexto de cardiopatía isquémica • Sospecha de arteritis de la temporal

6. BIBLIOGRAFÍA

- James T. Ámsterdam. Urgencias odontológicas generales. En Judith C-Tintinalli, Ernest Ruiz, Ronald L. Krome; Medicina de Urgencias. Volumen 2. 4ª ed. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, New York. EUA. 1.996 1354-1361.
- Gómez Bezares P. y Vázquez Doval F. J. Dermaclinic. En Formación Médica Continuada, Volumen 6, nº 8, Octubre 1999.
- Viñals Iglesias H. y Rodríguez de Rivera, M. E. En: Formación Médica Continuada, Volumen 6, nº 10, Diciembre 1999.



Aparato musculoesquelético

Aparato musculoesquelético

Dolor de espalda

V. Carpena Montero, E. Redondo Martínez, M. P. Menéndez Parras

1. INTRODUCCIÓN

El dolor de espalda, sobre todo a nivel cervical y lumbar, constituye uno de los más frecuentes motivos de consulta médica. Se calcula que el 60-80% de la población tendrá, al menos, un episodio de lumbalgia a lo largo de su vida, siendo la edad más frecuente de aparición entre los 25 y 45 años.

Se debe destacar la gran variabilidad individual en el umbral del dolor, influenciada por factores psicológicos, así como por la posibilidad de “exageración interesada” por parte del paciente (absentismo laboral).

El 90% de los casos son de tipo **mecánico**, muchas veces con un factor desencadenante claro. La mayoría de las ocasiones es debido a la afectación de estructuras blandas paravertebrales (músculos, ligamentos, cápsulas articulares y fascias) como consecuencia de esfuerzos, posturas inadecuadas o microtraumatismos recurrentes (**lumbalgia inespecífica**).

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

Además del dolor de origen mecánico, otras posibles causas son el dolor **inflamatorio**, el dolor **radicular** (ej. hernia discal) y el dolor **visceral**, que puede ser extremadamente grave (ej. IAM, rotura de aneurisma aórtico).

Lo que pretendemos a través del interrogatorio es tratar de concretar el tipo de dolor y, sobre todo, identificar **signos de alarma**:

- Traumatismo previo.
- Primer episodio de dolor en < 18 años o > 55 años.
- Fiebre > 38° C.
- Angor, disnea, mareos...
- Masa abdominal pulsátil.
- Cefalea, rigidez de nuca, vómitos.
- Déficits neurológicos asociados.
- Incontinencia de esfínteres.
- Dolor no mecánico.
- Antecedentes personales: neoplasia, osteoporosis, ADVP, inmunosupresión.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Desde cuándo lo nota? ¿Ya le había ocurrido antes?	• Valorar el tiempo de evolución y reagudizaciones de dolor crónico (artrosis, osteoporosis, artropatías inflamatorias...)

2. ¿Cómo empezó? • Inicio súbito • Inicio insidioso	• Investigar siempre si hubo antecedente traumático • Traumatismos, esfuerzo físico, IAM, rotura de aneurisma aórtico, disección, cólico renal, infecciones... • Dolor de tipo mecánico (ej. artrosis) o dolor inflamatorio (ej. espondilitis anquilosante)
3. ¿En qué zona se inicia el dolor? ¿Se irradia? ¿Hacia dónde? • Hacia el tórax • Hacia el abdomen • Hacia la región inguinal • Hacia extremidad superior • Hacia extremidad inferior • Dolor impreciso, difuso	• Generalmente a nivel lumbosacro o cervical • Patología cardiorrespiratoria: IAM, neumonía, derrame pleural, disección aórtica (interescapular)... • Úlcus perforado, cólico biliar, pancreatitis, dismenorrea... • Cólico nefrítico • Cervicobraquialgias, Pancoast, costilla cervical... • Lumbociatalgias (por debajo del hueco poplíteo) • Fibromialgia
4. Factores que modifican la intensidad del dolor: • Dolor que empeora con el movimiento y alivia en reposo • Dolor que persiste durante el reposo (incluso le despierta) • Dolor que empeora al toser o con inspiración profunda • Dolor que empeora con maniobras de Valsalva • ¿Puede caminar de talones (L5) o de puntillas (S1)?	• Dolor mecánico (lumbalgia o cervicalgia inespecífica, contracturas musculares, artrosis...). Si es de origen radicular, empeora con sedestación y alivia en bipedestación • Dolor inflamatorio u oncológico • Pleurítico (neumonía, derrame pleural...) • Dolor de origen radicular • Sugestivo de dolor radicular

5. Síntomas acompañantes:

- Disnea, mareos, cortejo vegetativo...
- Síndrome febril
- Cefalea
- Náuseas o vómitos
- Rigidez matutina
- Déficit motor y/o sensitivo y/o incontinencia de esfínteres
- Diarrea crónica
- Disuria, coluria, hematuria...
- Lesiones cutáneas y/o oculares y/o de otras articulaciones
- Pérdida de peso reciente
- Astenia, depresión, ansiedad, trastornos del sueño...
- IAM, rotura de aneurisma aórtico, disección aórtica...
- Virasis, osteomielitis, pancreatitis, cólico biliar...
- Meningismo, migrañas...
- Dolor de origen visceral
- Artropatías de tipo inflamatorio (espondilitis anquilosante, Reiter, artritis reumatoide, artritis enteropáticas...)
- Dolor radicular: hernia discal, fractura vertebral, artrosis severas, síndrome de la cola de caballo...
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Cólico renal, pielonefritis, síndrome de Reiter...
- Artropatías inflamatorias
- Neoplasias
- Fibromialgia

6. Antecedentes personales:

- Tratamientos usados por el paciente (ej. analgésicos)
- Anomalías congénitas o adquiridas del caquis
- Patología reumatológica
- Patología metabólica
- Patología oncológica
- Patología digestiva
- Patología urológica
- Patología cardiovascular
- Patología ginecológica
- Perfil psicológico
- Orienta hacia patologías previas del paciente y el tratamiento de las reagudizaciones de dolor crónico
- Cifosis, escoliosis, espina bífida, espondilolistesis...
- Artrosis, artropatías inflamatorias, discopatías...
- Osteoporosis, osteomalacia, hiperparatiroidismo, Paget...
- Neoplasias, metástasis óseas, mieloma...
- Colelitiasis, ulcus péptico, Crohn...
- Nefrolitiasis, prostatitis...
- Cardiopatía isquémica, aneurisma de aorta, anticoagulados (riesgo de hemorragia retroperitoneal)...
- Dismenorrea, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica...
- Fibromialgia, neurosis, depresión, somatizaciones, simuladores...

3. RECOMENDACIONES

3.1. Informar y tranquilizar al paciente:

- En general, buen pronóstico: el 80-90% de los dolores de espalda son de tipo mecánico y la mayoría se resuelven espontáneamente en 4-6 semanas.
- Advertirle de la frecuente lenta evolución a pesar del tratamiento farmacológico.
- Vigilar los signos de alarma.
- Evitar la inmovilización prolongada y el abuso de analgésicos.

3.2. Aclarar falsos “mitos”:

- Actualmente no se recomienda el reposo absoluto en cama, excepto en dolor de origen radicular (ej. lumbociatalgia) donde puede ser útil los primeros 3-7 días.
- No son necesarias las pruebas complementarias para realizar el diagnóstico inicial. Se reservan sólo si hay signos de alarma o si hay mala evolución del dolor tras 4 semanas.
- Salvo situaciones de mal control en dolores de tipo radicular o de tipo inflamatorio, no está demostrada la eficacia de los corticosteroides (orales o im). Muy dudosa eficacia también de los AINE tópicos.

3.3. Medidas generales:

- Reposo relativo, con movilización lentamente progresiva, evitando movimientos de flexión y extensión de la columna vertebral, bipedestación prolongada y sobreesfuerzos.
- Puede ser útil aplicar calor local a intervalos de 15-20 minutos, varias veces al día. Su uso está contraindicado en pacientes con artroplastias metálicas, con trastornos vasculares o de la sensibilidad.
- En dolor de tipo radicular, aconsejar reposo en decúbito sobre una superficie dura, colocando una almohada por detrás de las rodillas (se pretende así flexionar las rodillas, lo cual contribuye a relajar la musculatura paravertebral).
- Después de varios días (en general, después de 1-2 semanas), se recomienda comenzar con ejercicio suave tal como paseo, natación, bicicleta estática...
- Las “escuelas de espalda” (reeducación postural, técnicas de manejo de cargas y ejercicios de fortalecimiento de la musculatura paravertebral) no están indicadas en el manejo del dolor agudo.
- En cervicalgias, valorar la posibilidad de inmovilización con collarín blando (no más de 4 semanas).

3.4 Fármacos:

- Paracetamol como primera elección. Es recomendable asociar un relajante muscular la primera semana y también vitaminas del complejo B.
- Si no es suficiente, añadir un opioide débil o un AINE, siempre y cuando no existiesen contraindicaciones y ya los hubiesen utilizado anteriormente.
- En situaciones de dolor crónico (persistencia durante más de 6 meses) se recomiendan los antidepresivos tricíclicos.

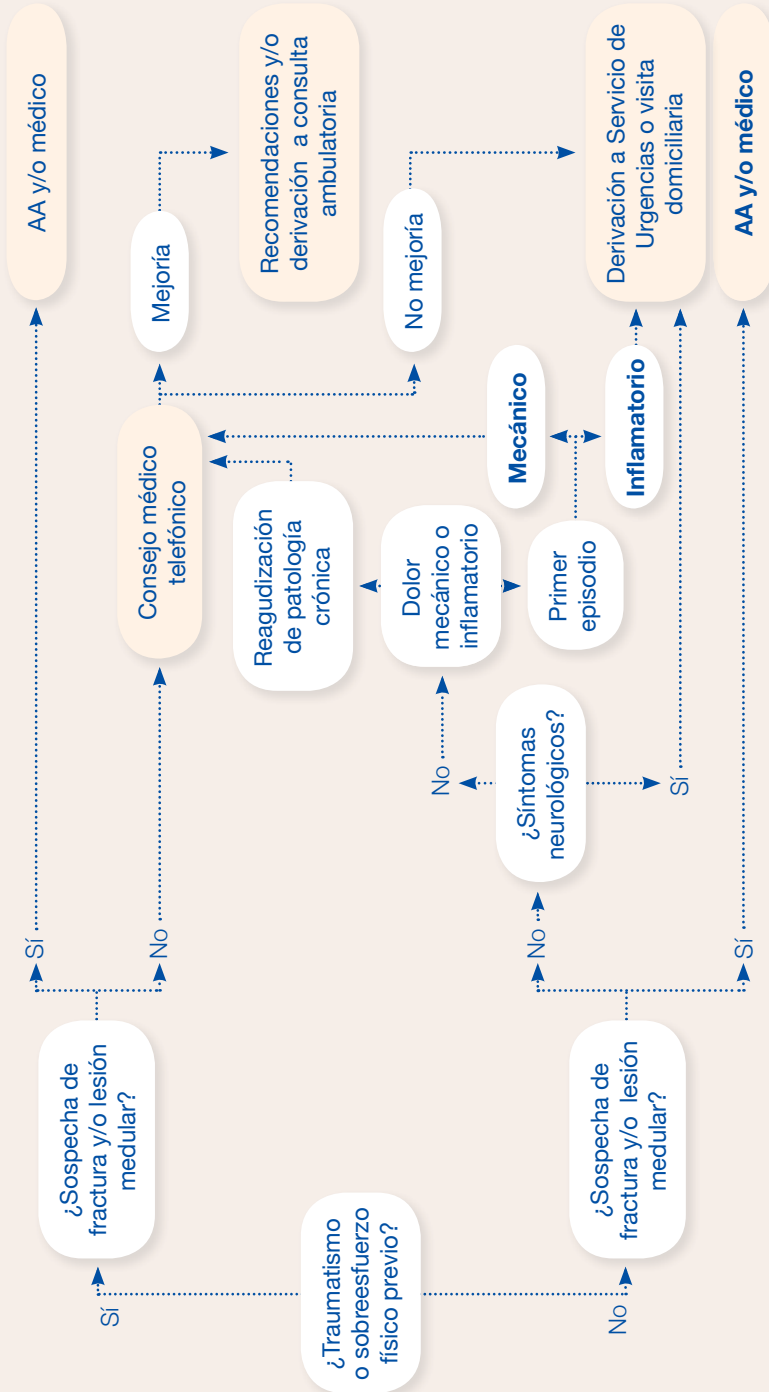
4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
EMERGENCIA	• Dolor de espalda con afectación del estado general (cortejo neurovegetativo, disnea, mareos...) • Traumatismo con sospecha de fractura y/o de lesión medular
DERIVACIÓN A SERVICIOS DE URGENCIAS (*)	• Signos de alarma: cefalea, obnubilación, fiebre, déficits motores y/o sensitivos, incontinencia de esfínteres • Primer episodio de dolor, que no cede con analgésicos del primer escalón • Cambio en las características del dolor • Mal control del dolor crónico
VISITA DOMICILIARIA	• Mismos supuestos, pero en pacientes con imposible derivación • Dolor oncológico
RELLAMADA Y/O DERIVACIÓN A CONSULTA AMBULATORIA	• Reagudización de dolor crónico • Dolor tipo inflamatorio • Fibromialgia. Contractura muscular

(*) El transporte se realizará en ambulancia cuando el estado basal o la capacidad funcional del paciente impidan la derivación por sus medios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Maurice Kraytman. Dolor lumbar-Dolor de espalda. En: El diagnóstico a través de la historia clínica. 2ª edición. Madrid: Idepsa; 1991. p. 225-233 y 388-398.
- J. Cruz Martínez. Cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia. En: Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. 2ª edición. Madrid: Doyma; 1996. p. 264-283.
- Ellen O'Connor. Dolor de cuello y espalda. En: Kenneth Epstein. Manual de práctica clínica. 1ª edición. Barcelona: J&C; 1997. p. 134-145.
- W. Calmbach. Trastornos de la espalda y del cuello. En: Robert B. Taylor. Medicina de familia. 4ª edición. Barcelona: Springer-Verlag; 1996. p. 842-851.
- M. Casademont. Sintomatología dolorosa troncular. Barcelona: Doyma; 1991.
- Cornell University Medical Collage, New York. Dolor cervical y dolor lumbar. En: Manual de reumatología y trastornos ortopédicos ambulatorios. 2ª edición. Salvat; 1989. p. 111-117 y 143-152.
- P. Castro Dono, F. Prieto Formoso et al. Lumbalgia. Monoartritis y poliartritis. En: Guía para la consulta de Atención Primaria. 2ª edición. La Coruña: Casitérides S. L.; 2004. p. 767-776.
- S. Jiménez Basallote. Dolor de espalda. En: El Médico, 17-2-06, 62-64.
- M.ª José Cabello Herranz. Manejo de la lumbalgia en A. P. En: El médico, 23-XI-01, 78-80.
- M. Seguí Díaz y J. Gervás. El dolor lumbar. En: SEMERGEN 2002; 28 (1):21-41.
- Robert Cohen et al. Valoración del dolor lumbar agudo y crónico en Atención Primaria. En: Modern Geriatrics (Ed. Española) vol. 14, nº 4: 103-109.



Aparato musculoesquelético

Dolor de miembros inferiores

V. Carpena Montero, J. D. Ferreira Pardo, M. J. García Martín

1. INTRODUCCIÓN

El dolor de miembros inferiores puede proceder de alteraciones en la piel (ej. úlceras), en los vasos sanguíneos (ej. claudicación intermitente), en los nervios periféricos (ej. polineuropatías), en los músculos (ej. calambres musculares), en el periostio (ej. metástasis óseas) y articulaciones (ej. artritis).

En la práctica puede resultar difícil localizar el dolor. Muchas veces los propios pacientes utilizan el término “dolor” para referirse a sensaciones tales como malestar, calambres, pesadez de piernas, rigidez, hormigueos...

El componente subjetivo del dolor es especialmente importante en el dolor crónico, ya que las alteraciones psicológicas del paciente están implicadas en las reagudizaciones e incluso en el propio origen del dolor (fibromialgia).

2. ACTITUD A SEGUIR

2,1, Introducción

El interrogatorio telefónico debe ir encaminado fundamentalmente a descartar causas potencialmente graves (sobre todo isquemia arterial aguda y trombosis venosa profunda), donde el factor tiempo juega un papel primordial.

Otro aspecto a investigar siempre es la posibilidad de un antecedente traumático como responsable del dolor (fracturas, luxaciones, esguinces, meniscopatías...).

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Cuánto tiempo lleva con el dolor? ¿Es la primera vez que le ocurre? • Inicio súbito (horas) • Inicio gradual (días) • Inicio insidioso	• Postraumático, isquemia arterial aguda, rotura de tendón aquileo, crisis de gota... • Tendinitis, bursitis, osteomielitis, artritis inflamatorias, TVP... • Insuficiencia venosa periférica, isquemia crónica de MMII, artrosis, fibromialgia...
2. Coloración y temperatura de la piel: • Piel pálida y fría • Piel enrojecida y caliente • Piel edematosa, caliente y violácea	• Isquemia arterial (aguda o crónica). En la aguda, la analgesia es signo de mal pronóstico para la viabilidad del miembro • Procesos inflamatorios agudos: brotes de artritis, celulitis, tromboflebitis superficiales... • Trombosis venosa profunda (estos síntomas clásicos sólo aparecen en el 50% de los casos)

3. Localización:

- Cadera-muslo
- Rodilla
- Pantorrilla
- Tobillo-pies
- Dolor lumbar irradiado a nalga y pierna por debajo de la rodilla

Haremos referencia a las localizaciones más frecuentes del dolor:

- Artrosis, artropatías inflamatorias (sobre todo espondilitis), claudicación intermitente (nalgas), polimialgia reumática, neoplasias...
- **Dolor irradiado:** lumbalgia inespecífica, apendicitis, hernia inguinal, hernia discal (L3-L4), cólico ureteral, aneurisma o trombosis en aorta abdominal o en ilíacas...
- Tendinitis, bursitis, meniscopatías, esguinces, artrosis, artritis inflamatorias (ej. pseudogota, Reiter), quiste de Baker (hueco poplíteo)...
- Isquemia arterial aguda, insuficiencia venosa periférica, TVP, úlceras, calambres musculares, eritema nodoso, neuropatía periférica...
- Tendinitis, esguinces, úlceras, artritis reumatoide, gota, artrosis, fascitis plantar, hallux valgus, isquemia arterial...
- Dolor radicular (discopatía L4-L5-S1)

4. Factores desencadenantes y/o modificadores del dolor:

- Traumatismo previo
- ¿Empeora a la palpación?
- ¿Empeora con el movimiento y alivia con el reposo?
 - Al subir o bajar escaleras, o al sentarse o levantarse
 - Durante la deambulación
- ¿No alivia con el reposo?
- ¿Empeora con las maniobras de Val-salva?
- ¿Elevación del miembro?
- ¿Sentado con las piernas colgando?
- Fractura, luxación, derrame articular...
- Reumatismos de partes blandas (tendinitis, bursitis...)
- Artrosis de cadera y/o rodilla
- Isquemia arterial crónica; estenosis de canal medular
- Artropatías inflamatorias, dolor oncológico...
- Dolor de origen radicular
- Isquemia arterial crónica (empeora); insuficiencia venosa crónica (alivia)
- Isquemia arterial crónica (alivia); insuficiencia venosa crónica (empeora)

5. Síntomas asociados:

- Deformidad
- Rigidez articular matutina
- Signos inflamatorios locales
- Poliartritis
- Síndrome febril
- Debilidad muscular
- Síntomas oculares y/o genitourinarios
- Lesiones cutáneas:
 - Ulceraciones
 - Nódulos rojos y calientes
 - Otras
- Fractura, luxación, derrame articular, hallux valgus...
- En artropatías inflamatorias es más prolongada (> 1 hora) que en la artrosis (< 30 minutos)
- Artritis agudas (ej. gota, artritis infecciosas...), celulitis, tromboflebitis...
- Artropatías inflamatorias (AR, EA...). La afectación de la cintura escapular orienta a polimialgia reumática
- Virasis, artritis infecciosas, osteomielitis aguda...
- Isquemia arterial. Si se acompaña de disestesias, sugiere radiculopatías, polineuropatía periférica (alcoholismo, diabetes...)
- Síndrome de Reiter (habitualmente, poliartritis asimétrica de grandes articulaciones)
- Isquemia arterial crónica, insuficiencia venosa crónica, HTA...
- Eritema nodoso (infecciones, sarcoidosis...). Se acompaña de artralgias en el 50% de los casos
- LES, Reiter, enfermedad inflamatoria intestinal...

6. Antecedentes personales:

- Edad
- Factores de riesgo para TVP
- Traumatismo o sobreesfuerzo físico reciente
- Tratamientos utilizados por el paciente
- Patología cardiovascular
- Patología reumatológica
- Patología oncológica
- Patología metabólica
- Patología digestiva
- Perfil psicológico
- En niños: dolores del crecimiento, osteomielitis aguda...
- Cirugía reciente, inmovilización prolongada, ancianos, obesidad, embarazo- puerperio, ICC, neoplasias, insuficiencia venosa crónica...
- Fracturas, luxaciones, esguinces, mialgias...
- Utilidad ante reagudizaciones de dolor crónico.
Posible yatrogenia: TVP (anticonceptivos orales), mialgias (estatinas, fibratos), polineuropatías (amiodarona, colchicina...), eritema nodoso (penicilinas, anticonceptivos orales...)
- Aterosclerosis, HTA, fibrilación auricular...
- Artropatías inflamatorias, artrosis, colagenosis...
- Metástasis óseas
- Diabetes mellitus (isquemia crónica, polineuropatía distal simétrica), gota, alcoholismo crónico (polineuropatía, calambres musculares), hiponatremia...
- Enfermedad inflamatoria intestinal (artralgias de rodillas y/o tobillos en el 25% de los casos)
- Fibromialgia

3. RECOMENDACIONES

Ante dolor postraumático, las medidas iniciales serán evitar la movilización de las articulaciones implicadas y aplicar frío local.

Cuando el dolor se origina en partes blandas (ej. tendinitis, bursitis, esguinces) se aconsejará reposo con el miembro elevado y frío local (hielo durante 15 minutos unas seis veces al día, las primeras 48 horas). También pueden ser útiles los vendajes compresivos y los analgésicos (incluso tópicos).

En el dolor de tipo mecánico (ej. artrosis) se recomendará la aplicación de calor local a intervalos, analgésicos y el empleo de un bastón en el lado contrario al miembro afectado.

En cuanto a los analgésicos, no aconsejamos el empleo de AINE por vía oral hasta tener un diagnóstico de la patología que presenta el paciente. De entrada, preferimos paracetamol (máximo 4 g al día), codeína (30 mg/4-6 h) o dextropropoxifeno (150 mg/12 h).

4. RESPUESTA

TIPO DE RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
EMERGENCIA	• Traumatismo con afectación del estado general • Isquemia arterial aguda • Dolor de tipo vascular en pacientes con factores de riesgo para TVP
DERIVACIÓN A SERVICIOS DE URGENCIAS (*)	• Traumatismo reciente (sospecha de fractura, luxación, esguince) • Dolor articular con fiebre • Síntomas neurológicos sugestivos de radiculopatía lumbo-sacra • Brote de dolor crónico con pobre respuesta a analgesia • Primer episodio de dolor inflamatorio o de dolor mecánico que no cede con analgésicos del primer escalón • Tromboflebitis superficial con extensión por encima de la rodilla
VISITA DOMICILIARIA	• Mismos supuestos, pero en pacientes con imposible derivación • Dolor oncológico

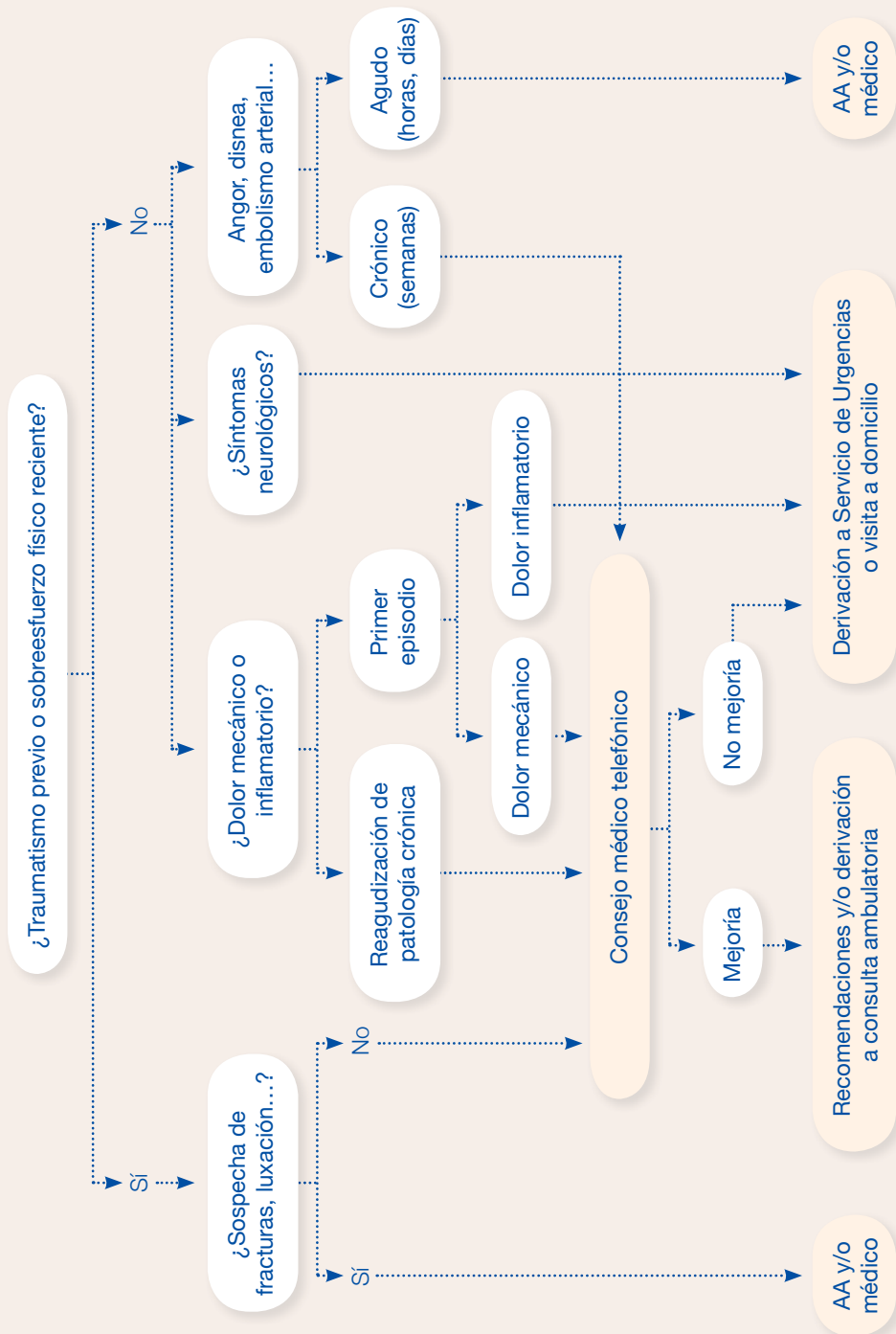
RELLAMADA Y/O DERIVACIÓN A CONSULTA AMBULATORIA

- Reagudización de dolor crónico
- Calambres musculares nocturnos
- Fibromialgia

() El transporte se realizará en ambulancia cuando el estado basal o la capacidad funcional del paciente impidan la derivación por sus medios.*

5. BIBLIOGRAFÍA

- Maurice Kraytman. Dolor en miembros inferiores. En: El diagnóstico a través de la historia clínica. 2ª edición. Madrid: Idepsa; 1991. p. 99-410.
- N. Gómez Rodríguez y J. Ferreiro. Exploración de articulaciones periféricas. En: Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. 2ª edición. Madrid: Doyma; 1996. p. 0-84.
- C. Osorio y C. Armas. Reumatismos de partes blandas. En: Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. 2ª edición. Madrid: Doyma; 1996. p. 747-756.
- J. Rotes Querol. Reumatología. En: Rozman. Semiología y métodos de exploración en medicina. Barcelona: Salvat; 1986. p. 293-303 y 354-358.
- J. Jurado. Angiología. En: Rozman. Semiología y métodos de exploración en medicina. Barcelona: Salvat; 1986. p. 157-167 y 186-191.
- Keith L. Stanley. Trastornos de la extremidad inferior. En: Medicina de familia. Robert B. Taylor. Ed. Springer-Verlay, 4ª edición, Barcelona, 1996. 862-873.
- J. Spandorfer, B. Ziring y E. O'Connor. Reumatología. En: Kenneth Epstein. Manual de práctica clínica. 1ª edición. Barcelona: J&C; 1997. p. 107-130 y 152-162.
- Geno J. Merli. Enfermedad vascular. En: Kenneth Epstein. Manual de práctica clínica. 1ª edición. Barcelona: J&C; 1997. p. 165-181.
- A. Rozadilla et al. Patología de cadera. En: Formación médica continuada en Atención Primaria. Junio 1997; vol. 4(6):368-379.
- J. Fitzner et al. Dolor en rodilla. En: Formación médica continuada en Atención Primaria. Mayo 1997; vol. 4 (5):301-311.



Aparato musculoesquelético

Dolor de miembros superiores

V. Carpenle Montero, C. Díaz Jullien, M. E. Guzmán Sáez

1. INTRODUCCIÓN

El dolor de miembros superiores puede estar originado en cualquiera de las diferentes estructuras anatómicas que lo componen (piel, articulaciones, músculos, tendones, huesos, nervios y vasos sanguíneos). Se calcula que, descartando la etiología de tipo traumático, el 90% del total son de origen extra-articular (tendinitis y bursitis).

Además, debemos tener presente la posibilidad del dolor de tipo radicular (irradiado desde la columna cervical) y el dolor referido (síndrome coronario agudo, pericarditis, cólico biliar).

2. ACTITUD A SEGUIR

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Cuánto tiempo lleva con el dolor? ¿Ya le había ocurrido antes?	• Valorar el tiempo de evolución y posible reagudización de dolor crónico

2. ¿Cómo empezó? • Inicio súbito (horas) • Inicio gradual (pocos días) • Inicio insidioso (semanas)	Siempre investigar si hubo traumatismo previo • Fractura, luxación, desgarro, angor, gota, embolia arterial... • Tendinitis, bursitis, brotes de artropatías inflamatorias (ej. artritis reumatoide), artritis sépticas • Fibromialgia, artrosis, neoplasias, túnel carpiano...
3. ¿Dónde localiza el dolor? ¿Se irradia hacia algún lugar? • Región del hombro • Región del codo (suele irradiar hacia el antebrazo) • Mano/dedos • Punta de los dedos • Dolor irradiado por todo el miembro superior • Difuso (sobre todo en espalda)	• Dolor local (periarticular, articular, óseo): tendinitis del manguito de rotadores, capsulitis adhesiva (hombro congelado), artropatías (ej. AR, gota, polimialgia reumática), neoplasias... • Dolor referido: angor, pericarditis, tumor de Pancoast, TEP, cólico biliar, absceso subfrénico, rotura de víscera abdominal... • Epicondilitis, epitrocleitis, bursitis, artropatías (sobre todo, gota)... • Artritis reumatoide: simétrica, sobre todo metacarpo-falángicas e interfalángicas proximales. Túnel carpiano: palma mano, 1º, 2º, 3º y mitad radial del 4º dedo. Otras: rizartrosis, tendosinovitis de De Quervain... • Fenómeno de Raynaud • S. coronario agudo (generalmente, por cara interna), radiculopatía cervical, síndrome del estrecho torácico... • Fibromialgia

4. Factores que modifican las características del dolor:

- Dolor articular en reposo
- Dolor que mejora en reposo y empeora con la actividad
- Dolor que empeora a la presión región ánterolateral del hombro (ej. al acostarse sobre ese lado)
- Dolor que empeora con movimientos del cuello
- Dolor que empeora con movimientos de pronación o supinación de la muñeca
- Dolor que empeora al sostener un objeto en la mano durante cierto tiempo y mejora al sacudir la mano
- Dolor con maniobra de la pinza
- Dolor en contacto con agua fría en los dedos
- Artritis reumatoide, gota, artrosis severas, dolor oncológico...
- Tendinitis. Osteomielitis
- Tendinitis del manguito de los rotadores
- Patología de columna cervical (ej. hernia discal)
- **Epicondilitis** (dolor a la extensión o a la supinación de la muñeca). Epitrocleitis (dolor a la flexión o a la pronación de la muñeca)
- Síndrome del túnel carpiano (suele empeorar por la noche y con la actividad. Parestesias frecuentes)
- Rizartrrosis. Tendosinovitis de De Quervain
- **Fenómeno de Raynaud** (cambios en la coloración de la piel: palidez-cianosis-enrojecimiento)

5. Síntomas acompañantes:

- Dolor torácico, disnea...
- Cortejo neurovegetativo, mareos, hipotensión...
- Palidez y frialdad
- Dolor abdominal, náuseas...
- Síndrome febril
- Signos inflamatorios locales (calor, rubor, tumefacción e impotencia funcional)
- Rigidez, disminución de la movilidad de la articulación
- Deformidad
- Hormigueos, alteración de la sensibilidad, debilidad muscular en el miembro superior
- S. coronario agudo, TEP, neumotórax, pleuritis...
- S. coronario agudo, disección aórtica, rotura de víscera abdominal...
- Embolia arterial aguda
- Cólico biliar, absceso subfrénico...
- Artritis infecciosas, osteomielitis agudas...
- Articulares (ej. incapaz de sacarse el anillo o de llevar reloj): gota, artritis reumatoide, artritis infecciosas
Extra-articulares: celulitis, flebitis, tendinitis...
- Artritis reumatoide, tendinitis, calcificaciones...
- Fracturas, luxaciones...
- Radiculopatía cervical, compresión de nervio periférico (ej. síndrome del túnel carpiano)

6. Antecedentes personales:

- Traumatismo o sobreesfuerzo reciente
- Analgésicos utilizados por el paciente (ttos. previos)
- Patología reumatológica
- Patología oncológica
- Patología cardiovascular
- Perfil psicológico
- Fracturas, luxaciones, desgarros...
- Utilidad ante reagudizaciones de dolor crónico
- Artropatías inflamatorias, collagenosis (LES, dermatomiositis, Raynaud...), artrosis, gota...
- Neoplasias, metástasis, mieloma...
- Cardiopatía isquémica, fibrilación auricular (embolismo arterial)
- Fibromialgia, hipocondría...

3. RECOMENDACIONES

Seguiremos básicamente las indicadas en el protocolo de dolor de miembros inferiores. Es fundamental evitar factores desencadenantes y favorecer el reposo de la articulación afectada (ej. brazo en cabestrillo), aunque en el caso del hombro se desaconseja la inmovilización prolongada por riesgo de provocar capsulitis adhesiva.

Ante la sospecha de tendinitis, bursitis o procesos inflamatorios agudos se recomienda la aplicación de frío local y AINE (salvo que existan contraindicaciones para su empleo).

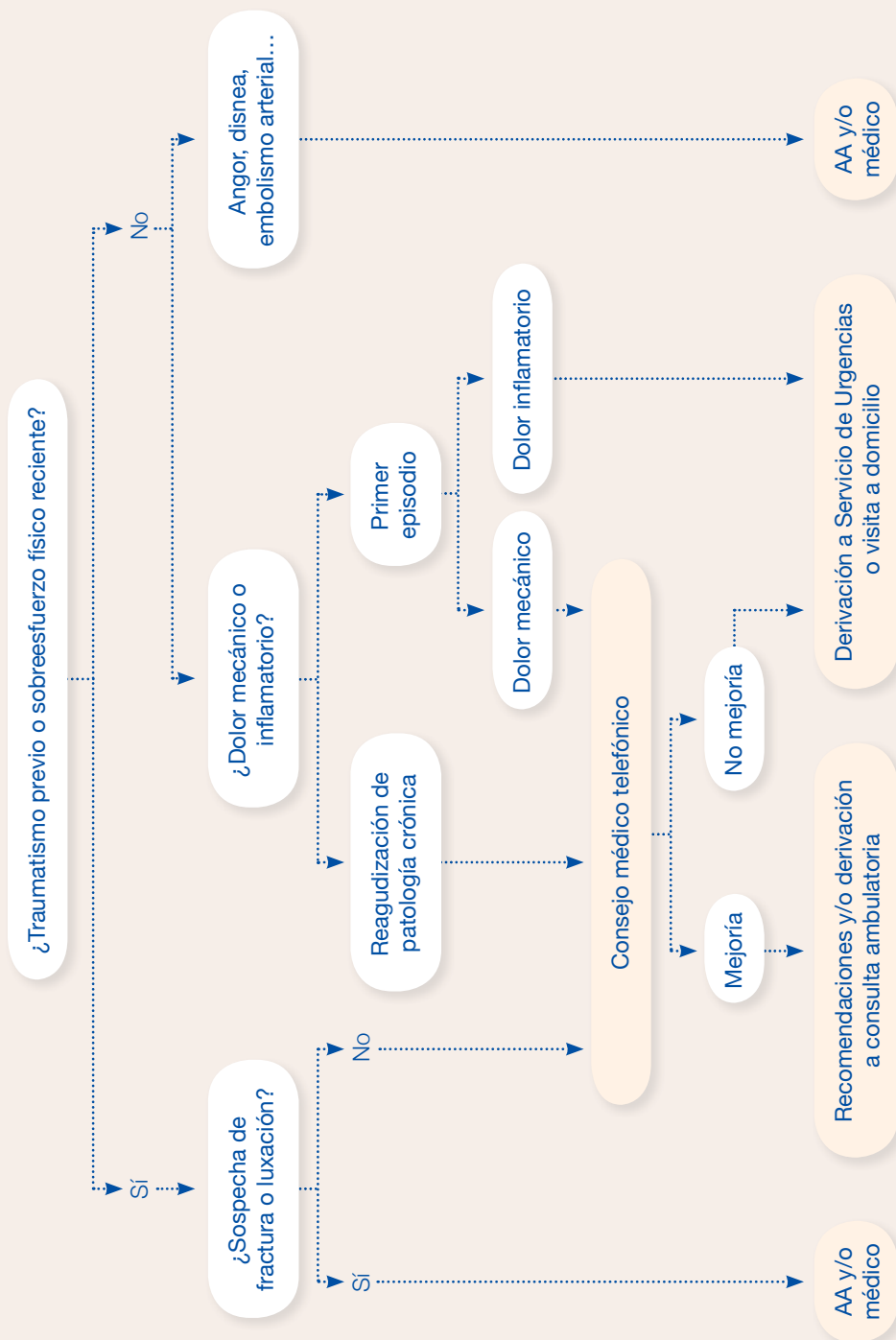
4. RESPUESTA

TIPO DE RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
EMERGENCIA	• Dolor de miembro superior sugestivo de síndrome coronario agudo • Dolor de miembro superior sugestivo de embolismo arterial • Traumatismos con afectación del estado general
DERIVACIÓN A SERVICIOS DE URGENCIAS (*)	• Dolor postraumatismo reciente (descartar fracturas o luxaciones) • Dolor articular con fiebre • Dolor de etiología desconocida o mal controlado • Brote de dolor crónico con pobre respuesta a analgesia • Síntomas neurológicos en miembro superior sugestivos de afectación radicular a nivel cervical
VISITA DOMICILIARIA	• Mismos supuestos, pero en pacientes con imposible derivación • Dolor oncológico
RELLAMADA Y/O DERIVACIÓN A CONSULTA AMBULATORIA	• Reagudización de dolor crónico • Dolor de miembro superior sugestivo de síndrome del túnel carpiano • Dolor de miembro superior sugestivo de fenómeno de Raynaud • Dolor de miembro superior sugestivo de fibromialgia

(*) El transporte se realizará en ambulancia cuando el estado basal o la capacidad funcional del paciente impidan la derivación por sus medios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Maurice Kraytman. Dolor de cuello y hombro. Dolor de miembros superiores. En: “El diagnóstico a través de la historia clínica”. 2ª edición Madrid: Idepsa; 1991. 411-426.
- E. Ucar Angulo, J. Aramburu, J. Marzo y B. Rivas. Reumatismos de partes blandas. En: “Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología”. 2ª edición. Madrid: Doyma; 1996. p. 735-746.
- N. Gómez Ramírez y J. Ferreiro. Exploración de articulaciones periféricas. En: “Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología”. 2ª edición. Madrid: Doyma; 1996. p. 75-80.
- Barry Ziring. Reumatología. En: Kenneth Epstein Manual de práctica clínica. 1ª edición. Barcelona: J&C; 1997. p. 118-123 y 130-133.
- Prieto Formoso. Monoartritis y poliartritis. En: Guía para la consulta de Atención Primaria. 2ª edición. La Coruña: Ed Casitérides SL; 2004. p. 771-776.
- M.ª Belén Arnalich Jimené. Hombro doloroso. En: Guía para la consulta de Atención Primaria. 2ª edición. La Coruña: Ed Casitérides SL; 2004. p. 761-766.
- Carlos Rodríguez Pago. Túnel carpiano. En: Guía para la consulta de Atención Primaria. 2ª edición. La Coruña: Ed Casitérides SL; 2004. p. 797-799.
- Ted Chaffer. Trastornos de la extremidad superior. En: Robert B. Taylor. Medicina de familia. 4ª edición. Barcelona: Springer-Verlag; 1996. p. 853-861.



Aparato⁶ urinario

Aparato urinario Disuria

R. Gómez Vázquez, H. Rodríguez Núñez

1. INTRODUCCIÓN

El volumen de orina producido a lo largo del día depende de varios factores entre los que destacan: las necesidades fisiológicas de cada individuo, la función renal y la ingesta de líquidos. La capacidad normal de la vejiga de un adulto es de 400 a 500 ml, pero la inflamación o el dolor disminuyen su capacidad. La causa más frecuente de disuria son las infecciones de las vías urinarias. Un adulto normal orina de 5 a 6 veces al día, no más de una por la noche y con un volumen de unos 300 ml.

2. INTERROGATORIO

2.1. Introducción

La micción es indolora, fácil, completa, diurna y controlada.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Desde cuándo está así?	
• Agudo (1 ó 2 días) • Paulatino (varios días)	• Infección bacteriana • Prostatismo, infección por clamidia

2. ¿Cuántas veces orinó en el último día? • Ninguna • Más frecuente de lo normal y poca cantidad y por el día	• Retención urinaria (con dolor suprapúbico) • ITU
3. ¿Cuándo tiene más molestias? • Al principio del chorro • Al final del chorro	• Uretritis • Prostatitis, cistitis
4. Características de la micción • Pequeña cantidad, más frecuente y sin dolor (polaquiuria) • Pequeña cantidad, más frecuente y con dolor • Gran cantidad y sin dolor (poliuria) • Ganas de orinar exageradas • Le cuesta iniciar la micción	• Hipertrofia prostática, ansiedad, vejiga neurógena • Infección de vías urinarias, prostatismo • DM, diabetes insípida, potomanía, IRC, diuréticos • Infección, neo de vejiga, tto. por RT o QT, disfunción neurógena de la vejiga (enf. del SNC) • Patología prostática, vejiga neurógena
5. ¿Tiene pérdidas de orina? • Intervalos frecuentes y en pequeña cantidad • Continuas, más frecuente al levantarse o sentarse • Con esfuerzos, al toser	• Por rebosamiento, al estar demasiado llena • Hipertrofia o neo de próstata. Neuropatía diabética. Fístula vesículovaginal • Pérdidas por estrés, incontinencia postmenopáusica
6. Características de la orina • Roja u oscura • Incolora • Turbia o lechosa • Verdosa	• Hematuria (ver guía correspondiente), mioglobinuria • DM, diabetes insípida, alcohol, diuréticos, IR avanzada, ingesta elevada de líquidos, potomanía • Piuria, quiluria, cristales de fosfato • Infección por bacilo piocianico

7. Síntomas asociados • Fiebre, dolor suprapúbico • Fiebre, dolor costolumbar • Sinusitis crónica, artromialgias • Sordera	• Cistitis (febrícula), prostatitis aguda • Pielonefritis, cólico nefrítico • Granulomatosis de Wegener • Síndrome de Alport
8. Antecedentes personales • Cálculos renales o vías urinarias • Patología prostática • Trauma o cirugía genitourinaria • DM o enfermedad neurológica	• Nefrolitiasis, pielonefritis • Retención urinaria, prostatitis • Incompetencia del esfínter urinario • Vejiga neurógena

3. RECOMENDACIONES

- Hidratación abundante.
- Micción postcoital.
- Eliminar irritantes: tabaco, alcohol, café, comidas con picantes o muy condimentadas.
- Instar al paciente a que orine frecuentemente.
- Poner calor local a nivel hipogástrico y en fosa renal.
- El lavado perineal se hará de delante hacia atrás (fundamentalmente mujeres).
- Administración de vitamina C (acidifica la orina), siempre y cuando no se sospeche o tenga antecedentes de nefrolitiasis.
- Si el paciente es o está ansioso, se le indicarán medidas para disminuir dicha ansiedad.
- Si el paciente está sondado:
 - La persona que manipula la sonda deberá lavarse las manos previamente.
 - La bolsa de drenaje se mantendrá siempre por debajo del nivel de la vejiga.
 - Ingesta abundante de líquidos.

4. RESPUESTA

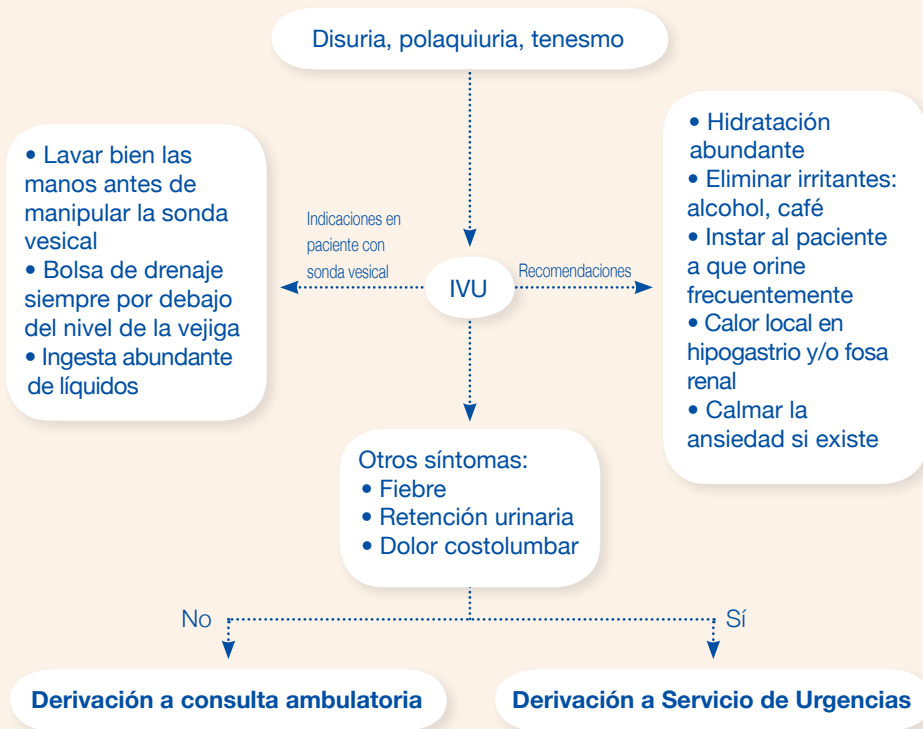
RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (*)	• Síntomas de disuria en paciente mono-reno • Retención urinaria • Fiebre • Dolor costovertebral • Traumatismo abdominopélvico o tras cirugía de aparato genitourinario o abdominopélvico previo
VISITA DOMICILIARIA	• Los pacientes del apartado anterior salvo el primero que se derivará a urgencias • Pacientes cuya situación funcional o basal lo impida
ATENCIÓN PRIMARIA	• Disuria y/o polaquiuria y/o tenesmo • Dificultad para el inicio de la micción • Pérdidas de orina

(*) Se derivará en ambulancia a los pacientes que necesiten acudir a un centro de urgencias y no puedan ir por sus medios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Asensio Lahoz, L. A.; Infecciones agudas del tracto urinario. En: García-Monco Carra, J. C. y cols.; Manual del Médico de Guardia. 4ª edición. Ed. Díaz de Santos. 1998. Pág. 422-429.
- Castiñeiras Fernández, J. et al., Protocolo diagnóstico-terapéutico del dolor miccional. En: Medicine 1996; (63): 2967-2968.
- Clemente Millán, M.ª J. et al.; Infecciones urinarias: cistitis, prostatitis y pielonefritis aguda. En: Jiménez Murillo, L.; Medicina de urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 2ª Edición. Ed. Harcourt, Barcelona, 1988, 477-482.

- Mensa Pueyo, J.; Infecciones de las vías urinarias. En: Farreras Valenti, P. et al.; Medicina Interna. 12ª Edición, Ed. Harcourt Brace, Madrid 1995, 927-931.
- Philippe E. Zimmern, Disfunción de la micción, incontinencia y dolor vesical. En: Fauci, A. S., Braunwald, E., et al.; Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. Mc Graw Hill. 1998. Pág. 299-302.



Aparato urinario Oligoanuria

M. L. Chayán Zas, C. Mirás Bello, H. Rodríguez Núñez

1. INTRODUCCIÓN

Se define la oligoanuria como la disminución o casi ausencia de secreción urinaria (oliguria como volumen urinario menor de 400 ml/día y anuria como volumen urinario menor de 50 ml/día). Esta diferenciación es muy importante porque la anuria es una urgencia urológica y como tal hay que tratarla lo antes posible.

Es importante conocer si este cuadro es brusco, es decir, se ha desencadenado hace unas horas (agudo) o si por lo contrario, ya es un proceso frecuente en el paciente (crónico).

Desde el punto de vista fisiopatológico existen tres mecanismos por los que puede producirse la disfunción renal: fracaso renal, prerrenal o funcional (55-60%), en el que existe una inadecuada perfusión renal con el parenquima renal íntegro; fracaso renal estructural o parenquimatoso (35-40%), en el que se afecta el propio parenquima renal; y fracaso renal postrenal u obstructivo (< 5%), en el que existe una interrupción en el curso de la orina a través de la vía excretora.

Es importante distinguir uno de otro porque el tratamiento va a ser completamente distinto, así como la derivación del paciente.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

Las causas de este cuadro son variadas y el interrogatorio debe ir encaminado a valorar el estado y la afectación del paciente, así como tratar de distinguir si la causa es prerrenal, renal o postrenal porque la actuación es completamente distinta.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. Cuánto orina. Puede calcular la cantidad de orina al día - Nada - Menos de lo habitual - Alterna periodos de más volumen de lo normal y otros de menos	- La uropatía obstructiva es lo más frecuente. También oclusión bilateral de arteria o vena renal, glomerulonefritis aguda - Insuficiencia renal crónica evolucionada - La uropatía obstructiva parcial es lo más frecuente
2. ¿Forma de inicio? ¿Desde cuándo? - Aguda - Crónica	- Perfusión insuficiente (hipovolemia, ICC, cirrosis, sepsis...), obstrucción de la vía excretora, GNA, NTA... - IRC
3. Cómo es la orina - Con sangre - Turbia	- Pasa a guía de hematuria - Infección urinaria
4. Síntomas acompañantes: - Afectación del estado general (dolor) - Disnea, ortopnea, edemas - Sangrado - Fiebre, clínica urinaria - Diarrea, vómitos... - Dolor articulaciones, mancha por la piel - Edema párpados, cara, piernas...	- Globo vesical - ICC - Hipovolemia, tto. con anticoagulantes - Infección urinaria (pielonefritis...) - Deshidratación (IR prerrenal) - Colagenopatías (LES, ES...) - Glomerulonefritis, IRC

5. Antecedentes personales:

- Sonda urinaria
- Gota
- Patología prostática
- IVU
- Infección faríngea o víricas
- Pruebas de imagen con contraste
- ¿Tratamientos?
 - Antibióticos: cefaloridina, nitrofurantoina, trianterene
 - Diuréticos: espironolactona

Ayudan al diagnóstico

- Obstrucción de vía urinaria
- Uropatía obstructiva, nefropatía gotosa
- Uropatía obstructiva
- Prostatitis
- Glomerulonefritis aguda (2-3 semanas después)
- Necrosis tubular aguda por contrastes
- Necrosis tubular aguda, nefritis intersticial...
- Nefritis intersticial, fallo renal agudo prerrenal

3. RECOMENDACIONES

3.1. Generales

- Tranquilizar al paciente y a la familia.

3.2. Específicas

a. Si se sospecha etiología prerrenal:

- Si se sospecha IC, colocar al paciente sentado y, si es posible, con las piernas colgando.
- Si es una hemorragia, que el acompañante tape con un paño limpio la zona sangrante.

b Si se sospecha etiología renal o postrenal:

- Ante sospecha de cólico renal: hidratación abundante, calor local y analgesia.
- Ante sospecha de IRC moderada: restricción de ejercicio violento o que cause fatiga. Se recomendará un reposo nocturno de al menos 9 horas, evitar el tabaco, restricción de proteínas en la dieta y balance de líquidos.

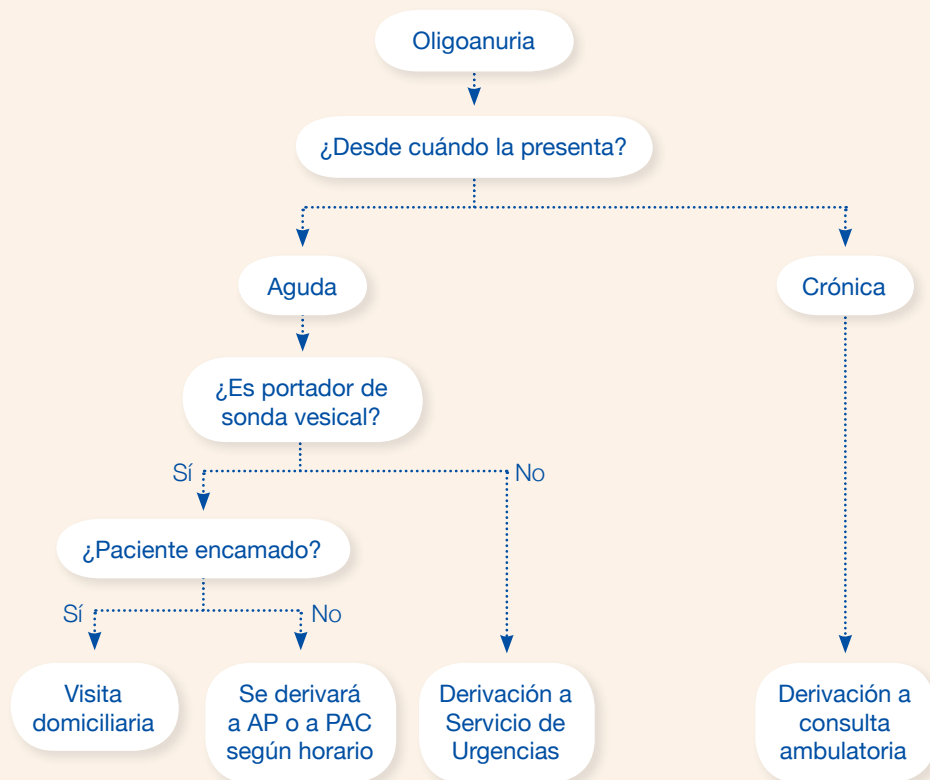
4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
DERIVACIÓN A AP	• Paciente con patología crónica adecuadamente vigilado y con entorno colaborador, siempre que esté filiada su oligoanuria
DERIVACIÓN A SERVICIO DE URGENCIAS (*)	• Anuria • Paciente con patología crónica reagudizada de varias horas de evolución y sin mejoría significativa • Sospecha de cólico nefroureteral
VISITA DOMICILIARIA	• Paciente con patología crónica reagudizada de varias horas de evolución y sin mejoría significativa • Negativa de la familia o del paciente al traslado pese a las recomendaciones de la CCUS y cuya patología aconseje ser vista por un médico • Para cambio de sonda urinaria • Pacientes en que por alguna circunstancia, no sea posible la movilización o ancianos con situación basal muy limitada que precisan valoración

(*) Se valorará, según el estado y la sospecha diagnóstica, la valoración por un recurso medicalizado.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Acedo Gutiérrez, M. S.; Fracaso renal agudo. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 12 de octubre. 4ª edición 2000, 549-561.
- Ferri; Insuficiencia renal aguda. Insuficiencia renal crónica. En: Consultor clínico. Diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. Edición 1999-2000, 312-313.
- Manual Merck. Intoxicación renal aguda. 10ª edición, 1847-1854.



Aparato urinario Hematuria

R. Gómez Vázquez, P. Rivadulla Barrientos, H. Rodríguez Núñez

1. INTRODUCCIÓN

La hematuria se define como la presencia de dos o más eritrocitos por campo de gran aumento y se puede detectar mediante tiras reactivas. Las causas habituales de hematuria aislada son: cálculos, neoplasias, tuberculosis, traumatismos y prostatitis. La hematuria macroscópica con coágulos de sangre casi nunca es indicativa de hemorragia glomerular, sino de origen postrenal del sistema colector.

2. INTERROGATORIO

2.1. Introducción

La posibilidad de que la hematuria sea la manifestación inicial de una enfermedad maligna obliga a considerarla un síntoma importante que debe investigarse rápida y minuciosamente. En general, la importancia de la hematuria no depende de su intensidad, sino de la causa que la produce.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Desde cuándo la tiene? - Es la primera vez - Episodios repetidos	- Traumatismos, manifestación inicial de cualquier patología del aparato genitourinario - En sujetos jóvenes: glomerulonefritis Ig A
2. ¿Cuándo tiene la hematuria? - Toda la micción - Al principio de la micción - Al final de la micción - Independiente de la micción	- Origen intravesical o por encima de la vejiga - Lesión distal a cuello vesical o en uretra - Lesión prostática, uretra posterior o en cuello vesical - Lesión en la uretra distal
3. ¿Cómo es la hematuria? - Marrón oscuro como la Coca-Cola - Rojo brillante - Verde parduzco	- Origen en vías urinarias superiores - Hipertrofia prostática, litiasis renal, origen vesical - Pigmentos procedentes de la destrucción de hematíes (menor importancia)
4. ¿Cómo se desencadena? - Tras esfuerzo o ejercicio - Tras exposición al frío - Por las mañanas - Pseudohematurias	- Debida al ejercicio. Puede ocurrir en sujetos normales - Hemoglobinuria paroxística a frígore - Hemoglobinuria paroxística nocturna - Alimentos (remolacha, judías, ruibarbo, mora) y fármacos (rifampicina, fenotiacinas, amitriptilina, salicilatos, meticilina, sulfamidas), hemorragia vaginal, mioglobinuria (ejercicio violento)

5. Síntomas asociados • Fiebre • Edema en cara, párpados o pies • Náuseas, vómitos • Dolor de espalda, costolumbar o abdomen • Expectoración sanguinolenta • Exantema, dolor articular • Disminución de peso últimamente	• ITU, glomerulonefritis a., prostatitis, neoplasia renal... • Glomerulonefritis agudas • Glomerulonefritis agudas o crónicas (uremia) • Nefrolitiasis, ITU, neoplasia del aparato urinario, infarto renal, embolia o trombosis renal • Granulomatosis de Wegener, síndrome de Goopasture • Colagenopatías (PAN, LES), reacción medicamentosa • Neoplasias
6. Antecedentes personales • Cálculos renales o vías urinarias • Patología prostática • Gota • DM o enfermedad neurológica • Hábitos sexuales • Fumador • Trabajador de industrias químicas, cuero, caucho, tintes	• Nefrolitiasis • Prostatitis • Nefrolitiasis por ácido úrico • Vejiga neurógena • Orina oscura en varones homosexuales orienta a hepatitis • Neoplasia de vejiga • Neoplasia de vejiga

3. RECOMENDACIONES

- Hidratación abundante a ser posible más de 3 litros por día.
- Eliminar irritantes: tabaco, alcohol, café, comidas con picantes o muy condimentadas.
- Instar al paciente a que orine frecuentemente.
- Si el paciente es o está ansioso, se le indicarán medidas para disminuir dicha ansiedad.

4. RESPUESTA

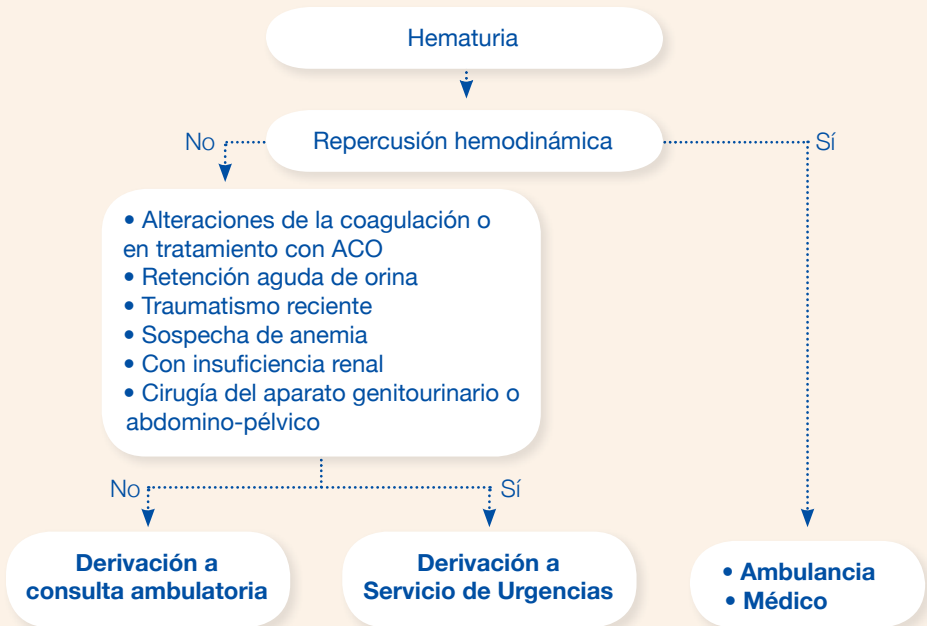
RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (*)	• Hematuria en pacientes con alteraciones de la coagulación o que tomen anticoagulantes • Hematuria importante que provoque retención aguda de orina • Hematuria franca tras traumatismo reciente- • Hematuria en pacientes con sospecha de anemia o que esté confirmada • Hematuria en paciente con insuficiencia renal • Hematuria tras cirugía del aparato genitourinario o abdominopélvico
VISITA DOMICILIARIA	• Adultos en los que no es posible la derivación • Ancianos cuya situación funcional o basal lo impida
EMERGENCIA	• Hematuria cuantiosa con repercusión del estado hemodinámico
ATENCIÓN PRIMARIA	• Cualquier caso de hematuria que no se encuadre en los apartados anteriores

(*) Se derivará en ambulancia a los pacientes que necesiten acudir a un centro de urgencias y no puedan ir por sus medios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Bradley M. Denker et al.; Principales manifestaciones de la enfermedad renal. En: Fauci, A. S., Braunwald, E., et al.; Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. Mc Graw Hill. 1998. Pág. 294-299.
- Castiñeiras Fernández, J. et al.; Urgencias urogenitales. En: Carrasco Jiménez, M.ª S. et al.; Tratado de Emergencias Médicas. Arán, Madrid 2000, 1853-1866.

- Grossfeld, G. D. et al.; Asymptomatic microscopic hematuria in adults: summary of the AUA best practice policy recommendations. Am. Fam. Physician. 2001 mar 15, 63 (6) 1145-54.
- Chartard J. C. et al.; Anemia and iron deficiency in athletes. Practical recommendation for treatment. Sport Med 1999 Apr, 27 (4): 229-40.
- Prieto Castro, R. et al.; Hematuria. En: Jiménez Murillo, L. et al.; Medicina de Urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. Harcourt. 2ª ed., Madrid 1999, 469-472.



Aparato urinario

Síndrome escrotal agudo

P. Rivadulla Barrientos, H. Rodríguez Núñez

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome escrotal agudo es un cuadro de dolor intenso y aparición brusca o gradual debido a la afectación del contenido escrotal y/o de sus cubiertas, asociado en la mayoría de las ocasiones a un aumento del tamaño del mismo.

La etiología es variada, siendo las condiciones más frecuentes la torsión testicular o del cordón espermático, la torsión de apéndices testiculares, la epididimitis aguda/orquiepididimitis/orquitis aguda aislada y los traumatismos testiculares.

La torsión testicular puede ser extra e intravaginal. La torsión extravaginal es típica del periodo neonatal, con escasas posibilidades de recuperación. La torsión intravaginal aparece en el niño y adolescente, principalmente entre los 8 y 15 años, y en el adulto con aparición progresivamente decreciente con la edad.

Los apéndices testiculares son remanentes de las estructuras embrionarias que pueden sufrir crisis de torsión aguda.

La epididimitis puede afectar también al conducto deferente (deferentitis) y testículo (epididimoorquitis) y su etiología puede ser bacteriana, abacteriana, química (por ejemplo, fármacos antiarrítmicos -amiodarona, bloqueador beta-) y traumática.

La orquitis aislada es de etiología vírica.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

Aunque no representa riesgo vital, sí se trata de una urgencia urológica, fundamentalmente si es debido a un compromiso vascular del contenido escrotal que obliga a un tratamiento precoz para preservar la función testicular.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. Edad del paciente	• 10-14 años: torsión de apéndices • 11-18 años: torsión testicular • Varón postpuberal: epididimitis/orquitis
2. ¿Tiene dolor? • ¿Aparición del dolor? - Gradual - Agudo - Agudo/Gradual • ¿Dónde es el dolor? - En hemiescrotal afecto y puede irradiar a región suprapúbica, inguinal o fosa lumbar - En polo superior del testículo, con irradiación menos frecuente que en la torsión - En hemiescrotal afecto y se puede irradiar hacia región inguinal ipsilateral	• Epididimitis/Orquitis • Torsión testicular • Torsión de apéndices - Torsión testicular - Torsión de apéndices - Epididimitis/Orquitis
3. ¿Tiene náuseas y vómitos? • Muy frecuente • Menos frecuente	• Torsión testicular • Torsión de apéndices
4. ¿Tiene fiebre?	• Epididimitis/Orquitis (frecuente)
5. ¿Afectación del estado general?	• Epididimitis/Orquitis (frecuente)
6. ¿Tiene síntomas miccionales?	• Epididimitis/Orquitis (frecuente)

7. Escroto

- Tamaño escroto:
 - Aumentado
 - Normal
 - Situación del escroto:
 - Elevado y horizontalizado (signo de Gouverneur) con signo de Prehn(*) (-)
 - Normal con signo de Prehn (+)
 - Aspecto escroto:
 - Enrojecido y muy inflamado
 - Retraído y con dolor intenso
 - Gota azul (hidátide cianótica a través de piel) y pequeño nódulo doloroso en polo superior del testículo
- Epididimitis/Orquitis y en torsión testicular
 - Torsión de apéndices
 - Torsión testicular
 - Epididimitis/orquitis y torsión de apéndices
 - Epididimitis/orquitis
 - Torsión testicular
 - Torsión de apéndices

(*) Signo de Prehn (+): la elevación del testículo hacia sínfisis púbica no disminuye la sensación álgida.

3. RECOMENDACIONES

La torsión testicular constituye una urgencia urológica dado que la viabilidad testicular se encuentra en íntima relación con la duración de la torsión. La viabilidad testicular alcanza el 85-100% cuando se resuelve en las 6 primeras horas, el 70% entre las 6 y 12 horas y el 20% a las 12 horas. Después de 24 horas de instaurado el cuadro, su recuperación es prácticamente inviable. Por tanto, el tratamiento es quirúrgico urgente.

La torsión de apéndices testiculares se resuelve en una semana aproximadamente, por un proceso de autoinfarto, con tratamiento sintomático para el dolor. Sólo cirugía ante la duda de torsión testicular o si la sintomatología es persistente.

Tras el diagnóstico de epididimitis/orquiepididimitis se debe instaurar un tratamiento empírico, sin esperar a los resultados de los cultivos, con antibióticos (si se sospecha etiología bacteriana), antiinflamatorios y analgésicos. Se recomienda, para aliviar los síntomas, reposo en cama o actividad física limitada, utilización de suspensorio testicular y aplicación de hielo local.

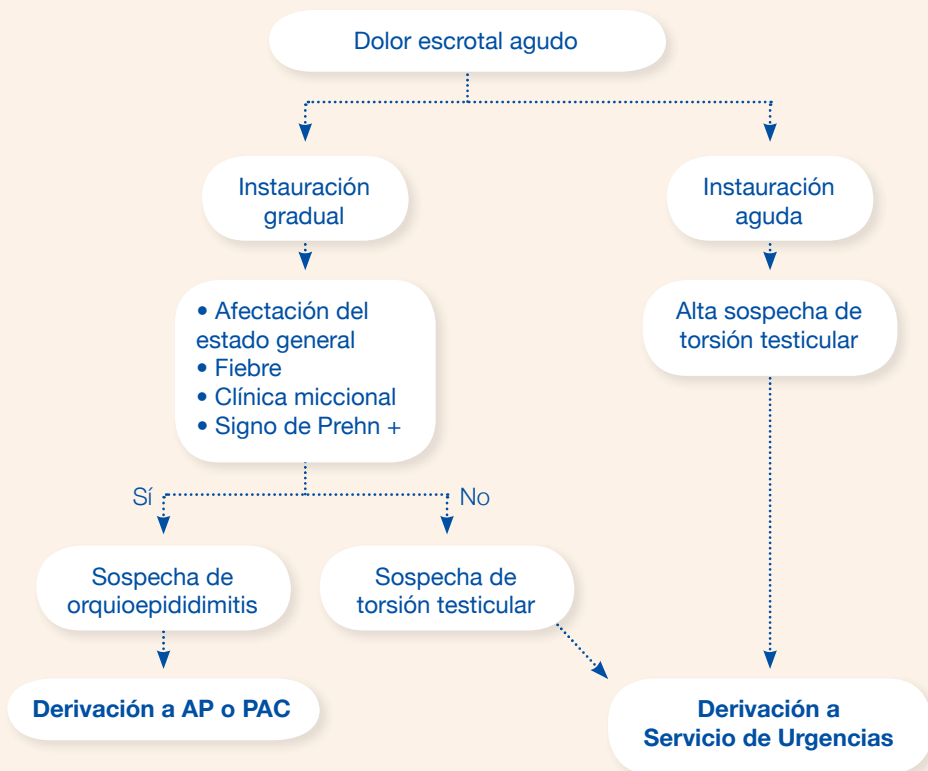
4. RESPUESTAS

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
DERIVACIÓN A AP O CENTRO DE URGENCIAS	• Epididimitis/orquioepididimitis
DERIVACIÓN A URGENCIAS HOSPITALARIAS (*)	• Torsión testicular • Torsión de apéndices testiculares
VISITA DOMICILIARIA	• Pacientes en los que no es posible la derivación • Pacientes cuya situación funcional o basal lo impida. Normalmente pacientes con pluripatología, encamados y que precisen valoración urgente

(*) El transporte se realizará en ambulancia cuando cumple criterios de derivación a centro de urgencias y su estado basal o capacidad funcional lo impide o no es posible derivarlo por sus medios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aproximación diagnóstica al síndrome escrotal agudo. Aula Acreditada. Avances en Urología. El Médico 23/1101 pg. 58-60.
- San José Manso, L. A. et al. Protocolo de actuación clínica ante el dolor escrotal agudo. Medicine 2003, 8 (115): 6189-6193.
- Pautas de actuación y protocolos asistenciales del Servicio de Urología de la Fundació Puigvert. Ed. J. Vicente. Pulso Ediciones.1995.



Aparato⁷ genital

Aparato genital

Amenorrea

V. González López, C. Prado Pico, M. C. Ameijeiras Bouza

1. INTRODUCCIÓN

La duración del ciclo menstrual normal oscila entre 3-4 semanas. La menstruación normal debe durar entre 2 y 7 días, y el período intermenstrual debe ser superior a 18 días e inferior a 35. El volumen de la pérdida menstrual oscila entre 30-40 ml, y se considera anormal cuando la pérdida es superior a 80 ml por ciclo menstrual. Se calcula que la mujer emplea 10-15 tampones o compresas por ciclo normal. Sin embargo, el dato más seguro para valorar la cuantía de la hemorragia menstrual es el análisis de sangre: hematocrito, recuento de hematíes, hemoglobina y sideremia.

La amenorrea es la ausencia temporal o permanente de la menstruación.

La ausencia de menstruación es fisiológica en los siguientes estados:

- Antes de la pubertad (la menarquia aparece entre 10-14 años)
- Embarazo
- Lactancia (duración variable)
- Menopausia (aparece entre los 45-55 años)

No requieren tratamiento alguno.

Amenorrea primaria: cuando a los 16 años no ha tenido la menarquia o cuando a los 14 años no ha iniciado el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Amenorrea secundaria: cuando una mujer ha tenido la regla durante cierto período de tiempo y posteriormente deja de tenerla (fallo superior a los 3 meses).

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Interrogatorio

DURACIÓN DE LA AMENORREA	OBSERVACIONES
INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
¿Cuándo tuvo la última regla? ¿Nunca ha tenido reglas? Amenorrea primaria ¿Antes de los 40 años? Amenorrea secundaria ¿Cuántas reglas han faltado?	- Debe excluirse el embarazo antes de realizar ninguna prueba diagnóstica - Malformaciones del aparato genital, enfermedades hipotálamo-hipofisarias, insuficiencia ovárica, disgenesia gonadal, deficiencia de 17 alfa-hidroxilasa - En mujeres sin alteraciones anatómicas del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico y sin alteraciones emocionales: anovulación crónica hipotalámica - Fracaso ovárico prematuro (menopausia prematura): cuando se debe a anticuerpos ováricos puede formar parte de un fracaso poliglandular con insuficiencia suprarrenal, hipotiroidismo y otras enfermedades autoinmunes - Entre 4 y 6: precisa estudio

FACTORES PRECIPITANTES	OBSERVACIONES
¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? - Ha tenido recientemente: - Estrés emocional, cambios en la familia, el colegio, el trabajo o en las relaciones sociales - Una pérdida de peso importante	- Causa más frecuente de amenorrea secundaria - Los sucesos estresantes pueden producir anovulación en mujeres jóvenes (alteración funcional del hipotálamo o centros superiores) - La pérdida de peso, especialmente si se asocia a ejercicio extenuante, es una causa frecuente de amenorrea

SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES	OBSERVACIONES
• Depresión, ansiedad • Pérdida de visión • Cefalea, náuseas, vómitos • Episodios cíclicos, precedidos de dolor abdominal • Episodios de metrorragias irregulares o profusos • Exudación de leche por los pezones • Aumento evidente del vello en la cara, brazos, piernas o espalda • Pérdida de vello axilar y púbico • Intolerancia al calor, nerviosismo • Intolerancia al frío • Estrías violáceas en la piel, hematomas frecuentes • Debilidad, cansancio fácil • Deterioro del olfato • Pérdida de peso importante • Aumento de peso • Sofocos, sudación profusa, sudores nocturnos	• La amenorrea es frecuente en los trastornos depresivos • Defectos del campo visual: compresión de los nervios ópticos por un tumor hipofisario • Hipertensión intracraneal: tumor hipofisario • Pueden aparecer en la amenorrea por malformaciones anatómicas con acúmulo de sangre menstrual detrás de la obstrucción • Menometrorragia: enfermedad poliquística • Galactorrea, hiperprolactinemia funcional sin evidencia de tumor hipotalámico • Hirsutismo: sobreproducción de andrógenos, tumores masculinizantes de ovario, enfermedad poliquística • Insuficiencia suprarrenal, síndrome de Sheehan • Hipertiroidismo • Hipotiroidismo • Síndrome de Cushing • Síndrome de Cushing, enfermedad de Addison, panhipopituitarismo, neoplasias, enfermedades sistémicas crónicas, cuadros depresivos • Anosmia con amenorrea primaria: síndrome de Kallmann • Enfermedad de Addison, hipertiroidismo, diabetes mellitus, enfermedades crónicas, neoplasias, anorexia nerviosa con anovulación crónica (pérdidas del 10-15% del peso corporal suelen producir amenorrea) • Síndrome de Cushing, mixedema, acromegalia, enfermedad poliquística • Menopausia, amenorrea premenopáusica

FACTORES YATRÓGENOS	OBSERVACIONES
• ¿Le han tratado con quimioterapia o radioterapia? • ¿Ha dejado de tomar ACO recientemente?	• Producen alteraciones ováricas transitorias (meses o algunos años) o permanentes • Los ACO pueden producir atrofia de endometrio, con hipomenorrea y amenorrea

ANTECEDENTES PERSONALES	OBSERVACIONES
• Meningitis o encefalitis • Una fractura de la base del cráneo • Un aborto • Un legrado (exagerado), una endometritis, radiación en ovarios, histerectomía u ovariectomía	• Enfermedad o daño del mesencéfalo que produzca alteraciones de la función hipotalámica • Necrosis isquémica de la hipófisis anterior: síndrome de Sheehan • Pueden quedar cicatrices o sinequias endometriales (síndrome de Asherman) • Amenorrea ovárica con sobreproducción de estrógenos y progestágenos

3. RECOMENDACIONES

3.1. Medidas generales

- Tranquilizar al paciente y familiares.

3.2. Medidas específicas

- En caso de sospecha de embarazo: derivar a su médico de cabecera para confirmación.
- Ante sospecha de estrés, anorexia, depresión o ansiedad se evitarán los factores precipitantes y si no remite, se derivará a su médico.

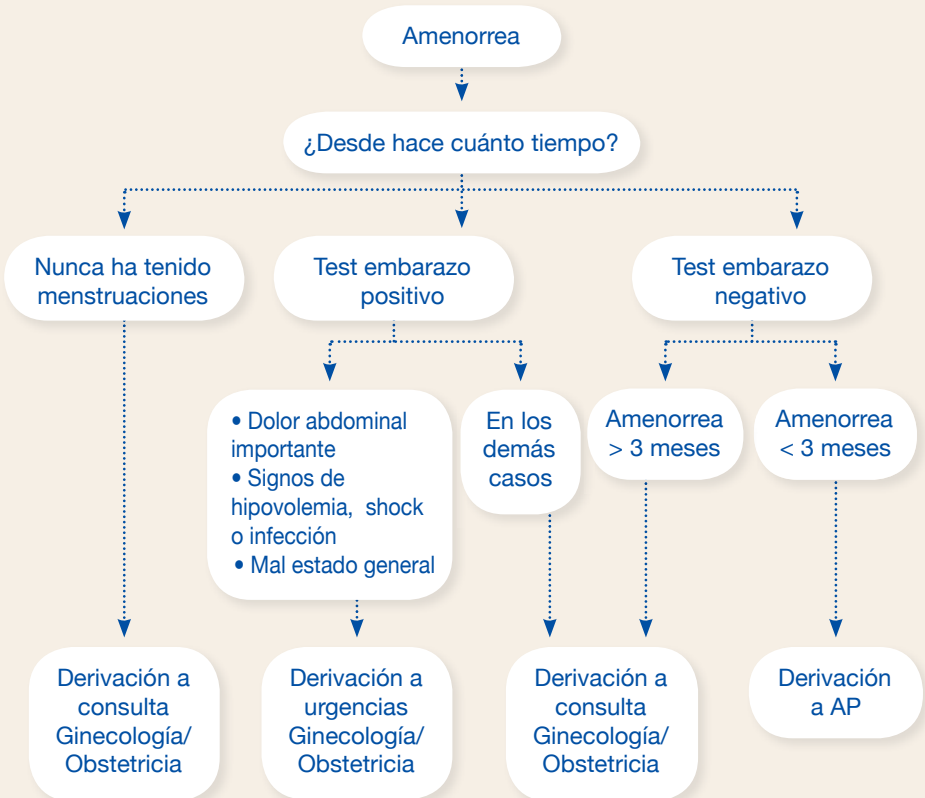
- Tras tratamiento con radioterapia o quimioterapia o tras el abandono reciente de anti-conceptivos orales se tranquilizará a la paciente y si tras una temporada persisten los síntomas, se derivará a su médico.
- En el resto de los casos se derivará a su médico.

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
RELLAMADA	• Existencia de factores estresantes, anorexia, ansiedad o depresión • Tras el tratamiento de quimioterapia o radioterapia • Tras el abandono reciente de anticonceptivos orales
DERIVACIÓN A SU MÉDICO	• El resto de los casos deben ser derivados a la consulta ambulatoria

5. BIBLIOGRAFÍA

- Espinas Boquet, Jordi. Amenorrea. Guías de ayuda al diagnóstico en Atención Primaria. SEMFYC. Barcelona, 2005, 60-61.
- Gómez Marcos, M. A.; Diagnóstico y tratamiento de la amenorrea en Atención Primaria. Revista de Actualización en Medicina de Familia. 1ª Edición. SEMFYC, Barcelona, 2007, 531-537.
- González-Merlo, J. Amenorrea. Tratado de Ginecología. Masson, 7º Edición. Barcelona, 1997, 163-177.
- Kraytman, M. Amenorrea. El diagnóstico a través de la historia clínica. Idepsa. 2ª Ed., Madrid, 1991, 262-269.



Aparato genital Anticoncepción

E. Castro Balado, V. González López

1. INTRODUCCIÓN

Cuando en la consulta telefónica se nos plantea la demanda de anticoncepción de emergencia por parte de la mujer debemos intentar asesorar sobre sus indicaciones, las diferentes opciones, cuál es la más adecuada en cada situación y la vía de acceso.

En la actualidad, en España existen tres opciones de anticoncepción de urgencia: píldora combinada de estrógenos y progestágenos, píldora de progestágenos y DIU de cobre. La píldora de progestágenos (0,75 mg levonorgestrel en dos dosis separadas en 12 horas) es el método más utilizado dado su alto porcentaje de protección frente al embarazo (85% en las 72 horas postcoito), su baja tasa de efectos secundarios y su ausencia de contraindicaciones.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Cual es la fecha de la última regla?	
¿Duración, intensidad de sangrado?	
¿La fecha de aparición fue normal?	

2. ¿Por qué cree que necesita anticoncepción de emergencia? (Indicaciones)	• Fallo de dispositivos barrera • No se ha utilizado método anticonceptivo alguno (incluyendo coito interruptus) • Eyaculación en genitales externos • Olvido de la toma de ACO • Coito bajo los efectos de drogas o alcohol • Expulsión del DIU • Exposición a teratógenos • Violación
3. Fecha y hora de la relación no protegida	• Riesgo de embarazo tras exposición a mitad del ciclo es del 10-30% y es inferior al 10% en otras fases. El riesgo es mayor entre los días 7-17
4. ¿Ha sido violada?	• Debe realizarse exploración ginecológica, recogida de muestras para forense y profilaxis de ETS
5. Antecedentes personales • Tto. ACO • Portadora de DIU • Otros tratamientos (es necesario aumentar la dosis de anticonceptivo)	• No existe contraindicación médica para el uso de ACO dado que se utilizan dosis bajas en un corto periodo de tiempo • Las de su uso como anticonceptivo (embarazo, enfermedad inflamatoria pélvica...) • Antiepilépticos, rifampicina, espironolactona, clordacepoxido, clorpromazina, diacepam, antihistamínicos, griseofulvina
6. Ha utilizado ACO de urgencia durante este ciclo	• Menor efectividad y mayor frecuencia de aparición de efectos secundarios • No constituye una razón para negar la anticoncepción de emergencia hormonal

3. RECOMENDACIONES

3.1. Medidas generales

Tranquilizar a la paciente o a la pareja, refiriendo que no es una urgencia, que hay un tiempo limitado para solucionar el problema.

3.2. Medidas específicas

Los ACO tienen 95% de eficacia dentro de las primeras 24 horas, 85% entre las siguientes 24-48 horas y 58% si se emplea entre las 48 y las 72 horas.

El DIU es efectivo dentro de las primeras 120 horas.

a. “Píldora del día después”:

Aunque no se recomienda como consejo médico telefónico a los pacientes, ya que son importantes las visitas de seguimiento, sí incluimos algunos fármacos recomendados para consultoría de facultativos.

Administración de 2 comprimidos, el primero después de haber mantenido la relación y el segundo 12 horas después de la primera dosis o en su defecto los 2 comprimidos juntos. Tras su utilización se recomienda utilizar un método de barrera (preservativo, diafragma) hasta el inicio del siguiente ciclo menstrual. Su utilización no contraindica la continuación de la anticoncepción hormonal regular.

- Vómitos tras tomar la píldora del día después: si es dentro de las 3 primeras horas de la toma, la paciente deberá tomar otro comprimido inmediatamente.
- Si no tolera la píldora por vía oral, se le administrará la misma dosis por vía vaginal.
- Si aparecen tras la toma otros síntomas como cefalea, tensión mamaria o dolor abdominal, se indicará tratamiento sintomático.

b. Mantenimiento de una nueva relación durante el tratamiento: la prevención del embarazo puede no ser eficaz.

c) Adelanto o retraso en el período menstrual: se puede alterar en algunos días con respecto a la fecha prevista.

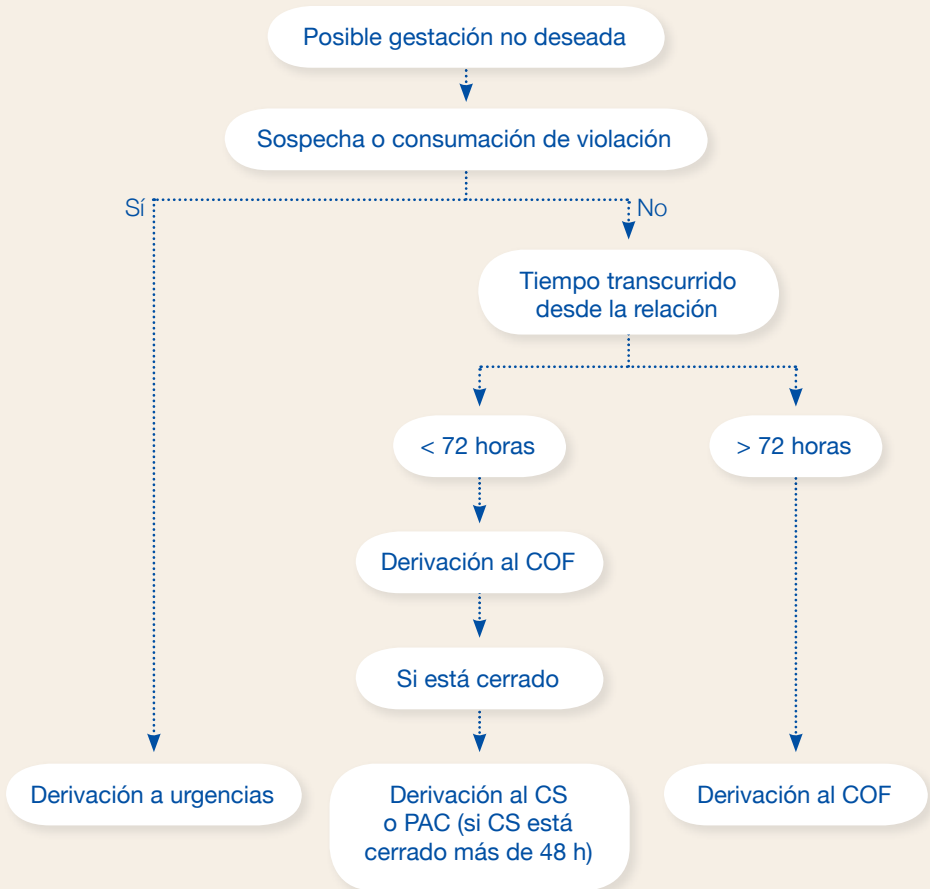
d) Ausencia de menstruación: si no aparece la menstruación, en caso de anticoncepción hormonal normal, en el próximo período libre de medicación tras la administración del anticonceptivo de emergencia debe descartarse un posible embarazo (test de embarazo).

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
DERIVACIÓN A CENTRO DE SALUD/CENTRO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	- Dentro de sus horarios de atención al paciente siempre que la derivación no demore la administración de la anticoncepción que preferentemente debe ser administrada en las primeras 24 horas tras el coito. - El centro de planificación será de preferencia en caso de haber transcurrido más de 72 horas tras el coito o se prefiera el DIU de cobre como método anticonceptivo
DERIVACIÓN A SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO	- Cuando suponga un retraso no aceptable por parte de la paciente - En caso de que su centro de salud permanezca cerrado en las próximas 48 horas (festivos, fines de semana, etc.)
DERIVACIÓN HOSPITALARIA	Sospecha o consumación de violación

5. BIBLIOGRAFÍA

- R. Sánchez Borrego, O. Martínez Pérez. Guía práctica en anticoncepción oral. Edición 2003.



Aparato genital

Hemorragia gestacional

R. A. Devesa González, M.^a Rosa Parcero Oubiña, M. C. Vázquez Lema

1. INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista etiopatogénico, diagnóstico y terapéutico, las hemorragias gestacionales se deben diferenciar entre aquellas que se presentan antes de la semana 20 de gestación y las que se producen a partir de ésta. Se puede hacer mención también a los sangrados que tienen lugar durante el puerperio.

El primer paso debe ser entonces determinar de manera clara que existe gestación (informarse, de manera que conozcamos cuál ha sido el método diagnóstico del mismo y quién lo ha realizado, así como la edad gestacional) y asegurarse de que el sangrado efectivamente proviene del nivel genital alto. Descartando, por tanto, el origen urológico o anorrectal del sangrado, así como el sangrado procedente de genitales externos.

Una vez valorado este aspecto, se dividirán en hemorragias de la 1ª mitad del embarazo y hemorragias de la 2ª mitad del embarazo. El interrogatorio telefónico y actitud posterior variará considerablemente, dependiendo de una u otra situación, sobre todo las que corresponden al tercer trimestre del embarazo, incluso existiendo o no afectación del estado general.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

El interrogatorio irá encaminado a reconocer la edad gestacional, la cuantía del sangrado, la existencia de síntomas acompañantes y los signos de gravedad en la paciente, valoran-

do el estado general y la existencia o no de controles previos por parte del especialista, que orientarán en la respuesta.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. Antecedentes: edad, embarazos previos, otras enfermedades concomitantes, edad gestacional	Solicitados o no por el teleoperador, debemos confirmarlos
2. ¿Desde cuándo está sangrando? ¿Ha tenido ya otras pérdidas?	Importante valorar la existencia de controles previos por parte del especialista, pueden orientar a patologías ya conocidas
3. Valoración del estado general: mareo, número de compresas que ha manchado, sangre con flujo, sangrado más o menos abundante que en una regla normal, palidez, taquicardia	Orientan para la valoración de la cuantía del sangrado, independientemente de la edad gestacional. Es recomendable hacer que lo compare con lo que suele ser su regla normal

4. Hemorragia de la 1ª mitad del embarazo

- Dolor abdominal agudo o signos de hipovolemia, sangrado menor que el que cabría esperar por la afectación de su estado general
- Dolor pélvico, de tipo dismenorreico y hemorragia intensa, expulsión de coágulos o restos ovulares (la paciente lo suele referir como expulsión de “pellejos” o “trozos de hígado”)
- Crecimiento uterino exagerado, hipertensión, esputo sanguinolento, dificultad respiratoria, dolor torácico, expulsión de pequeñas vesículas similares a uvas
- Ecografía previa de su embarazo, referida por la paciente como normal
- Exploración o ecografía vaginal reciente, relaciones sexuales previas, sangrado no abundante y de sangre roja
- Existencia de hemorragia de pequeña cuantía en los días próximos a la regla esperada o justo después

(Suelen ocurrir durante el primer trimestre)

- Embarazo ectópico accidentado
- Aborto
- Mola hidatídica
- Descartamos de entrada el embarazo ectópico y la mola. Aborto en cualquiera de sus fases evolutivas
- Sangrado de origen cervical postmanipulación
- Hemorragia de implantación (proceso fisiológico)

5. Hemorragia de la 2ª mitad del embarazo • Hemorragia vaginal escasa, signos de hipotensión, dolor abdominal, palpación de partes fetales a través de la pared, antecedentes de cesárea • Sangre roja y recurrente, sin dolor, útero blando, multiparidad, historia de legrados o cesáreas previas • Dolor abdominal fijo y punzante, metrorragia, líquido amniótico con sangre, contractura uterina tipo hipertonía • Sangre escasa mezclada con moco, contracciones • Tacto vaginal reciente, relaciones sexuales previas	(Suelen ocurrir durante el tercer trimestre) • Rotura uterina (muy poco frecuente en pacientes que no se encuentran en franco trabajo de parto) • Placenta previa • Desprendimiento prematuro de placenta • Expulsión de tapón mucoso e inicio de trabajo de parto • Sangrado cervical de origen no obstétrico
6. Hemorragia en el puerperio • Parto reciente, fiebre, sangre maloliente • Parto reciente, sangrado profuso, útero aumentado de tamaño en relación a días previos • Parto hace al menos un mes, sangrado que aparece tras el cese de las pérdidas postparto, lactancia artificial	• Retención de restos placentarios • Atonía uterina • Menstruación

3. RECOMENDACIONES

3.1. Generales

- Tranquilizar a la paciente y familiares.

3.2. Específicas

- En el primer trimestre, recomendaremos reposo absoluto en decúbito supino.
- En el tercer trimestre, recomendaremos reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.

- Si es necesario y ante sospecha de signos de hipovolemia, recomendaremos colocar a la paciente las piernas elevadas (Trendelenburg).

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
DERIVACIÓN A SU MÉDICO DE CABECERA/GINECÓLOGO	• Hemorragia en tercer trimestre ante sospecha de expulsión de tapón mucoso o sangrado de origen cervical, indicando que ante la persistencia de contracciones acuda al hospital • Paciente con sangrado mínimo, de primer trimestre, sin repercusión hemodinámica, es decir, sin afectación del estado general y sin patologías acompañantes, adecuadamente vigilada y con entorno colaborador • Paciente con sangrado mínimo, sin repercusión hemodinámica, es decir, sin afectación del estado general, con patologías acompañantes que puedan agravar el estado de salud y el sangrado
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (*) (**)	• Paciente con sangrado moderado-abundante en primer trimestre • Cualquier sangrado en el tercer trimestre a excepción de los derivados a su médico de cabecera o a su ginecólogo • Cualquier situación de sangrado ante embarazo de alto riesgo ⁽¹⁾

VALORACIÓN POR RECURSO MEDICALIZADO

- Paciente con embarazo de alto riesgo o no y cuyo sangrado o estado basal impresione de gravedad, independientemente de la edad gestacional
- Sangrado de primer trimestre ante la sospecha de embarazo ectópico
- Paciente en tercer trimestre de embarazo, con sangrado profuso y cuyo traslado hasta el centro hospitalario se prevé de larga duración

() Si la paciente es trasladable y si el desplazamiento por sus medios supone un beneficio evidente (isocrona larga), podemos proponer conseguir un vehículo particular para el traslado.*

*(**) El transporte se realizará en ambulancia cuando cumple criterio de derivación a centro de urgencias y su estado basal impide el traslado por otros medios.*

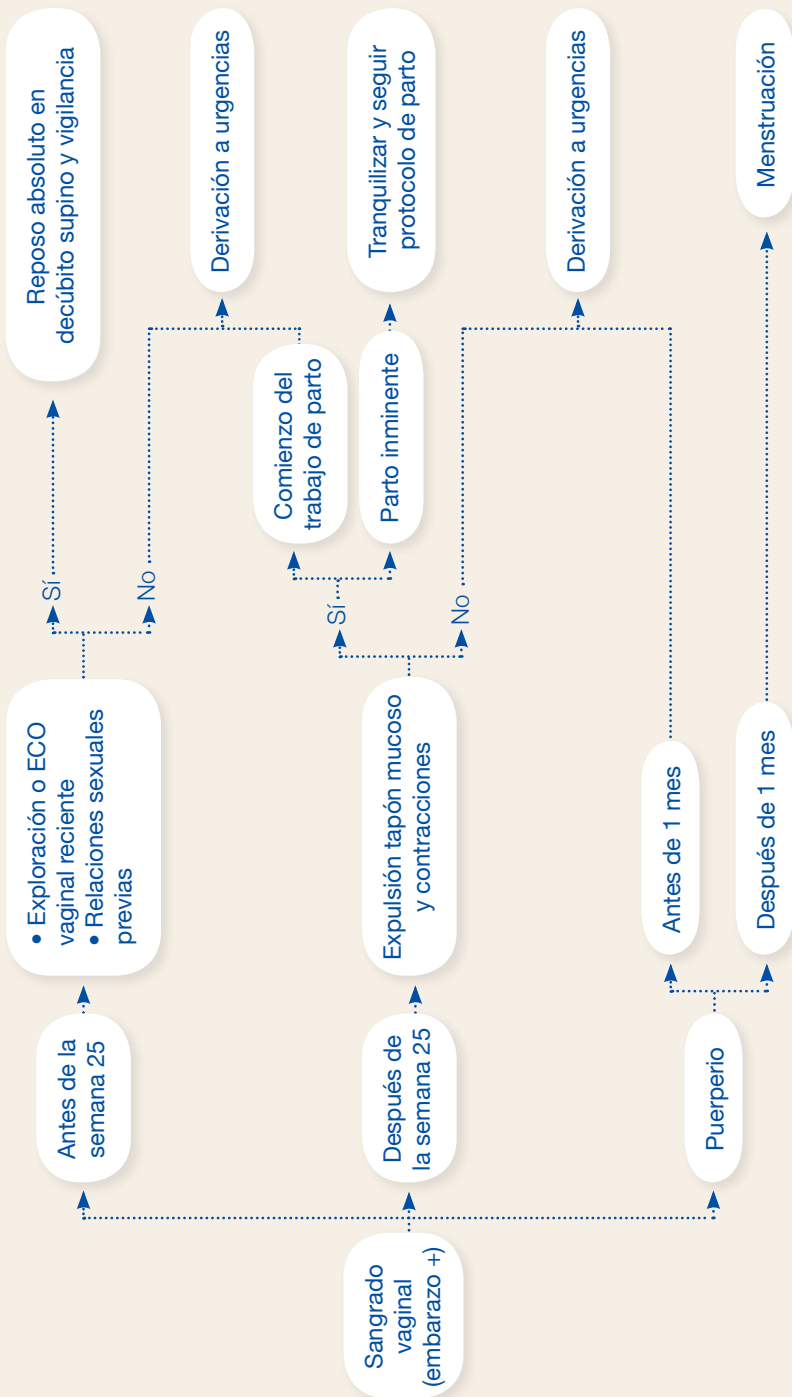
(1) Consideramos embarazo de alto riesgo:

- Edad de 35 años o más.
- Intervalo intergenésico inferior a 2 años.
- Abortos previos.
- Antecedentes de eclampsia-preeclampsia en embarazos anteriores.
- Multigrávida (3 o más embarazos, incluyendo el actual).
- Hemorragia en la segunda mitad del embarazo.
- Antecedentes de cesárea previa.
- Antecedentes de malformaciones congénitas en la pareja.
- Antecedentes de muerte fetal en embarazos anteriores.
- Antecedentes de prematuridad.
- Antecedentes de cardiopatía congénita adquirida.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Protocolos asistenciales en obstetricia y ginecología. Tomo primero. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Protocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Tomo cuarto. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Manual del Residente de Obstetricia y Ginecología. Tomo I y tomo II.

- Tratado de Ginecología de Novak. 11ª Edición. Interamericana. McGraw-Hill.
- Serie Manuales Clínicos para Licenciatura y Residencia-Licenciatura Ginecología. Masson-Salvat Medicina.
- Protocolos de Obstetricia y Medicina perinatal del Instituto Dexeus. 2ª Edición. Masson-Salvat Medicina.
- Progresos de Obstetricia y Ginecología. Revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Ed. Doyma.
- Enciclopedia Médico-Quirúrgica de Ginecología y Obstetricia.



Aparato genital

Hemorragias genitales

E. Castro Balado, V. González López

1. INTRODUCCION

Hablamos de patrón menstrual normal cuando el sangrado tiene una duración mínima de 2 días y máxima de 7 (media 4 días), con una intensidad de pérdida entre 30 y 80 ml, y un ciclo de 21 días mínimo y 35 máximo, con un tiempo libre de hemorragia mayor de 18 días y menor de 35 días.

Cuando se altera podemos definir siete patrones de sangrado uterino anormal:

- Oligomenorrea: ciclos superiores a 35 días.
- Polimenorrea: ciclos inferiores a 21 días.
- Polimenorragia: ciclos inferiores a 21 días con intensidad de sangrado y duración anormal.
- Menorragia o hipermenorrea: sangrado anormal tanto en cantidad, como en duración, de aparición cíclica.
- Metrorragia: sangrado irregular de duración prolongada que pierde su carácter cíclico. Si la intensidad de sangrado es excesiva se denomina menometrorragia.
- Hemorragia intermenstrual: sangrado de intensidad variable entre reglas normales. Si es mínimo (manchas) se denomina spotting.
- Opsomenorrea: menstruaciones de escasa intensidad, con duración normal.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

El interrogativo telefónico de una hemorragia vaginal anormal debe ir encaminado en primer lugar a descartar una emergencia ginecológica (hemorragia exanguinante y/o abdomen agudo). Después debemos precisar las características del episodio y dirigir las preguntas hacia las patologías más frecuentes en cada grupo de edad. Así conseguiremos una presunción diagnóstica que nos permita decidir la respuesta adecuada en el menor tiempo posible.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Fecha de la última regla? ¿Fórmula menstrual?	Los sangrados irregulares orientan a oligo o anovulación, mientras que un sangrado cíclico suele ser ovulatorio. Menstruaciones anormales previas o amenorrea orientan hacia posible embarazo
2. ¿Cree que puede estar embarazada? ¿Utiliza algún método anticonceptivo? - DIU - ACO: toma incorrecta, dosis estrogénicas bajas, patología intercurrente e interacciones farmacológicas - Otros embarazos normales y extrauterinos, abortos (espontáneos e IVE) y partos. Alteraciones previas de la menstruación y su tratamiento, legrados y cirugías ginecológicas	Descartar complicaciones del embarazo: ectópico, hemorragia de implantación, amenaza o aborto en curso - Frecuente hipermenorrea. Riesgo de perforación uterina - Pueden dar lugar a la aparición de spotting, hemorragias por disrupción y hemorragias intermenstruales. Fármacos (hidantoinas, carbamacepina, penicilina y derivados, griseofulvina) - La hiperplasia endometrial crónica. Tratamientos con estrógenos o progestágenos. Leiomiomas. Tumores productores de estrógenos o andrógenos

3. Características del sangrado

- ¿Cuánto tiempo lleva sangrando? ¿Le ha ocurrido en otras ocasiones?
 - Sangrado único y agudo
 - Sangrado subagudo
 - Hemorragia cíclica
 - Sangrados irregulares
- ¿Cuántas compresas ha cambiado en la última hora? ¿Coágulos grandes? ¿Ha manchado la ropa?
- Síntomas acompañantes
 - Palpitaciones, mareo, sudoración, náuseas, vómitos
 - Sangra con facilidad o con traumas mínimos, hematomas frecuentes
 - Presenta síntomas habituales en su regla normal: tensión mamaria, cambios de humor...
- Puede orientar a patología previa
 - Patología aguda (complicación de embarazo, rotura de quistes ováricos, torsión anexial...)
 - Complicaciones de cirugía ginecológica, trastornos de la coagulación, infecciones, cuerpos extraños vaginales
 - Lesiones orgánicas
 - Anovulación
- Cuantifica el sangrado, no es muy valorable, es una aproximación del interrogatorio médico telefónico al sangrado. Los sangrados de origen orgánico pueden ser más intensos que los de origen funcional
 - Indica gravedad del sangrado o de la causa que lo provoca
 - Trastornos hematológicos: enfermedad de Von Willebrand, anemia de Fanconi, déficit de protrombina, leucemia, púrpura trombocitopénica
 - Ausencia de dismenorrea o síndrome premenstrual habitual indica ciclos anovulatorios o sangrado no relacionado con la menstruación

4. Dolor en abdomen inferior

- Agudo
- Subagudo y crónico
- Relación con menstruación:
 - Aumenta antes y durante la menstruación
 - Aparece horas antes o al inicio del sangrado y persiste 48-72 horas
 - Aparece dos semanas antes de la menstruación y puede persistir tras su cese
 - Sólo aparece con la orina
 - Sólo aparece con deposiciones
 - Sangrado con las relaciones sexuales
 - Lesiones en genitales externos
 - Prurito vaginal, flujo anómalo maloliente
 - Fiebre
 - Fatiga, estreñimiento reciente, pérdida de pelo, piernas hinchadas, dolor de cabeza frontal, pérdida de visión lateral, secreción de leche por pezón
 - Estrías en mamas y abdomen, vello excesivo, aumento de la zona posterior del cuello, piel grasa y acné
 - Nota mucha sed, tiene más apetito y orina con más frecuencia
- Embarazo ectópico (ver hemorragias en embarazo)
- Infecciones (EPI puede provocar dolor agudo por descarga purulenta, pero es más típico subagudo e incluso crónico en infecciones por clamidia trachomatis, mycoplasma o gonococco). Dolor crónico puede aparecer en neoplasias
 - Endometriosis
 - Dismenorrea primaria
 - Dismenorrea secundaria
 - Descartar patología urinaria (guía de hematuria)
 - Descartar sangrado de origen digestivo
 - Patología orgánica en genitales externos y cérvix (pólipos, tumores, malformaciones) o infecciones
 - Traumatismos, cuerpos extraños, violación, tumores, lesiones dermatológicas (herpes, condilomas, leucoplasias, dermatitis)
 - Infecciones vaginales fúngicas y bacterianas, endometritis y cuerpos extraños
 - EPI, infecciones y abortos retenidos
 - Patología tiroidea (sobre todo hipotirodismo), tumores de silla turca y prolactinomas.
 - Síndrome de Cushing y ovario poliquístico
 - Se asocia a desarrollo de resistencia a la insulina

5. Antecedentes personales • Enfermedades diagnosticadas • Fármacos y tratamientos • Estrés, cambios bruscos de peso, dietas drásticas, ejercicio físico intenso	• Hepatopatías, IRC, endocrinopatías, insuficiencia suprarrenal, diabetes, trastornos del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, LES, EPOC, IC descompensada, HTA • Fenotiacidas, testosterona, corticoterapia, anticoagulantes, antidepresivos mayores, terapia hormonal sustitutiva, hemodiálisis, metoclopramida, metildopa, antihistamínicos • Son causas de anovulación
6. Edad • Neonatos • Niñas premenarquia, vello en pubis o axilas, pezones abultados o desarrollo mamas • Adolescentes • Mujeres en edad fértil • Perimenopausia • Menopausia	• Sangrados vaginales secundarios a estimulación del endometrio por estrógenos placentarios • La pubertad precoz es la causa más frecuente de sangrado en esta edad, el 90% son idiopáticas • Tras la menarquia hay anovulación que puede persistir hasta tres años • Descartar vulvovaginitis no específicas (alérgicas, irritativas, agentes físicos o químicos, cuerpos extraños o traumatismos) o específicas (oxiuros, patógenos entéricos, ETS, etc.) y otros (pólipos, enfermedades sistémicas, enfermedades cutáneas de la vulva, psicósomáticas) • El embarazo y sus complicaciones son la causa más frecuente de hemorragia vaginal anormal. Menos del 20% tienen origen funcional • Anovulación por folículos viejos e insensibles, patología tumoral • Descartar cáncer de endometrio antes de considerar otras patologías causantes de sangrado

3. RECOMENDACIONES

a. Generales:

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

b. Específicas

- En usuarias de anticonceptivos de baja dosis estrogénica de nuevo comienzo, con aparición de spotting o hemorragia intermenstrual leve (tras comprobar la constancia de la toma, la ausencia de procesos intercurrentes y las interacciones farmacológicas) se explicará la causa, la desaparición frecuente en tres meses y la conservación de la actividad anticonceptiva. Si persiste más de tres meses, deberá valorar con su médico el cambio a un anticonceptivo de mayor dosis estrogénica o el cambio de método, tras descartar organicidad.

4. RESPUESTA

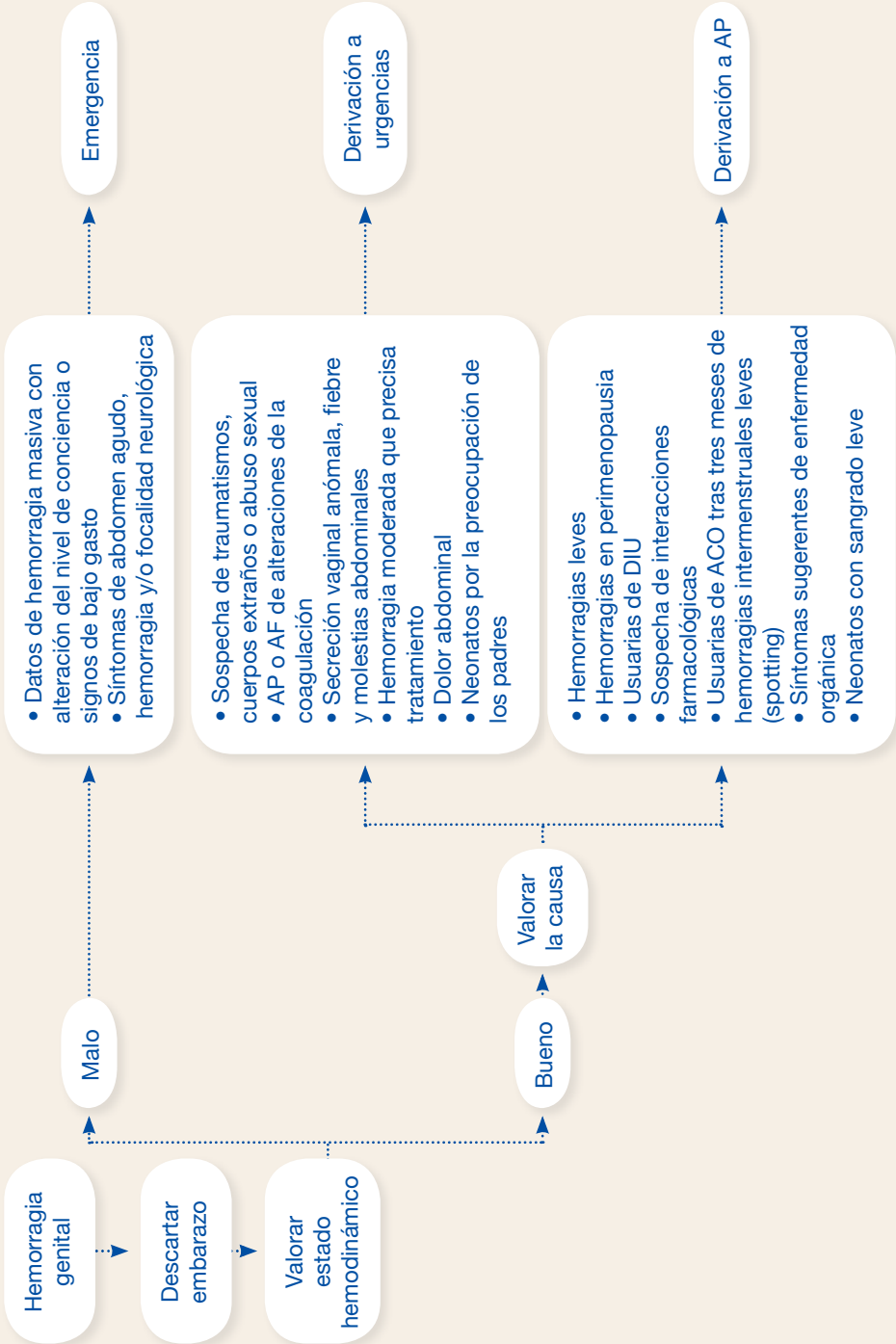
RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
EMERGENCIA	• Datos de hemorragia masiva con alteración del nivel de conciencia o signos de bajo gasto • Síntomas de abdomen agudo • Hemorragia y focalidad neurológica • Embarazo de 2º y 3º trimestre

DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS	• Sospecha de traumatismos, cuerpos extraños o abuso sexual • Antecedentes personales o familiares de alteración de la coagulación o síntomas sugestivos • Secreción vaginal anómala, fiebre y molestias abdominales • Sospecha de amenaza o aborto en curso en el 1^{er} trimestre • Dolor abdominal • Hemorragia moderada que precisa tratamiento • Neonatos por preocupación de los padres o sangrado no leve
VISITA DOMICILIARIA	• En los mismos casos descritos anteriormente y que la paciente no pueda desplazarse
DERIVACIÓN A CONSULTA AMBULATORIA	• Hemorragias leves • Hemorragias en perimenopausia y menopausia • Realizar test de embarazo • Usuaris de DIU • Sospecha de interacciones farmacológicas • Usuaris de anticonceptivos orales tras tres meses de spotting o hemorragias intermenstruales leves • Síntomas sugerentes de enfermedad orgánica • Neonatos con sangrado leve

5. BIBLIOGRAFÍA

- Cañete Palomo, M. L. Metrorragia en la edad adulta. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. FISCAM. Albacete, 1003, 475-490.

- González- Merlo, J. Hemorragias uterinas anormales. Masson, 7ª Ed.; Barcelona 1997, 178-184.
- Kraytman, M. Sangrado vaginal anormal. El diagnóstico a través de la historia clínica. Idepsa. 2ª Ed., Madrid, 1991, 253-261.
- Yuste Izquierdo, A.; Mateos Hernández, J.; Rodríguez Zapata, M.; Algoritmos clínicos en Medicina. Grüenthal. Madrid 2003, 1027-1033.



Aparato genital Parto

M.^a C. González González, M.^a R. Parceró Oubiña

1. INTRODUCCIÓN

Se denomina parto el proceso fisiológico que pone fin al embarazo, determinando que el feto y sus anejos abandonen el útero y salgan al exterior.

Definiríamos un parto normal como aquel que se desencadena a término (37-40 semanas), es un solo feto, en presentación cefálica y se desarrolla de forma espontánea, tanto en su inicio como en su evolución y dura no menos de 3 horas y no más de 18.

A su vez, será muy importante también diferenciar entre parto y trabajo de parto. Se considera que una mujer está en trabajo de parto cuando tiene contracciones regulares que más o menos serán 3 en 10 minutos. Estas contracciones a su vez suelen ser dolorosas, van acompañadas de un pequeño sangrado y son capaces de actuar sobre el cuello uterino y dilatarlo hasta unos 3 cm. Debemos tener en cuenta que no es necesario que pierdan líquido amniótico para estar de parto o para parir.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

El interrogatorio irá dirigido a reconocer signos y síntomas que nos indiquen si la paciente está de parto franco y necesitará ayuda inmediata de la persona que está en ese momento con ella o bien tenemos el tiempo suficiente para que la paciente pueda ser trasladada a un centro hospitalario para su atención, bien sea por un familiar o por la ambulancia según la situación lo requiera.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Cuál es la fecha de su última regla? ¿Cuál es su fecha probable de parto?	Puede indicar si es un parto prematuro, a término o bien un aborto. Aspecto muy importante a valorar para la inmediata atención tras el parto y la actuación durante el mismo
2. ¿Nota contracciones? ¿Cómo son? ¿Con qué frecuencia? ¿Nota con cada contracción sensación como de ir al baño a defecar o bien una necesidad imperiosa de empujar? ¿Cuando empuja ven parte de la cabeza fetal o bien algún otro miembro (nalgas)?	- Si va acompañado de contracciones, dependiendo de las características de éstas, nos hará sospechar el inicio del trabajo de parto - Es importante concretar qué es lo que se asoma por la vagina: puede ser una mano, un pie, el cordón umbilical, la placenta... pues la actuación será completamente diferente
3. ¿Nota pérdidas de líquido? En caso afirmativo: ¿A qué hora comenzó a notarlas? ¿De qué color es el líquido?	Es un signo que por sí solo indica que la paciente debe ir al hospital
4. ¿Es su primer embarazo, ha presentado algún problema durante este embarazo o anteriores?	Hará pensar en las complicaciones que se pueden presentar durante el parto: - Preeclampsia-convulsiones - Placenta previa-hemorragia - Diabetes-distocia de hombros
5. ¿Presenta vómitos? ¿Diarrea? ¿Fiebre? ¿Orina con frecuencia y va acompañado de dolor?	Vómitos y diarrea suelen aparecer durante el trabajo de parto y no revisten mayor importancia. No es así cuando van asociados a fiebre, etc., lo que nos hará diferenciarlos de problemas que aparecen durante el embarazo y que requieren tratamiento
6. ¿Está tomando alguna medicación? ¿Drogas?	Servirá para valorar si puede ser un efecto de lo que está tomando o bien un mal ajuste de la medicación o un mal uso de la misma

7. ¿Quién está con usted? ¿Dónde se encuentran?

- Será muy importante para valorar los medios de que disponen y el número de personas que pueden ayudar

3. RECOMENDACIONES

Tras el interrogatorio tendremos una idea de cuál es la situación de la mujer embarazada. Nos podemos encontrar los siguientes casos:

3.1. Medidas generales ante parto inminente

- Tranquilizar a la embarazada y a los acompañantes.
- La embarazada debe tumbarse sobre una superficie limpia y plana (si está en casa, en una cama; si es un coche, en el asiento trasero y si no hubiera ninguna de éstas, se elegiría una silla lo mas ancha posible. Si no nos quedase otra opción, sobre el suelo encima de una manta, sábana o prendas de vestir, pero eso sí, lo más limpias posibles).
- Buscar un sitio lo más aislado posible del frío y las corrientes de aire (si es un lugar cerrado en el que hay ventanas y puertas, alejarse en lo posible de las mismas o bien cerrarlas si nos diera tiempo a ello). Si hace frío, se conectará el radiador, de forma que se alcance una temperatura agradable.
- Deberá coger dos toallas grandes o sábanas limpias que se han de calentar si disponemos de una fuente de calor para cubrir al recién nacido.
- Intentaremos localizar algo para utilizar como sustitutivo de la pinza de cordón como un par de cordones de zapatos, cordel de la ropa, goma elástica que se utiliza para los pantalones del pijama, etc.

3.2. Específicas

Son las acciones concretas, que nosotros indicaremos telefónicamente, y que van a ser realizadas por las personas presentes durante el parto.

a. Indicaciones a la embarazada

Cuando venga la contracción y note esas ganas de empujar irreprimibles, llene el pecho de aire, agarre con cada mano una rodilla y tire de ellas hacia el abdomen, doblando los codos, de manera que haga fuerza como si estuviera en el baño muy estreñida.

Los pujos se harán con cada contracción, varias veces, y siempre cogiendo aire entre uno y otro. Si cuando ha acabado de empujar la primera vez la contracción ha desaparecido, no empujará más hasta la siguiente contracción. Entonces respirará profundamente y despacio dos veces para seguir después con la respiración normal hasta la siguiente contracción. Debemos evitar la hiperventilación, pues provoca mareos y calambres musculares, así como una mala oxigenación para el feto.

La embarazada realizará los pujos hasta que haya salido completamente el recién nacido.

b. Indicaciones al acompañante

El acompañante deberá agarrar la cabeza y el abdomen del recién nacido una vez que salgan por la vagina.

Una vez que el bebé está en el exterior procederá a clampar el cordón umbilical con los materiales citados anteriormente (cordón de zapato, trozo de cordel de extender la ropa...) para ello anudará, al menos, cuatro veces el cordel sobre el cordón a unos 6 cm del recién nacido y, nuevamente, otros cuatro nudos a unos 6 cm del anterior. Después cortará el cordón, en medio de ambos nudos, con unas tijeras limpias. Es importante que en todo este proceso el bebé se mantenga a la altura de la madre, nunca por encima ni puesto en el abdomen, hasta que se corte el cordón umbilical.

Primero, tapará al recién nacido con las toallas secas y lo secará bien. Si el recién nacido llora espontáneamente y tiene buena vitalidad, no será necesario hacer nada más y esperearemos tranquilamente a que llegue la ambulancia, aunque siempre con el recién nacido envuelto en una toalla seca para evitar la pérdida de calor. Si no tiene buena vitalidad, limpiaremos las secreciones bucales y nasales del recién nacido.

Si la mujer sangrara abundantemente después de pasados unos minutos del parto, deberemos indicarle que le dé un masaje consistente con la mano justo por encima del ombligo. Notará algo duro o a lo mejor notará que se va endureciendo cuando comenzamos a dar el masaje: esto es el útero. Si cesa el sangrado, no hará nada más, pero si no cesa, le indicaremos que realice una fuerte presión donde estuvo dando el masaje y observaremos

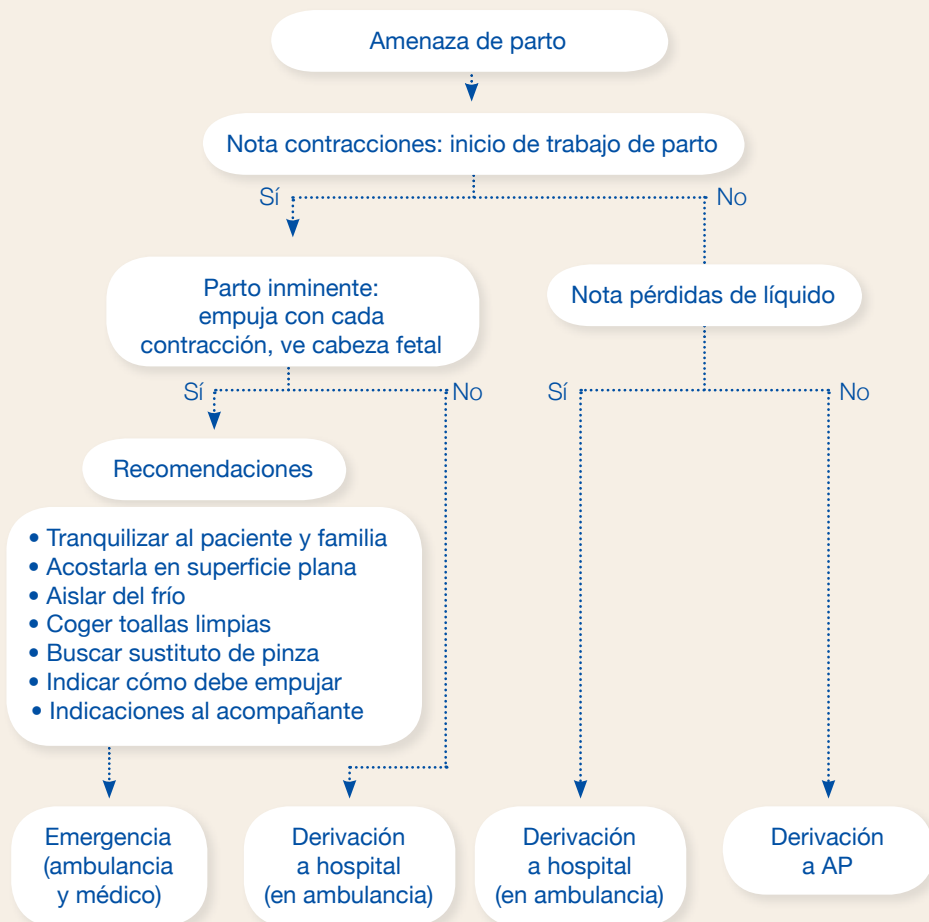
si sale la placenta. Si esto ocurre, seguirá unos minutos dando un masaje hasta que cese el sangrado, y si no la expulsa, pero el sangrado se detiene, no será necesario realizar nada más.

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SÍNTOMAS
DERIVACIÓN A HOSPITAL	• Embarazada que pierde líquido, pero no está de parto • Embarazada que está probablemente en trabajo de parto, pero no de parto inminente. Si está fuera de control o tiene un dolor que no le permite moverse, enviaremos la ambulancia
DERIVACIÓN EN RTSU	• Embarazada que está en trabajo de parto, pero el parto no es inminente • Embarazada que está en trabajo de parto
EMERGENCIA (ambulancia y médico)	• Embarazada que está en período expulsivo, empujando con cada contracción, y que a su vez puede estar con la cabeza fetal, asomando por la vagina

5. BIBLIOGRAFÍA

- Usandizaga, J. A.; de la Fuente, P.; Tratado de Ginecología y Obstetricia; Mcgraw-Hill Interamericana. Madrid 1997.
- Fabre González, E.; Manual de asistencia al embarazo normal; 1993.
- Cunningham y cols.; Obstetricia de Williams; Masson, Barcelona, 1997.
- González Merlo, J.; del Sol, J. R.; Tratado de Obstetricia; Masson 1992 (4ª edición).
- Carrera, J. M.; Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal; Masson, Barcelona 1996 (3ª edición).



Psiquiatría⁸

Psiquiatría Alteraciones de la conducta

R. Gómez Vázquez, M. C. García Mahía

1. INTRODUCCIÓN

Se trata de describir los principios del interrogatorio psiquiátrico y orgánico que realiza un médico a través del teléfono en el caso de pacientes con alteraciones del comportamiento. La anamnesis es una herramienta efectiva para evaluar estos trastornos. Es importante recordar que los pacientes psiquiátricos pueden sufrir patologías orgánicas y en ocasiones alteraciones de la conducta secundarias a las mismas.

El interrogatorio irá dirigido fundamentalmente a reconocer signos o síntomas de gravedad en el paciente, valorando el estado general y, una vez descartados estos signos, es cuando orientaremos el interrogatorio hacia una posible patología psiquiátrica. Son fundamentales las tres primeras preguntas para orientarnos en el interrogatorio.

Si tras este interrogatorio logramos identificar signos que nos orienten hacia una patología psiquiátrica específica, pasaremos a su interrogatorio correspondiente.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

Si se habla con el propio paciente, se intentará mostrar interés y establecer buen contacto o empatía con el mismo.

Una forma es repitiendo parte de la información que transmite al teleoperador que atiende la llamada para confirmarle al paciente que el médico percibe su problema y al mismo tiempo establecer una relación de empatía.

Se intentará decir frases empáticas como: “comprendo cómo se siente...”.

- El interrogatorio se comenzará preguntándole por aspectos generales para pasar posteriormente a aspectos más delicados si colabora.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
¿Desde cuándo está así? • Brusco (son pocas las conductas psiquiátricas que surgen bruscamente) • Paulatino (horas-días)	• Infecciones del SNC, hipoglucemia, abstinencia por alcohol y estupefacientes, intoxicaciones, hemorragia intracranial, crisis comicial, TCE, hipoxia, insuficiencia aguda de un órgano. No se debe descartar una patología psiquiátrica • Puede orientar tanto a patología psiquiátrica como orgánica. Síndrome confusional agudo (fluctúa en el día)
¿A qué atribuye esta conducta o situación o qué lo ha desencadenado?	• Puede orientar el interrogatorio desde el principio. Ver si el paciente ha tenido episodios similares otras veces

Valoración signos vitales • Estado respiratorio - Taquipnea • Estado cardíaco - Taquicardia, palpitaciones - Bradicardia • Temperatura - Fiebre - Hipotermia	• Fiebre, acidosis metabólica, TEP, insuficiencia cardíaca, neumonía, crisis de ansiedad - Fiebre, hipertiroidismo, TEP, insuficiencia cardíaca, neumonía, ansiedad, psicosis - Hipertensión intracraneal (más frecuente), hipotiroidismo, Stokes-Adams - Meningitis, crisis tirotóxica, vasculitis, abstinencia por sedantes y alcohol, procesos inflamatorios e infecciosos - Alteraciones endocrinas con hipofunción, intoxicaciones, patología dermatológica, sepsis, disfunción del SNC
¿Ha sufrido algún golpe?	• Frecuentes y desapercibidos en agitados, lesiones craneoencefálicas
¿Contracciones o sacudidas?	• Lesión neurológica, crisis de histeria, trastornos disociativos. Extrapiramidalismo. Hay que descartar el resto de patología orgánica citada
¿Le entienden las palabras que pronuncia? ¿Se le ha paralizado algún miembro?	• Pueden orientar a un problema neurológico, delirium y todas sus causas, trastorno conversivo
Valoración de orientación • ¿Sabe en dónde está, conoce a sus familiares, qué día es?	En lugar, tiempo y espacio • Demencia, delirium, amnesia psicógena, fuga psicógena, y como siempre se descartarán cuadros orgánicos como intoxicaciones

Valoración del afecto • ¿Qué sentimientos tiene? - Ansiedad - Tristeza - Euforia, irritable, excitado	Cualquier patología orgánica antes citada puede producirlo - Cuadro de ansiedad (pánico, ansiedad generalizada, fobias, estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo) - Trastornos afectivos (depresión mayor, trastorno bipolar, distimia, trastorno esquizoafectivo) - Episodio maniaco, trastorno esquizoafectivo, psicosis
Valoración del pensamiento • Alteración del curso • Alteración del contenido: - Delirios • Valoración de la percepción: - Alucinaciones	• Desestructurado, incongruente - <u>Delirio o alucinaciones visuales</u>: más frecuentes en cuadros orgánicos. Cuadro psicótico, enf. SNC (neoplasia, demencia, vasculitis, epilepsia...), patología endocrina (hipo-hipertiroidismo, Cushing, Addison...), metabólicas (hipoglucemia, encefalopatía hepática, urémica, hipoxia, hipercapnia), fármacos (digital, corticoides, AINE, antibióticos, cimetidina, estimulantes, simpaticomiméticos...), drogas (alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas...) - <u>Alucinaciones auditivas</u>: más frecuente en la esquizofrenia - <u>Alucinaciones olfativogustativas</u>: más frecuente en epilepsia - <u>Ilusión o distorsión de formas</u>: más frecuente tras la ingesta de alucinógenos - <u>Hormigueo, disestesias</u>: cuadros de ansiedad - <u>Insectos por la piel</u>: intoxicación por cocaína, delirium tremens

Antecedentes personales	• VIH+ • Patología neurológica: cualquier cambio previo indica patología orgánica • Exposición a tóxicos, metales pesados, u otros peligros laborales • Patología cardiorrespiratoria • Medicamentos que toma: fundamentalmente incidir en sedantes e hipnóticos, psicotrópicos, anticolinérgicos, antiparkinsonianos, salicilatos, antipalúdicos, diuréticos, antihistamínicos, antihipertensivos, antimicrobianos o bromuros pueden producir delirio o un cuadro psicótico. Patología psiquiátrica
Antecedentes familiares y sociales personales	• Pueden identificar las causas desencadenantes del estrés en el medio en que se desenvuelve el paciente

3. RECOMENDACIONES

3.1. Si el paciente presenta alteraciones en la orientación

Si se sospecha **demencia**, se intentará que el paciente no permanezca a oscuras, que tenga puntos de referencia habituales (reloj, calendario) y se le indicará haloperidol, 4-10 mgr (40-100 gotas, 2-5 cc).

Si se sospecha **delirium**, el paciente deberá permanecer acompañado de otra persona en todo momento. Se adoptarán medidas de protección (retirar objetos con los que pueda hacerse daño y si es necesario, se procederá a la contención mecánica del paciente) y se intentará que el paciente no permanezca a oscuras, que tenga puntos de referencia habituales (reloj, calendario) y se le indicará haloperidol, 4-10 mgr (40-100 gotas, 2-5 cc).

Si se sospechan **trastornos disociativos** (fuga psicógena, amnesia psicógena), se procurará un ambiente seguro y estable.

Se ayudará al paciente a elaborar los episodios dolorosos de su pasado hasta alcanzar las razones por las que mantiene la disociación.

3.2. Si el paciente presenta un trastorno afectivo

a. En el caso de **trastorno de ansiedad** se debe facilitar la relajación, acostando al sujeto en la camilla, consiguiendo un ambiente tranquilo, invitándolo a que cierre los ojos, respire profundo y lento y no piense en nada.

- Se deben promover maniobras de distracción, como centrar la atención en otras cosas: preguntarle por datos personales, cuántos años tiene, de dónde es, etc.
- El paciente debe ser informado de que sufre una crisis de ansiedad y de que no hay peligro para su vida; es conveniente explicarle lo que es una crisis de ansiedad y el grado de malestar que puede llegar a ocasionarle, pero evitando decir que “no tiene nada”, pues, además de no ser cierto, equivale a no tomárselo en serio y eso aumentará el nivel de angustia.
- Si hay hiperventilación, es útil poner una bolsa sobre la nariz y la boca a fin de que respire en ambiente hipercápnico y reducir así la hipocapnia y alcalosis secundaria a la hiperventilación. Hay que descartar previamente por anamnesis que el paciente padezca cualquier enfermedad que favorezca de base la hipoxemia o la hipercapnia crónicas, que contraindicarían la maniobra. Debe evitarse el cubrir totalmente la cabeza y el usar bolsas opacas que impedirían ver si el paciente se pone cianótico.
- Medicación ansiolítica para el episodio agudo: lo mejor es indicar benzodiacepinas de vida media corta. No obstante se indicará una que tenga en el domicilio, que haya tomado previamente y que no le sentara mal. Se puede utilizar el alprazolam, 0,5-1 mg sl o vo pudiéndose repetir la dosis a los 15-20 minutos si es preciso.
- Psicoterapia de apoyo: realizar un inventario de las situaciones que producen ansiedad y analizar con el paciente las sensaciones asociadas a las mismas. Explicar el significado de sus síntomas y ayudar al paciente a interpretar de un modo más benigno las vivencias y sensaciones físicas molestas asociadas a su ansiedad. Si presenta contracturas musculares, utilizar técnicas de relajación.

b. En la **reacción por duelo**, el paciente se beneficia de la verbalización y escucha de la pena, expresando los sentimientos que en su momento no pudo expresar. Se le harán preguntas como: ¿qué tal acepta la pérdida?, ¿cree que lo ha superado? etc. Posteriormente se modificará la memoria del fallecido con preguntas como: ¿recuerda algún momento feliz con el fallecido?, recordando recuerdos positivos. Finalmente, se concienciará al pa-

ciente para que asuma las responsabilidades habituales o nuevas de la vida como: ¿se ha dado cuenta de lo que le necesitan sus hijos o padres, etc.?

c. Trastorno depresivo: psicoterapia de apoyo. Se le transmitirán al paciente mensajes como: “padece usted una enfermedad que se llama depresión que cursa con síntomas como... (citar los síntomas del paciente) y necesita al menos 15-20 días para notar algo de mejoría”. Recordarle que es muy importante la toma constante del tratamiento. Se destacarán los pequeños logros que vaya consiguiendo.

Se informará a la familia del proceso y no se le presionará para la toma de decisiones. Al mejorar se le estimulará para la reincorporación sociolaboral.

d. En los casos de **psicosis o manía** se hará el mismo planteamiento que en la esquizofrenia.

3.3. Si el paciente presenta trastornos del pensamiento

a. Lo más frecuente es que se produzcan por **alteraciones orgánicas**, por lo que las recomendaciones serán las de tratar el cuadro orgánico propiamente dicho y se le puede administrar **haloperidol**, 4-10 mgr (40-100 gotas, 2-5 cc).

b. En el caso de **esquizofrenia** se tratará de actuar sobre la familia para que apoye al paciente (educación con respecto a la naturaleza de la enfermedad, recomendándoles que eviten discutir con el paciente los contenidos del pensamiento). Al mismo tiempo, intentarán disminuir al máximo el estrés ambiental. Si es necesario, se reajustará la medicación durante las crisis.

c. En la **epilepsia**, si el paciente está convulsionando, se intentará colocarle algún objeto entre los dientes, evitando sujetarle y tratando de protegerlo para que no se golpee contra los objetos circundantes; cuando la convulsión haya cesado, se recomendará colocar al paciente en posición lateral de seguridad.

d. En casos sugestivos de **delirium tremens** se procurará que el paciente permanezca en un entorno seguro, actitudes tranquilizadoras y la administración de BZD (diazepam 5 mg vo) y traslado inmediato a un centro hospitalario.

e. En el caso de **intoxicaciones** se tranquilizará al paciente y acompañantes a través del teléfono, manteniendo al paciente en un lugar seguro, relajado y con un acompañante tranquilo.

- Si el paciente está estuporoso, se colocará en posición lateral de seguridad. Si el tóxico es conocido, se intentará inducir el vómito mediante estimulación orofaríngea digital o con un objeto romo (excepto en intoxicaciones por ácidos, álcalis, derivados del petróleo, anticonvulsivantes o en pacientes con disminución del nivel de conciencia).
- Si el paciente convulsiona, se recomendarán **benzodiacepinas** y si el paciente está agitado, se recomendará **haloperidol o benzodiacepinas**.
- Si se envía un médico, se monitorizará al paciente con mantenimiento de las constantes hemodinámicas.
- Si el tóxico es desconocido, se administrará **O₂** a alto flujo (salvo intoxicación por paraquat), glucosa 20-30 mg/iv (Glucosmon R-50), naloxona 0,01 mg/kg/iv, tiamina 1-2 mg/kg/iv y **flumacénil** 0,2-0,3 mg/iv.
- Si el tóxico es conocido, se aplicarán las medidas específicas según el tóxico (ver manejo inicial de las intoxicaciones en Manual de urgencias prehospitalarias 061). Algunas a destacar son: Intoxicación por CO₂ administrar O₂; en intoxicación por opiáceos, naloxona; por benzodiacepinas, flumacénil; por organofosforados, atropina; por atropina, **fisostigmina** y por alucinógenos, sintomático.

4. RESPUESTA

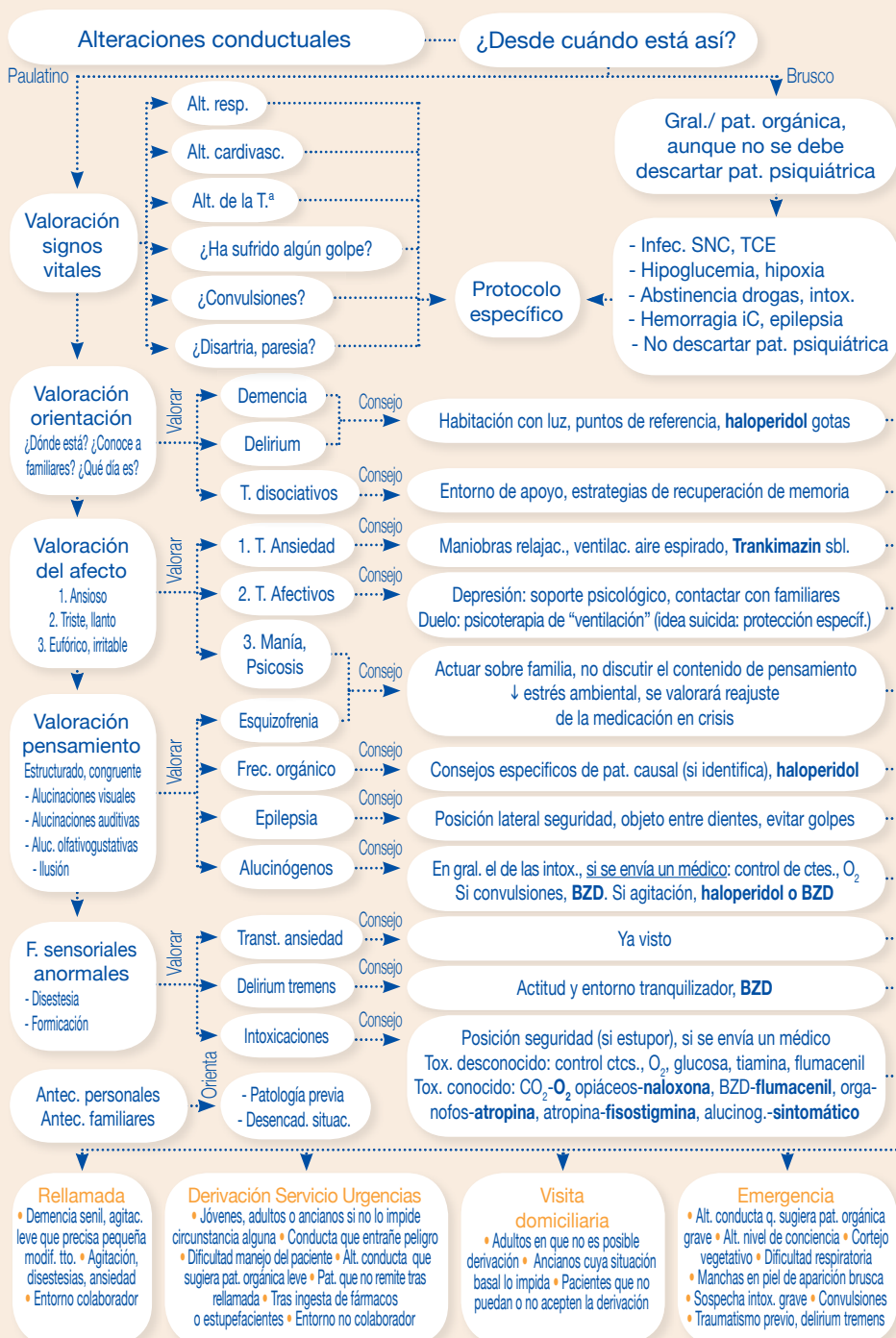
RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
RELLAMADA	• Demencia senil a tratamiento con agitación leve en los que se puede hacer pequeñas modificaciones de medicación, con entorno familiar colaborador • Agitación, disestesias, ansiedad con entorno colaborador

DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (*)	• Conducta que entrañe peligro • Dificultad para el manejo del paciente • Familia no colaboradora que no pueda garantizar el control del paciente • Cualquier alteración de la conducta que sugiera patología orgánica leve • Patología que no remite tras la llamada • Tras la ingesta de fármacos o estupefacientes
VISITA DOMICILIARIA	• Adultos o ancianos cuya situación basal impida el traslado • Pacientes que no puedan o no acepten la derivación • Situaciones en las que se considere más adecuada la atención in situ dentro del entorno del paciente (demencia descompensada, duelo intenso, etc.)
EMERGENCIA	• Cualquier alteración de la conducta que sugiera patología orgánica grave • Alteración del nivel de conciencia • Cortejo vegetativo • Dificultad respiratoria • Manchas en la piel de aparición brusca • Sospecha de intoxicación • Convulsiones • Traumatismo previo • Delirium tremens • Conducta que pueda entrañar peligro para el propio paciente o para los que le rodean

(*) Se derivará en ambulancia a los pacientes que necesiten acudir a un centro de urgencias y no puedan ir por sus medios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Cruz Jentoft, A. J. et al.; Presentación atípica de enfermedades. En: Rivera Casado, J. M. et al.; Geriátría en Atención Primaria. Ed. Uriach. Barcelona 1997; 27-33.
- Daroff, R. B. et al.; Desvanecimiento, síncope, mareo y vértigo. En: Fauci, A. S. et al.; Harrison Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 1998, 114-116.
- Ferrandiz Santos, J. et al.; Fármacos que pueden causar síntomas psiquiátricos. En: Formación Médica Continuada. Ed. Doyma. Vol. 7, Número 10, Diciembre, 2000; 702-713.
- Fuentes Vigil, J. et al. Aprendiendo a ser empático. En: Formación Médica Continuada. Ed. Doyma. Vol. 7, Número 8, Octubre, 2000; 538-539.
- Jeffery C. Hutzler, Douglas A. Rund; Trastornos de conducta: valoración y estabilización en la sala de urgencias. En: Tintinalli, J. E. et al.; Medicina de Urgencias. 2ª edición en español. Ed. McGraw Hill. 1997. Pág. 1628-1634.
- Jiménez Arriero M. A. y Sartorius Calamai N.; Valoración y tratamiento del enfermo psiquiátrico; En: Jesús Medina Asensio; Manual de urgencias médicas; 12 de Octubre; Editorial Díaz de Santos SA.; Madrid; 1998: 253-277.
- Martín Álvarez, M. et al. Deterioro cognitivo en el anciano. En: Formación Médica Continuada. Ed. Doyma. Vol. 7, Número 6, Junio-Julio, 2000; 388-394.
- Victor I. Reus, Trastornos mentales. En: Fauci, A. S., Braunwald, E., et al.; Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. Mc Graw Hill. 1998. Pág. 2831-2849.
- Alison J. Whelan y Sunita Muthua; Cuidados del Paciente en Medicina Interna; Capítulo 1; En: Charles F. Carey y col.; Manual Washington de Terapéutica Médica; Masson, SA; 10ª Edición; Barcelona; 1999: 1-28.
- Roper A. H.; Traumatismos craneales y de la columna vertebral. En: Fauci, A. S., Braunwald, E., et al.; Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Ed. Mc Graw Hill. 1998. Pág. 2720-2730.
- Jonathan N. Adler y col.; Urgencias Psiquiátricas; Capítulo 15; En: Medicina de Urgencia, NMS, Manuales Clínicos; McGraw-Hill Interamericana, editores, SA; México; 2000: 189-193.



Psiquiatría

Traslado involuntario

R. Gómez Vázquez, J. Fernández Hierro

1. INTRODUCCIÓN

Es frecuente que el médico de urgencias sea requerido para atender enfermos mentales que no colaboran en la exploración y/o no acceden a ser trasladados a un centro sanitario. Es decir, no prestan su consentimiento a la actuación médica.

Pero, ¿cómo se actuará en estos casos? Se trata de proporcionar al paciente la ayuda médica que precisa, respetando los derechos civiles. Debemos tener claro que el paciente tiene un déficit grave de la competencia para prestar su consentimiento a la asistencia sanitaria que requiere.

Si conocemos previamente la existencia de una Autorización Judicial para el ingreso del enfermo, la situación se simplifica notablemente.

2. CUESTIONES GENERALES ACERCA DE LOS INGRESOS INVOLUNTARIOS

2.1. Quién puede ser internado “por razón de trastorno psíquico”

Patología psiquiátrica grave que implica riesgo para el paciente o para terceros en la que el facultativo considere que el paciente es incapaz para decidir.

2.2. Quién puede solicitar el internamiento

- Cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable (por analogía de art. 757).
- Ascendientes, descendientes, hermanos, etc.
- Cualquier persona puede poner en conocimiento del Ministerio Fiscal hechos que pueden ser determinantes de internamiento.

2.3. Quién puede decidir el internamiento

El juez de Primera Instancia.

2.4. Procedimientos

No urgente: la medida la adopta el juez tras una serie de trámites legales.

Urgente: la medida la adopta el médico que lleva a cabo el ingreso urgente. Debe comunicar dicha medida al juez (plazo máximo de 24 horas). El tribunal, una vez que tenga conocimiento de la noticia y en un máximo de 72 horas deberá ratificar el ingreso. Si deniega la autorización para el ingreso, el paciente debe ser dado de alta hospitalaria inmediatamente.

2.5. Ejecución de internamiento involuntario

El juez adoptará su decisión en forma de auto. En el caso de una orden judicial, el facultativo deberá proceder al ingreso del paciente y no podrá darle el alta en tanto no lo autorice el juzgado.

En el caso de una autorización judicial se permite a los facultativos decidir el ingreso del paciente aún en contra de su voluntad. A pesar de la existencia de una autorización judicial, los médicos pueden no llevar a cabo el ingreso si no lo creen indicado. En los ingresos por autorización judicial, el médico puede decidir el momento de cese del internamiento, dando de alta al enfermo y comunicándolo inmediatamente al juzgado competente.

El 24 de febrero del año 2004 se firmó el “Protocolo Xeral sobre traslados e ingresos non voluntarios e urxentes de persoas con enfermidade ou trastorno mental en Galicia” entre la Consellería de Sanidad, la Delegación del Gobierno en Galicia y la Consellería de Xustiza,

Interior y Administración local (ver anexo 1). En él se consensúa, entre las distintas administraciones implicadas, el traslado involuntario urgente del paciente psiquiátrico.

3. GUÍA DE ACTUACIÓN

Si conocemos previamente la existencia de una autorización judicial para el ingreso del enfermo, la situación se simplifica notablemente. Que probablemente no sea competente para consentir su traslado y/o ingreso es algo que de forma implícita se contempla en la intervención judicial. Además se contará y se valorará la presencia de las fuerzas y cuerpos de seguridad.

Si no tiene autorización judicial previa, se valorará si el traslado es de carácter urgente.

Si no lo es, se derivará a su médico de cabecera o a su especialista de área.

Si el traslado es de carácter urgente, la primera medida a tomar es la contención psíquica (llamar al paciente por su nombre y presentarnos, actuar sin prisas, actitud firme y tranquilizadora, no hablarle en voz alta y agresiva, disminuir en lo posible el número de personas presentes, intentar la comunicación verbal y escuchar al paciente con atención y ayudarle a expresar sus sentimientos, obviar las discusiones baldías, etc).

Si accede al traslado, se procederá al mismo. En caso contrario se intentará sedación farmacológica voluntaria.

Si colabora, se trasladará al hospital.

Si no colabora, se procederá a la contención física para lo que solicitaremos el auxilio de las fuerzas y cuerpos de seguridad (protocolizado por acuerdos institucionales).

Una vez sujetado el paciente se procederá a administrarle tratamiento farmacológico iv o im.

Como alternativas proponemos diferentes vías de administración y fármacos que dependerán de diversos factores como el grado de agitación, fármacos disponibles, manejo terapéutico, etc.

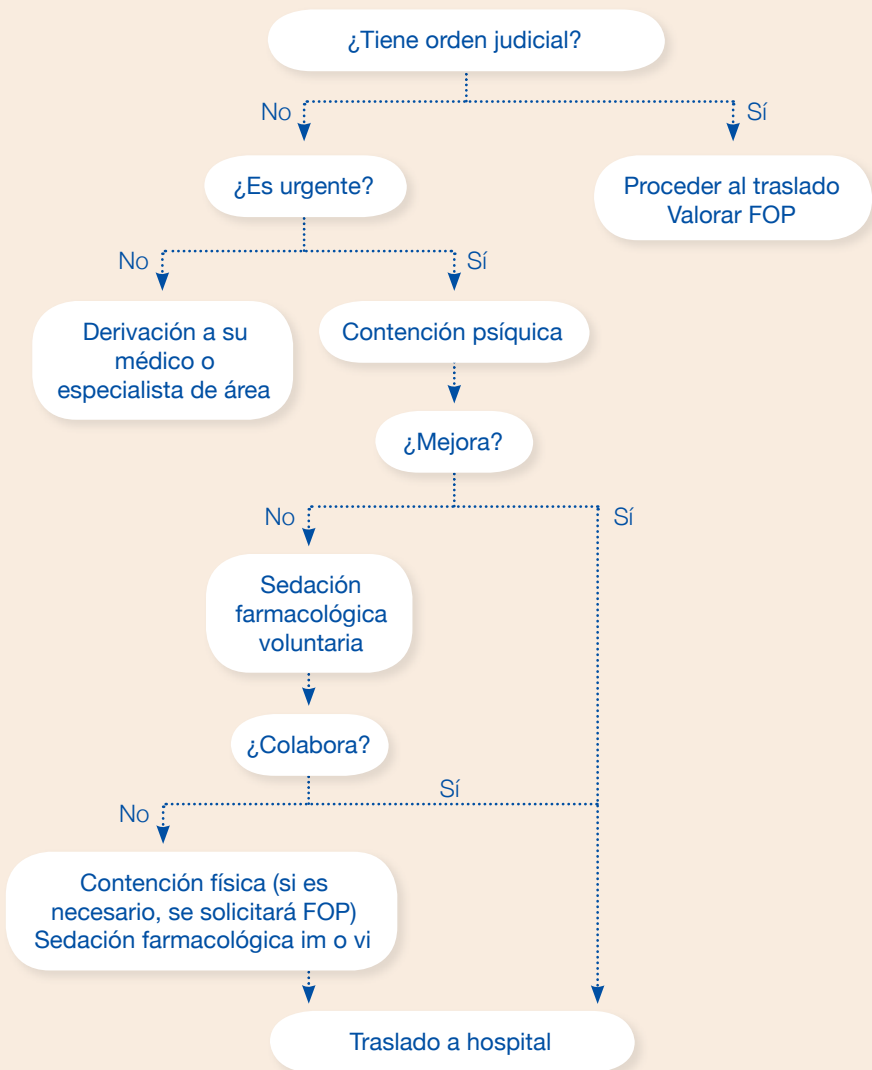
Por vía oral proponemos **haloperidol gotas**: 4-10 mg (40-100 gotas, 2-5 cc) y/o levomepromazina 40-60 mg (40-60 gotas, 1-1,5 cc) u olanzapina velotab 10 mg o diacepam: 10-20 mg o lorazepam 1 mg.

Por vía intramuscular proponemos **haloperidol 5 mg** y/o **levomepromazina 25 mg** y biperideno 5 mg o diacepán: 2,5-10 mg o midazolam: 0,3 mg/Kg, repetir según respuesta.

Por vía intravenosa proponemos **haloperidol 5 mg** 5-10 mg lentamente cada 30 min hasta sedación o diacepam 2 mg/ml hasta un máximo de 20 mg o midazolam 0,1-0,3 mg/kg/iv, repetir según respuesta obtenida.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Dordil F.; El Síndrome de Agitación Psicomotriz; En: Urgencias en Psiquiatría; Hospital Clínico Universitario de Zaragoza; Editorial Edos; Barcelona; 1993: 45-52.
- Robert Y. Simon, M. D.; Ley y Psiquiatría; Capítulo 41; En: Robert E. Hales y col.; Tratado de Psiquiatría; Editorial Masson; 3ª Edición; Barcelona; 2000:1489-1526.
- Busto del Prado, F. y col.; Urgencias Psiquiátricas, Intervenciones en crisis y Violencia; Capítulo 10; En Enfermería y Urgencia; Arán Ediciones; SA; Madrid; 2001: 209-231.



Psiquiatría Psicosis

R. Gómez Vázquez, I. Gómez-Reino Rodríguez

1. INTRODUCCIÓN

Debe dejarse un primer momento de entrevista abierta, en el que el paciente pueda explicarse sin que confrontemos ideas y opiniones.

A continuación se le debe dar a la entrevista un cariz médico, preguntando por antecedentes médicos para introducirse poco a poco en los antecedentes psiquiátricos.

Posteriormente se orientará la entrevista a una recogida de síntomas de menos a más específicos.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Presenta algún signo de psicosis? • Ideas delirantes • Alucinaciones • Lenguaje desorganizado • Comportamiento catatónico o desorganizado	• Si no los presenta, pasaremos al protocolo de alteraciones de la conducta • Si presenta alguno de los anteriores signos, pasaremos a la siguiente pregunta

2. Búsqueda de factores desencadenantes: • Tóxicos • Alcohol • Fármacos	• Puede orientar el interrogatorio desde el principio
3. Existen alteraciones de memoria u orientación • Alucinaciones visuales • Focalidad neurológica • Presenta alucinaciones auditivas, ideas delirantes (control, adivinación de pensamiento)	• Demencia • Delirium • Causa orgánica • Esquizofrenia y diagnósticos relacionados
4. Valoración de síntomas maníacodepresivos	• Depresión psicótica • Manía

3. RECOMENDACIONES

a. En el caso de ingesta de **tóxicos, alcohol o fármacos** se tranquilizará al paciente y acompañantes a través del teléfono, manteniendo al paciente en un lugar seguro y relajado con un acompañante tranquilo.

- Si el paciente está estuporoso, se colocará en posición lateral de seguridad. Si el tóxico es conocido, se intentará inducir el vómito mediante estimulación orofaríngea digital o con un objeto romo (excepto en intoxicación por ácidos, álcalis, derivados del petróleo, anticonvulsivantes o en pacientes con disminución del nivel de conciencia).

Si el paciente convulsiona, se recomendarán benzodiacepinas y si el paciente está agitado, se recomendará haloperidol o benzodiacepinas.

- Si se envía un médico, se monitorizará al paciente con mantenimiento de las constantes vitales.
- Si el tóxico es desconocido, se administrará O₂ a alto flujo (salvo intox. por paraquat), glucosa 20-30 mg/iv (glucosmón R-50), naloxona 0,01 mg/kg/iv, tiamina 1-2 mg/kg/iv y flumacenil 0,2-0,3 mg/iv.
- Si el tóxico es conocido, se aplicarán las medidas específicas según el tóxico (ver manejo inicial de las intoxicaciones en Manual de urgencias prehospitalarias 061). Al-

gunas a destacar son: intoxicación por CO₂, O₂; por opiáceos, naloxona; por benzodiazepinas, flumazenil; por organofosforados, atropina; por atropina, fisostigmina y por alucinógenos, sintomático.

b. Si se sospecha **demencia** se intentará que el paciente no permanezca a oscuras, que tenga puntos de referencia habituales (reloj, calendario) y se le indicará haloperidol 4-10 mgr (40-100 gotas, 2-5 cc).

Si se sospecha **delirium**, el paciente debe permanecer acompañado de otra persona en todo momento, se adoptarán medidas de protección (retirar objetos con los que pueda hacerse daño y si es necesario se atará al paciente) y se intentará que el paciente no permanezca a oscuras, que tenga puntos de referencia habituales (reloj, calendario) y se le indicará haloperidol 4-10 mgr (40-100 gotas, 2-5 cc).

c. Si el paciente presenta **alucinaciones auditivas, ideas delirantes o signos maníaco-depresivos**, interrogaremos al paciente sin prisas, estableciendo una buena relación, escuchándole sin interrupciones y parafraseando lo que dice de vez en cuando. Intentaremos evitar interpretaciones negativas y bromear sobre el tema, no corregir ni apoyar el delirio. Se le hará saber que comprendemos sus sentimientos ofreciéndole ayuda.

- Si el paciente está agitado, ver algoritmo de agitación psicomotriz.
- Si llegamos a una presunción diagnóstica, trataremos de ajustar la medicación que el paciente tiene en su domicilio o que estaba tomando previamente.

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
RELLAMADA	• Paciente que no toma correctamente el tratamiento • Crisis con precipitante claro y que se pueda indicar la toma de ansiolítico • Entorno colaborador

DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (**)	• Dificultad manejo paciente • Crisis sugerente de patología orgánica (*) • Primer episodio • Entorno no colaborador • Cuadro que no remite tras consejo médico telefónico
VISITA DOMICILIARIA	• Pacientes que requieren valoración médica y no es posible derivación
EMERGENCIA Cuadro psicótico con:	• Alteración del nivel de conciencia • Dificultad respiratoria • Gran cortejo vegetativo • Convulsiones • Conducta hetero o autoagresiva

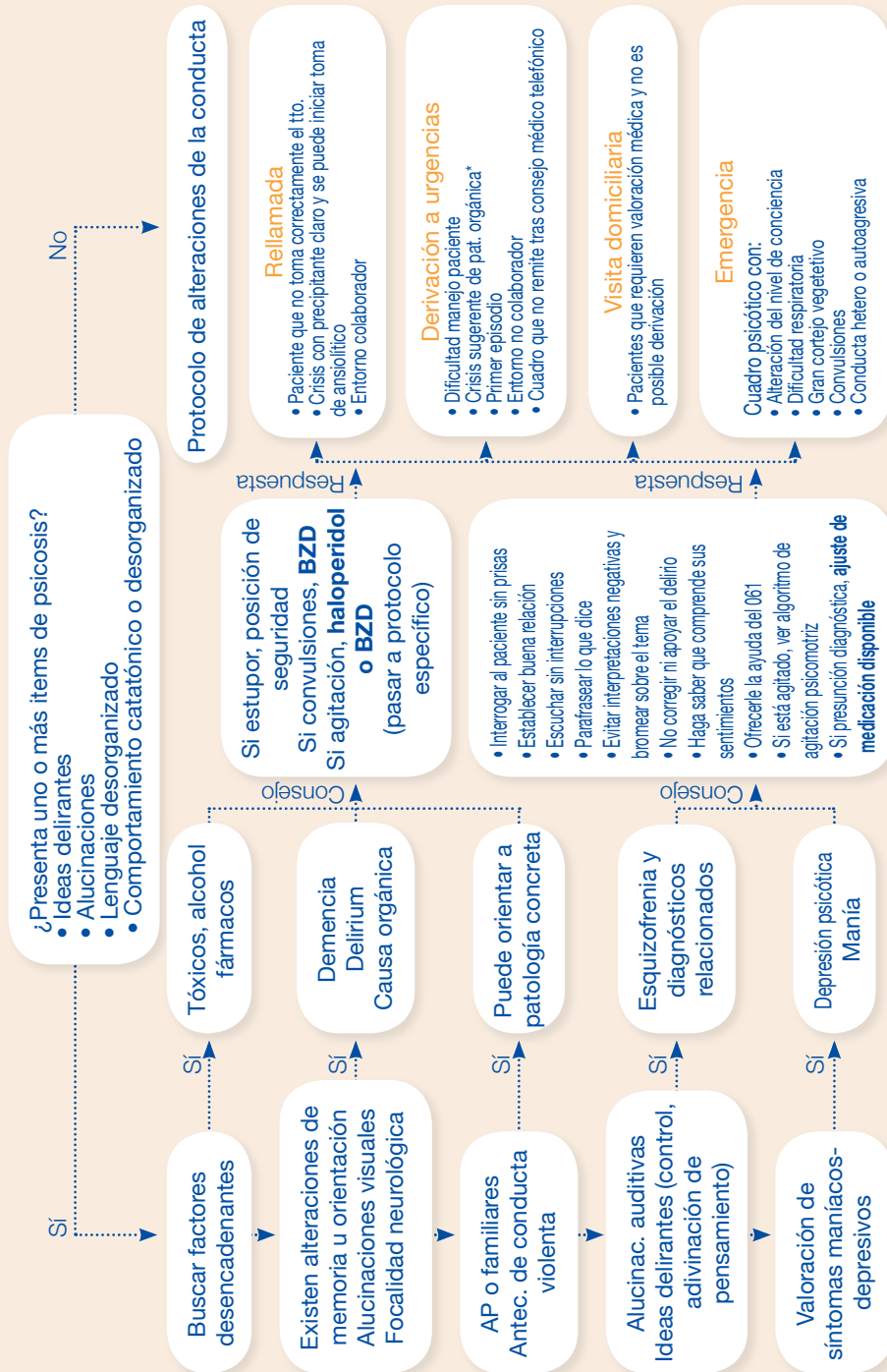
(*) Se consideran crisis sugerentes de patología orgánica:

- Mayor de 40 años.
- Ausencia de acontecimientos significativos que preceden o exacerban los síntomas.
- Respuesta escasa a tratamientos previos.

(**) Se derivará en ambulancia a los pacientes que necesiten acudir a un centro de urgencias y no puedan ir por sus medios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Galindo Ortiz de Landázuri, J. et al.; Agitación e insomnio en pacientes demenciados. En: Formación Médica Continuada. Ed. Doyma. Vol. 7, Número 7, Agosto-Septiembre, 2000; 473-482.
- López-Ibor Aliño, J. J.; Psicosis aguda, delirium y agitación psicomotriz. En: Carrasco Jiménez, M.^a S. et al.; Tratado de Emergencias Médicas. 1ª Edición. Ed. Arán. Madrid, 2000, 1737-1742.
- Barranza Díaz, E. y col.; Psicosis; Capítulo 48; En: Guzmán Delgado, C. C. y col.; Manual de Urgencias Médico Quirúrgicas; McGraw-Hill Interamericana; México; 1998: 385-390.
- Sarro Martín, B. y col.; Agitación Psicomotriz; Capítulo 14 B; En: Pere Antoni Soler y Josep Gascon; Recomendaciones Terapéuticas en Trastornos Mentales; Editorial Masson; 2ª Edición; Barcelona; 1999: 273-279.



* Mayor de 40 años, ausencia de acontecimientos significativos que precedan o exacerban los síntomas, respuesta escasa a tratamientos previos

Psiquiatría

Depresión

M. C. García Mahía, A. M. Seijas Torre, R. Gómez Vázquez

1. INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos psíquicos más comunes en la consulta de urgencias. Aproximadamente el 20% de la población general sufre un episodio depresivo en algún momento de su vida; sin embargo, muchas veces no se detecta y se trata incorrectamente.

El suicidio constituye un serio peligro en los pacientes con depresión; por ello siempre deberá realizarse evaluación relativa al suicidio en este tipo de pacientes.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

Debe dejarse un primer momento de entrevista abierta, en que el paciente pueda explicar sin que confrontemos ideas y opiniones.

A continuación se le debe dar a la entrevista un cariz médico, preguntando por antecedentes médicos para introducirse poco a poco en los antecedentes psiquiátricos.

Posteriormente se orientará la entrevista a una recogida de síntomas de menos a más específicos.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. Síntomas depresivos • Tristeza, tendencia al llanto • Insomnio, disminución del apetito • Dificultad de concentración, etc.	• Orienta a trastornos depresivos
2. ¿Está agitado?	• Si está agitado, pasar a protocolo de agitación.
3. ¿Presenta ideación suicida?	• Si lo presenta, pasar al protocolo de riesgo de autolisis.
4. ¿Presenta síntomas psicóticos?	• Si los presenta, pasar a protocolo de psicosis.
5. Búsqueda de factores desencadenantes • Tóxicos, fármacos • Patología orgánica • Problemas psicosociales	• Puede orientar hacia la etiología y tratamiento del problema concomitante (además del tratamiento de depresión).
Si no se encuentran síntomas desencadenantes	• Protocolo de trastorno depresivo

3. RECOMENDACIONES

Se interrogará al paciente sin prisas y estableciendo buena relación.

Se escuchará al paciente sin interrupciones.

Se le informará sobre su enfermedad que es depresión, cuyos síntomas son...

Se le hará saber que comprendemos sus sentimientos.

Se le indicará que procure estímulos positivos y ofrecerle nuestra colaboración.

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
RELLAMADA	• Paciente que no toma correctamente el tratamiento • Entorno colaborador
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (*)	• Dificultad manejo paciente • No toma el tratamiento • Falta de apoyo social • Entorno no colaborador • Si sintomatología intensa: inhibición, rechazo a los cuidados
VISITA DOMICILIARIA	• Pacientes que requieren valoración médica y no es posible la derivación
DERIVACIÓN A AP	• Cuadro que no remite tras consejo médico telefónico • Primer episodio

(*) Se derivará en ambulancia a los pacientes que necesiten acudir a un centro de urgencias y no puedan ir por sus medios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Barreira P. J.; Depresión. En S. E. Imán y G. E. Tesar. Manual de Urgencias Psiquiátricas 3ª edición. Ed. Masson 1996. Pág. 133-145.
- Kaplan H. I. y Sadock B. J. Depresión. En Manual de Psiquiatría de Urgencias. 1ª edición. Ed. Panamericana.1996. Pág. 198-202
- Civeira M., Pérez A., Corbera M. Urgencias en Trastornos del Estado de Ánimo. En Urgencias en Psiquiatría. Ed. Grafimac. 1ª edición. 2003. Pág 59-66.

Psiquiatría

Ideación suicida

E. Castro Balado, T. Angosto Saura

1. INTRODUCCIÓN

En toda consulta en la que encontremos factores de riesgo para la conducta suicida debemos preguntar al paciente si en algún momento ha pensado en acabar con su vida, sin miedo a ser inductores de ningún tipo de conducta e intentando que verbalice su idea suicida.

A partir de ese momento debemos lograr empatizar lo suficiente con el paciente para lograr explorar su grado de intencionalidad y que acepte nuestro ofrecimiento de ayuda a través de una entrevista clínica abierta que le permita la expresión de sus sentimientos.

Como la comunicación se establece a través de un teléfono, debemos asegurar la posibilidad de acceso del equipo asistencial si fuera necesario.

Son factores de riesgo para la conducta suicida:

- Sexo masculino.
- Edad mayor de 45 años.
- Historia de abuso de alcohol y drogas.
- En paro o jubilado, aislamiento social, inmigración, falta de expectativas, pérdida de categoría profesional.
- Soltero/a, viudo/a o divorciado/a, mujeres sin hijos (situaciones de soledad), pérdida o separación reciente.

- Enfermedad física o psíquica grave, diagnóstico reciente, descompensación psicótica actual con alucinaciones auditivas, ideas delirantes de perjuicio, persecución o ruina.
- Historia de abuso físico o psíquico tanto actual como pasado.
- Intentos de autolisis graves previos.

2. ACTITUD A SEGUIR

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Cuál cree que es la causa de esta situación? ¿Se encuentra en situación de crisis y/o al límite? ¿Se siente sólo?	• Las pérdidas recientes, la desesperanza, la soledad, el desempleo sin expectativas de resolución... como hemos visto son factores de riesgo importantes para la conducta suicida
2. ¿Cuál es su situación laboral actual?	• Es tan importante la situación de desempleo reciente sin expectativas o de larga duración como la disminución de categoría profesional o el acoso laboral (mobbing) con gran implicación emocional
3. ¿Ahora está acompañado?	• Aumenta el riesgo si el paciente se encuentra aislado sin posibilidades de ayuda de manera rápida, porque indica un mayor grado de intencionalidad
4. ¿Ha consumido alcohol y/o drogas?	• Al disminuir el autocontrol aumenta el riesgo de suicidio
5. ¿Tiene alguna enfermedad que le preocupe actualmente? ¿Se la han diagnosticado recientemente? ¿Toma algún tratamiento? ¿Sufre dolor intenso que le incapacita para sus actividades diarias?	• La patología orgánica o psíquica grave es un importante factor de riesgo, así como el diagnóstico reciente de enfermedad grave o invalidante

6. ¿Qué piensa hacer en un futuro próximo?	• Valorar la existencia de planes y expectativas que puedan indicar por un lado bajo riesgo de suicidio y, por otro lado, nos permite tener argumentos de disuasión
7. ¿Ha pensado en morir en algún momento de su vida?	• Si el paciente lo niega pero detectamos factores de riesgo de suicidio o poca convicción en la respuesta, debemos continuar con la entrevista, intentando que a lo largo de ella verbalice las posibles ideas de suicidio
8. ¿Ha pensado cómo llevarlo a cabo?	• Mayor riesgo en pacientes con ideas persistentes, que ha pensado un mecanismo de alta letalidad (ahorcamiento, precipitación...)
9. ¿Usa, colecciona o guarda en casa algún tipo de arma? ¿Tiene acceso a venenos, tranquilizantes, antidepresivos, drogas...?	• A mayor facilidad de acceso, mayor es el peligro
10. ¿Ha escuchado voces que otras personas no pueden oír? ¿Le piden su vida?	• Preguntar en caso de sospecha de descompensación psicótica o cuadro delirante
11. ¿Alguna vez intentó suicidarse? ¿Hay antecedentes en su familia o entorno de conducta suicida?	• Interrogar sobre número de intentos, métodos empleados y consecuencias. Aumenta el riesgo en intentos graves propios o del entorno próximo

3. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
DERIVACIÓN AL CENTRO DE URGENCIAS DE AP (**)	• Paciente con riesgo leve
VISITA DOMICILIARIA	• Pacientes con riesgo leve que no aceptan derivación

EMERGENCIA

(médico AP+ ambulancia 061+ fuerzas de seguridad)

- Paciente con riesgo moderado-grave (*)
- Intento autolítico consumado

(*) Riesgo moderado-grave:

- Patología orgánica y/o psiquiátrica grave.
- Consumo de alcohol y/o drogas.
- Manifestación explícita de desesperanza, percepción de no poder ser ayudado ni poder luchar contra los problemas.
- Ideas recurrentes de suicidio, planificación exhaustiva con acceso al mecanismo de lesión de alta mortalidad y sin posibilidad de rescate.
- Conductas autolíticas graves recientes.

(*) Valorar sobre todo la triada:

- Manifestación explícita de desesperanza.
- Percepción de no poder ser ayudado.
- Incapacidad percibida para luchar contra los problemas.

(**) Se derivará en ambulancia a los pacientes que necesitan acudir a un centro de urgencias y no puedan acudir por sus medios SIEMPRE CON LA SEGURIDAD DE QUE IRÁN ACOMPAÑADOS.

4. RECOMENDACIONES

a. Alertante diferente al paciente:

- No abandonar en ningún momento al paciente.
- La persona que acompañe al paciente debe tener su confianza, estar tranquila y no recriminar ni intentar convencerlo. En caso de agitación o conductas histriónicas debe permanecer tranquilo y mantener al paciente en un ambiente controlado.
- Retirar fármacos, alcohol, drogas, armas... de los sitios donde el paciente tenga fácil acceso.
- Si se va a trasladar al paciente en coche dar un número de teléfono móvil a la Central de Coordinación del 061 y mantenerlo disponible.

- Indicar que vuelvan a llamar al 061 ante cualquier eventualidad durante el traslado o hasta la llegada del equipo asistencial.

b. Alertante el propio paciente

- El médico coordinador del 061 debe tener claro que si el alertante es el propio paciente se trata de una demanda de ayuda.
- Debe intentar empatizar con el paciente y que perciba su intención de ayuda, permanecer tranquilo y con actitud no crítica, permitiendo que el paciente hable libremente, verbalice la idea suicida y exprese sus sentimientos, procurando interrumpir sólo en aquellas ocasiones donde se deba dirigir la entrevista al aparecer algún indicio que deba ser explorado (por ejemplo ideas de ruina).
- No utilizar argumentos tales como “no hay motivos que justifiquen su conducta”, sino que debemos intentar transmitir esperanza y mensajes positivos (“lo que le pasa es una enfermedad y tiene cura”, “para solucionar un problema transitorio busca una solución eterna”...).
- Intentar que el paciente aporte el número de teléfono de alguien cercano que pueda acompañar al paciente.
- Averiguar el número de teléfono fijo si llama desde teléfono móvil.
- En casos de alto riesgo y paciente sólo, mantener el contacto telefónico continuo hasta la llegada de asistencia.
- Tratar de conseguir identificar el nombre del psiquiatra u hospital de referencia donde haya estado ingresado como posible medio de localización o para conocer los antecedentes personales.

c. Recomendaciones de actuación para el médico asistencial

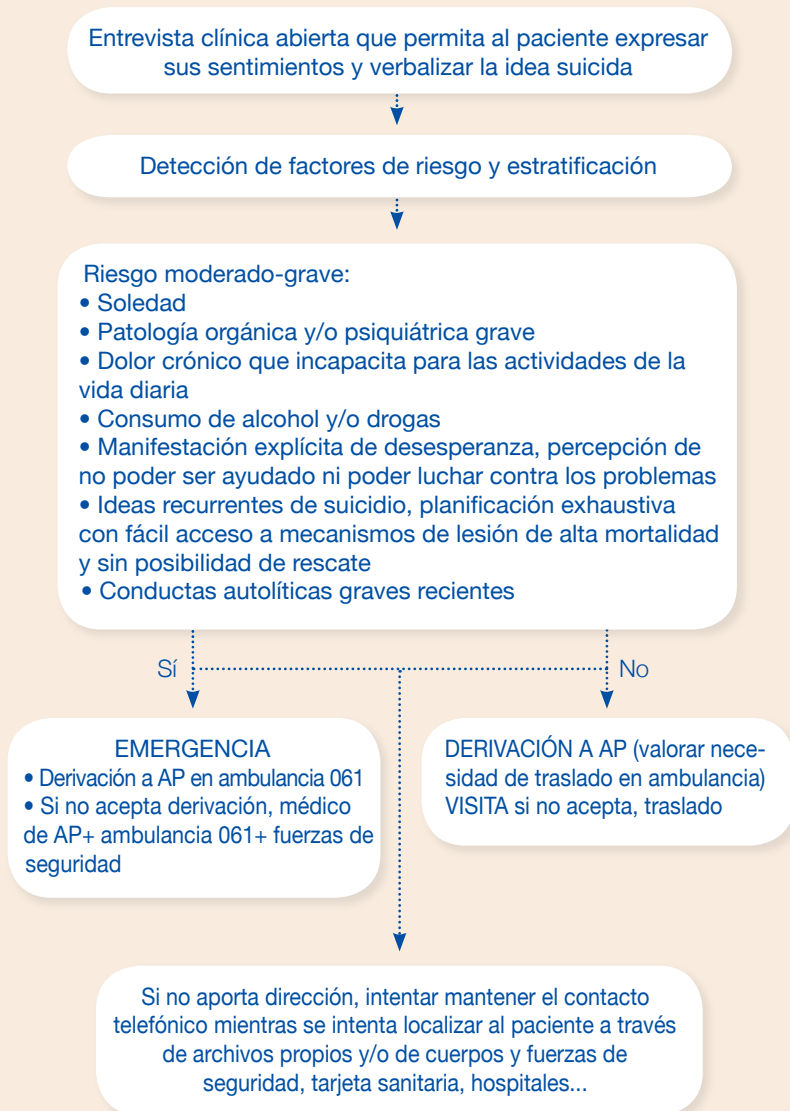
En situaciones de ideas de suicidio no sistematizadas ni recurrentes con componente manipulativo claro, sin factores de riesgo y buen soporte social y familiar se puede valorar por el médico asistencial la asistencia in situ y la derivación a la USM a través de los circuitos establecidos.

Criterios de derivación urgente al psiquiatra:

- Tentativa de suicidio seria.
- Alta letalidad del plan suicida.
- Conductas autolíticas graves recientes.
- Trastorno psicótico.
- Depresión severa.
- Incremento en la seriedad del pensamiento suicida.
- Circunstancias socio-familiares de alto riesgo: soledad...

5. BIBLIOGRAFÍA

- Jonathan Wasserberger, M. D. y col.; Manejo del Paciente violento, Capítulo 115; En: Markovchick Vicent, J.; Secretos de la Medicina de Urgencias; McGraw-Hill Interamericana, editores SA; México; 2000: 562-564.
- Kenneth Tardiff, M. D.; Violencia; Capítulo 37; En: Robert E Hales y col.; Tratado de Psiquiatría; Editorial Masson; 3ª Edición; Barcelona; 2000: 1401-1420.
- Pérez Moreno; R. y col.; El paciente agresivo; En: Moya Mir, M. S.; Guía de Actuación en Urgencias; Editorial McGraw-Hill-Interamericana, 1ª Edición; Madrid; 1999: 308-310.
- Hyman S. E; El paciente violento; Capítulo 5; En: Manual de Emergencias Psiquiátricas; Edit. SALVAT; 2ª Edición; Barcelona;1990: 27-35.



Psiquiatría Ansiedad

R. Gómez Vázquez, A. González García, A. González Blanco

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad constituyen el grupo más frecuente de trastornos psiquiátricos. La ansiedad es un estado caracterizado por un sentimiento de miedo acompañado de signos somáticos que indican hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Padece de los nervios?	Si no padece, pasará al protocolo alteraciones de la conducta
2. ¿Presenta alguna enfermedad mental severa?	- Si es un trastorno psicótico, pasará al protocolo correspondiente - Si es otra patología, pasará al protocolo de alteraciones de la conducta
3. ¿Ha ingerido alcohol, drogas o fármacos?	Orienta a factores desencadenantes
4. Preguntar por los antecedentes personales o por su situación social personal	Puede orientar a alguna patología específica. Si hasta el momento no hemos encontrado diagnóstico, valoraremos los trastornos de ansiedad

6. Sensación de agobio, ansiedad, vivencia de muerte, descarga vegetativa.	• Ansiedad paroxística episódica
7. Miedo desproporcionado a algo concreto	• Fobias
8. Sentimiento de duelo, ansiedad generalizada	• Otros trastornos de ansiedad

3. RECOMENDACIONES

3.1. En general

- Si el paciente está estuporoso, se colocará en posición lateral de seguridad.
- Si tiene convulsiones, se indicará la administración de benzodiacepinas iv (indicación a un médico).
- Si está agitado se indicará haloperidol o benzodiacepinas vo (si las tiene en casa y las ha tomado en otras ocasiones) o por otras vías en caso de médico asistiendo al paciente.

3.2. Tratamiento específico

- Se facilitará la relajación y se conseguirá un ambiente tranquilo.
- Se informará al paciente de que sufre una crisis de ansiedad.
- Si hiperventila, se le indicará la inspiración de aire espirado.
- Si se trata de un sentimiento de duelo, verbalización y escucha.
- Se le puede indicar un ansiolítico de vida media corta (el que tenga en domicilio y haya tomado en otras ocasiones). En general alprazolam o loracepam por vía sublingual.

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
RELLAMADA	• Crisis en pacientes que ya están con tratamiento, pudiendo hacer pequeñas modificaciones en éste • Crisis con precipitante claro y que se pueda indicar toma de ansiolítico • Entorno colaborador
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (**)	• Dificultad manejo paciente • Crisis sugerente de patología orgánica (*) • Primer episodio • Entorno no colaborador • Ansiedad que no remite tras consejo médico telefónico
VISITA DOMICILIARIA	• Pacientes que requieren valoración médica y no es posible derivación
EMERGENCIA Cuadro psicótico con:	Crisis de ansiedad con: • Pérdida de conocimiento • Dificultad respiratoria • Gran cortejo vegetativo • Convulsiones

(*) Se consideran crisis sugerentes de patología orgánica:

-Mayor de 40 años.

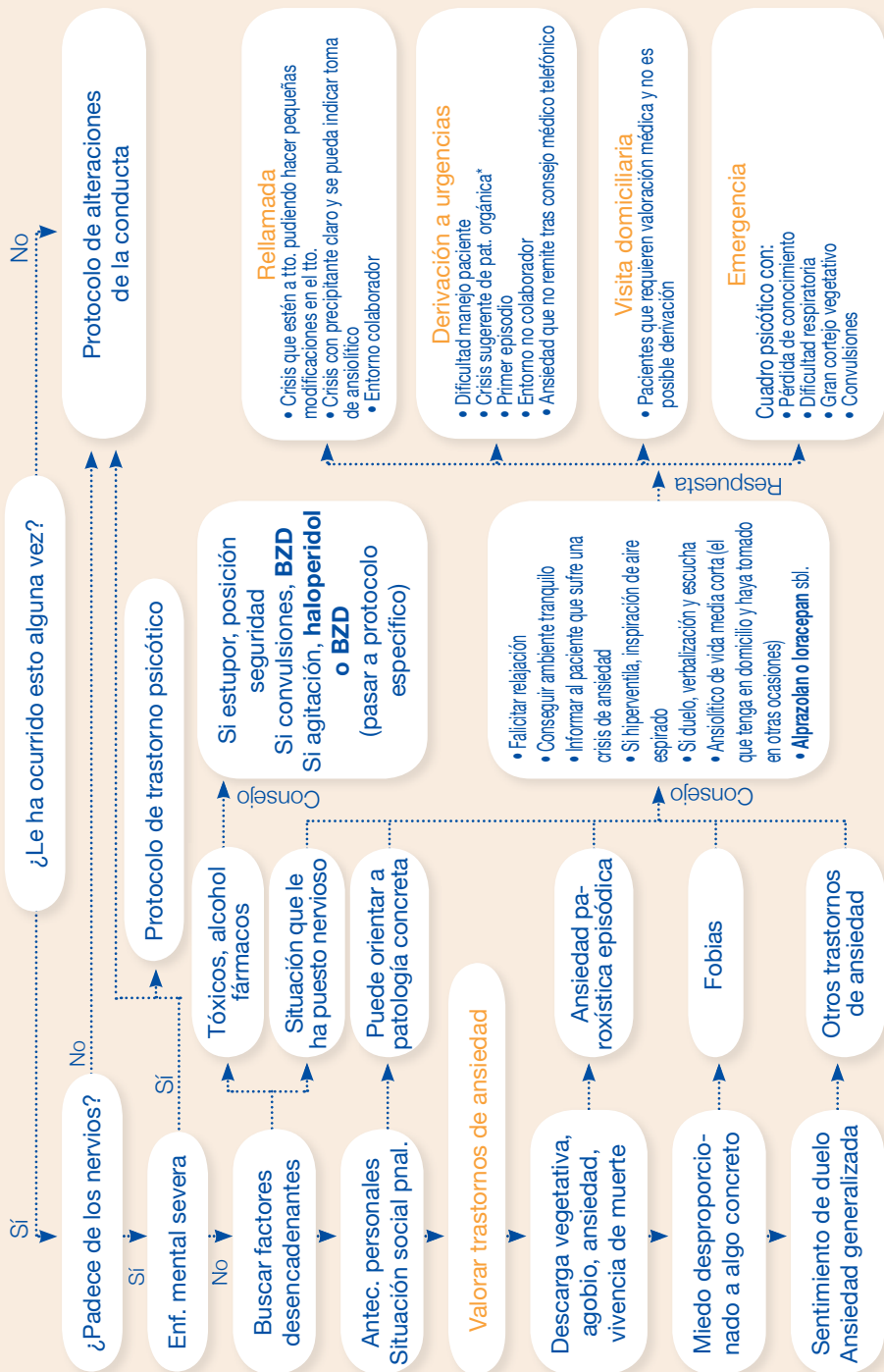
-Ausencia de acontecimientos significativos que preceden o exacerban los síntomas.

-Respuesta escasa a tratamientos previos.

(**) Se derivará en ambulancia a los pacientes que necesiten acudir a un centro de urgencias y no puedan ir por sus medios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Eric Legome; Agitación y Psicosis; Capítulo 1; En: Davis, Mark A. y col.; Signos y síntomas en Medicina de Urgencias; Harcourt SA; Barcelona; 1999: 1-10.
- Pérez Blanco, J.; Pérez Solá, V.; Ansiedad. Crisis de ansiedad. En: Lloret, J. et al.; Protocolos terapéuticos de Urgencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 3º edición. Ed. Springer-Verlag Ibérica. 1997. Pag. 926-930.
- Trastornos de ansiedad. En Kaplan-Sadock, Psiquiatría clínica. Waverly Hispánica S. A.; 3 Ed.2003: 160-175



* Mayor de 40 años, ausencia de acontecimientos significativos que preceden o exacerban los síntomas, respuesta escasa a ansiolíticos previos

Otros⁹

R. Gómez Vázquez, A. M. Gómez Iglesias

1. INTRODUCCIÓN

Se define la fiebre como la elevación de la temperatura axilar mayor de 37,2 ° C. Si la determinación es rectal o bucal, se considera 0,5° C más.

La fiebre es un signo inespecífico de etiología múltiple. Desde nuestro punto de vista es secundario llegar a un diagnóstico de certeza, en cambio es importante descartar aquellas que pueden tener un mal pronóstico a corto plazo y comprometer la vida del paciente (sepsis, meningitis...), aunque lo más frecuente es que la fiebre se deba a enfermedades comunes (con presentación atípica a veces). No obstante, hay una gran alarma social ante la fiebre, existiendo la creencia de que puede ocasionar lesiones graves, a pesar de ser ésta un elemento defensivo ante la infección.

Los pacientes con insuficiencia renal, hipotiroideos, ancianos y aquellos tratados con inmunosupresores o corticoides suelen cursar con fiebre menos elevada. En estos debe prestarse más atención a pequeñas variaciones de temperatura o a la presencia de otros signos o síntomas, aun en ausencia de fiebre.

El interrogatorio debe ser minucioso, dejando constancia grabada de los aspectos más destacables del mismo. Éste irá dirigido a los síntomas asociados, de forma que permita aproximarnos al pronóstico del conjunto sindrómico. Se mantendrá una actitud que contemple la mayoría de los posibles diagnósticos, orientado posteriormente a destacar los síntomas que refiere el paciente sobre un aparato determinado.

También se valorará la posibilidad de complicar enfermedades crónicas potencialmente graves como pueden ser la diabetes o la insuficiencia cardíaca.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

En este interrogatorio no contemplamos la fiebre de origen desconocido (3 semanas de evolución, temperaturas mayores de 38° C en varias ocasiones y que no se ha llegado al diagnóstico tras una semana de estudio).

En ancianos, niños, insuficiencia renal, hepática crónica o tratamiento con corticoides, la hipotermia puede ser un signo de infección grave.

En niños pequeños y ancianos se preguntará por el estado general, alteraciones del comportamiento (letargia, irritabilidad, llanto inconsolable) o del apetito. En niños, se valorará si mueve el cuello (toca el pecho con la barbilla).

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA
1. ¿Cuánta fiebre tiene?	No indica nada específico
2. ¿Desde cuándo tiene fiebre?	Cuanto mayor es el tiempo de la fiebre, menor es la probabilidad de origen infeccioso
3. ¿Rigidez de nuca, vómitos, manchas en la piel (petequias)?	Meningitis
4. ¿Sensación de distermia (sensación de frío) o escalofríos (tiritona)?	La tiritona orienta a infección bacteriana y la distermia a víricas
5. ¿Congestión nasal, rinorrea, cefalea frontal...?	Sinusitis, infección de vías aéreas superiores
6. ¿Tos, expectoración, disnea (fatiga), dolor costal...?	Infección de vías aéreas inferiores
7. ¿Dolor faríngeo, odinofagia...?	Faringoamigdalitis, absceso
8. ¿Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, consumos alimentarios, viajes...?	Gastroenteritis aguda
9. ¿Disuria, polaquiuria, tenesmo, dolor hipogastrio...?	Infección de vías urinarias

10. ¿Exantemas, pápulas (manchas en la piel)?	• Enfermedades víricas
11. ¿Respuesta clínica a tratamientos utilizados?	• Peor pronóstico si no responde a medidas antitérmicas
12. ¿Antecedentes personales? Alergias, intervenciones quirúrgicas. Descartar inmunosupresión: VIH, oncológicos en tratamiento con quimioterapia o radioterapia, etc.	• Pueden apoyar un síndrome
13. ¿Uso de fármacos (isoniacida, fenitoína, alfametildopa, neurolépticos...), drogas o vacunas (DTP, sarampión...)?	• Suele comenzar de 1-10 días después. Sarampión 5-10 días

3. RECOMENDACIONES

3.1. Medidas generales:

- a.** Se tranquilizará al paciente y familiares.
- b.** Se evitarán comentarios sobre las convulsiones febriles, siempre y cuando no lo comente la familia, ya que suele generar más angustia que beneficio.
- c.** Se mantendrá una temperatura ambiente más bien fresca, desarropar al paciente, éste vestirá ropa ligera y no ajustada que permita la transpiración. Si tiene escalofríos, se le arropará con una manta ligera.
- d.** Dieta ligera e hidratación abundante (aumenta la evaporación).

3.2. Medidas específicas:

a. Antitérmicos:

- Paracetamol. Será el antitérmico de elección, ya que no posee efecto antiinflamatorio, evitándose el enmascaramiento del cuadro sindrómico.
Dosis: en adultos 0,5-1 g/4-6 horas, hasta un máximo de 4 g/día.
En niños la dosis será de 10-15 mg/kg repetibles a intervalos de 4-6 horas, hasta un máximo de 60 mg/kg/d sin exceder de 4 g/día.

- Ácido acetilsalicílico. 500 mg cada 4-6 horas. Se evitará en trastornos de la coagulación, síndrome de Reye y en niños con varicela y enfermedades del tipo de la influenza. En niños la dosis será de 10-15 mg/kg/dosis cada 4-6 horas, hasta un máximo de 4 g/día.
- Ibuprofeno a dosis de 1,2-2,4 g/día repartidos en 4-6 dosis, con alimentos; hasta un máximo de 2,4 g/día. En niños la dosis será de 5-10mg/kg/dosis cada 6-8 horas, hasta un máximo de 2,4/día.
- Metamizol magnésico a dosis de 500 mg/6-8 h. En niños la dosis será de 10-40 mg/kg/6-8 h. También puede prescribirse:
 - En niños de 1-3 años: $\frac{1}{2}$ supositorio infantil cada 8 horas.
 - En niños de 3-11 años: 1 supositorio infantil cada 6-8 horas.
 - En niños mayores de 12 años y adultos: 1 supositorio de adulto cada 8-12 horas o una cápsula cada 6-8 horas o $\frac{1}{2}$ ampolla cada 8-12 horas.

b. Medidas físicas. Se recurrirá a ellas cuando no descienda por los medios antes indicados:

- Colocación de paños húmedos y tibios en frente, axilas e ingle.
- Introducción del paciente en un baño de agua a 25-27° C de 10 a 20 minutos o hasta que descienda la temperatura rectal a 38,5° C.

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
RELLAMADA	• Persistencia o empeoramiento de los síntomas • Aparición de nuevos síntomas • Intranquilidad de la familia o paciente

DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS	• Fiebre muy alta que no remite tras medidas indicadas • Niño menor de 3 meses con fiebre • Niño con fiebre que esté irritable o con mal estado general (*) • Aparición de erupciones en forma de sangrado cutáneo o equimosis • Paciente con mal aspecto y/o familia muy intranquila o ansiosa • Paciente VIH, inmunodeprimido u oncológico con quimioterapia o radioterapia
VISITA A DOMICILIO	• Son las mismas indicaciones que en la derivación a urgencias, pero con las premisas de la edad, es decir, adultos o ancianos en que la situación funcional o basal impide desplazar al paciente

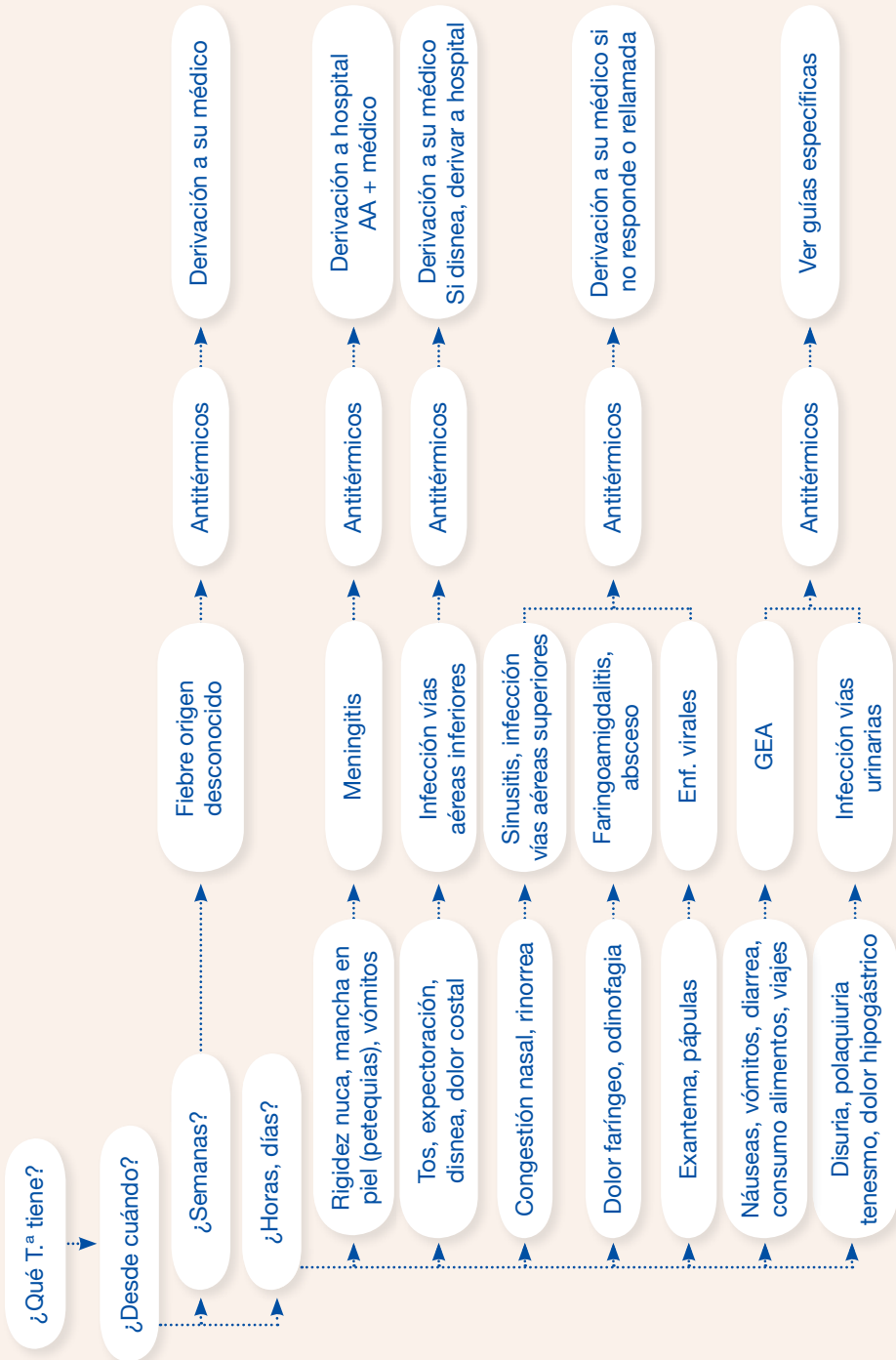
(*) Consideramos un lactante con mal estado general:

- Gemido débil, llanto agudo.
- Llanto continuo, no responde o llora a intervalos.
- Rostro ansioso, inexpresivo, sin llanto o alerta breve.
- Se duerme, no se despierta o le cuesta despertar.
- Piel pastosa, mucosas secas y/u ojos hundidos.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Coto López A. Síndrome febril. En: Medina Asensio J. Manual de Urgencias Médicas. 2ª Edición. Madrid. Díaz de Santos, SA. 1996; 87-92.
- López-Contreras J. et al. Síndrome febril. En: Lloret J. et al. Protocolos terapéuticos de Urgencias. 3ª Edición. Barcelona. Springer-Verlag Ibérica. 1997; 100-109.
- Berkowitz C. D. Fiebre. En Tintinalli. Medicina de Urgencias. 3ª Edición. México DF. Interamericana. McGraw-Hill. 1993; 191-194.
- Arévalo Serrano J. et al. Síndrome febril. Transtornos de la regulación de la temperatura. En: Carnevali Ruiz D. et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 5ª Edición. Madrid. 1994; 67-78.

- Scheifele D. Fiebre. En: Gregory A. Baldwin. Manual de Urgencias Pediátricas. Ed. Salvat Editores, SA. Barcelona. 1991; 313-315.
- Fiebre. Brown J. L. En Jeffrey L. Brown. Pediatría por teléfono. 2ª Ed. Barcelona. Prous Science. 1995, 55-61.
- Galbe J. et al. Señales de alarma ante un niño con fiebre. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Vol. 3 Nº 3 Marzo 1996; 174-179.
- Offringa M. Moyer V. A. Evidence based paediatrics: Evidence based management of seizures associated with fever. BMJ 2001; 323: 1111-1114.
- Robert J. et al. El síndrome febril sin foco: Un reto diagnóstico en Urgencias. En Revista Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Vol. 10 Extraordinario Nº1. Madrid, Saned. Junio 1998; 209-210.



O. Dosil Díaz, S. Cinza Sanjurjo, P. Sánchez Lloria

1. INTRODUCCIÓN

La otalgia se define como dolor ótico, aunque sería más correcto reservar la expresión otodinia para el dolor de origen estrictamente otológico y emplear otalgia cuando se desee dar un sentido más amplio que incluya el dolor reflejo o de causa extraótica. El dolor de origen ótico se debe a alteraciones patológicas de este órgano, mientras que la otalgia referida o refleja puede ser consecuencia de una gran variedad de procesos. La asociación de dolor con otro síntoma ótico indica habitualmente una causa otológica.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

El interrogatorio irá dirigido a reconocer signos o síntomas de gravedad en el paciente, valorando el estado general y los síntomas locales acompañantes.

Los pacientes que consultan por otalgia con mayor frecuencia son los niños y la causa más frecuente de dicha otalgia es la otitis media aguda.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Desde cuándo? ¿Forma de inicio? • Agudo • Crónico	• Otitis aguda, petrositis, otalgia por irradiación de afectaciones dentales • Otalgia por lesión de articulación temporomandibular, tumores de cabeza y cuello, colesteatoma, aneurismas arteriales, síndrome de Ménière, herpes zoster
2. ¿Unilateral o bilateral? • Unilateral (ocasionalmente pueden presentarse como bilaterales) • Bilaterales	• Procesos infecciosos (otitis, petrositis, mastoiditis, flemón dental), síndrome de Ménière, neurinoma del acústico, tumores de cabeza y cuello, colesteatoma, herpes zoster, traumatismo acústicos • Traumatismo acústico, lesiones de la articulación temporomandibular
3. Cómo es el dolor: • Sordo, penetrante • Pulsátil • Punzante, intermitente	• Otitis media incipiente, petrositis • Otitis media aguda, forúnculo del oído • Otalgia por irradiación en las afecciones dentarias, de la articulación temporomandibular, de la parótida, en tumores del suelo de la boca, de las amígdalas, de la hipofaringe y de la laringe

4. ¿Antecedentes personales? • Cuadro catarral previo • Otitis media aguda • Traumatismo bucal o maxilar previo • Exposición a ruidos intensos • Episodios previos de herpes zoster • Pérdida de audición de semanas o meses	• Otitis media aguda • Petrositis o mastoiditis • Lesión de la articulación temporomandibular o patología dental • Traumatismo acústico • Neuralgia postherpética o nuevo episodio de herpes zoster • Neurinoma de acústico, patología del oído interno, tumores de cabeza y cuello, patología tubárica
5. ¿Síntomas locales? • ¿Supuración (otorrea/otorragia)? • ¿Acúfenos? • ¿Hipoacusia? • ¿Ampollas en el conducto? • ¿Dolor a la presión sobre trago, mastoides?	• Otitis externa, colesteatoma, otitis media perforada, mastoiditis • Cierre tubárico, otitis media aguda, síndrome de Ménière, hipertensión, aneurisma, tumor glómico • Otitis media, estenosis tubárica aguda, mastoiditis, lesiones del oído interno y del nervio auditivo, síndrome de Ménière, neurinoma del acústico, trauma sonoro • Herpes zoster ótico • Otitis externa, otitis media aguda, mastoiditis
6. ¿Síntomas generales acompañantes? • Fiebre • Vértigo • Dolor de otra localización (cefalea, odontalgia) • Focalidad neurológica	• Otitis media aguda, mastoiditis • Síndrome de Ménière o neurinoma del acústico • Procesos dentales, lesiones de la articulación temporomandibular • Neurinoma del acústico, tumores de cabeza y cuello
7. ¿Uso de algún fármaco?	• Analgésicos, antibióticos

3. RECOMENDACIONES

- Si la otalgia es el único síntoma del paciente, se le dará tratamiento analgésico oral.
- Evitar instilación de gotas otológicas.
- Evitar mojar los oídos.
- Si se acompaña de otros síntomas, valoración y recomendaciones adecuadas a cada uno de ellos.
- Vigilancia de aparición de síntomas locales o generales acompañantes.

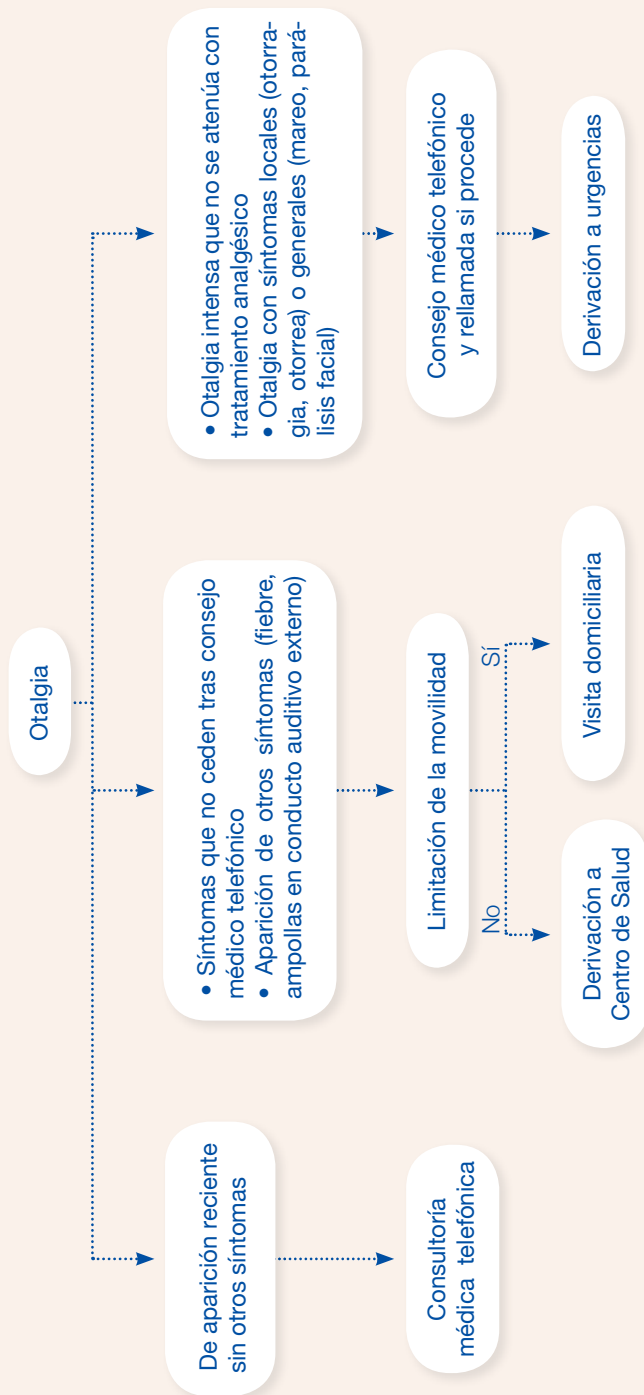
4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
CONSULTA	• Paciente con otalgia de reciente aparición como único síntoma
RELLAMADA	• Paciente con otalgia como único síntoma que no cede o se atenúa tras tratamiento analgésico o si aparecen otros síntomas acompañantes
VISITA DOMICILIARIA	• Paciente con otalgia acompañada de otros síntomas de alarma como fiebre alta, ampollas en el conducto auditivo externo, parálisis facial y que alguna circunstancia impide su movilización
DERIVACIÓN A SERVICIO DE URGENCIAS (*)	• Paciente con otalgia intensa que no se atenúa con tratamiento analgésico • Paciente con otalgia más síntomas locales (otorrea, otorragia...) o síntomas generales (mareo, parálisis facial...)

(*) Se valorará, según el estado y la sospecha diagnóstica, la valoración por un recurso medicalizado.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Becker, W.; Naumann, H. H.; Ptfaltz, C. R. Otorrinolaringología. Manual Ilustrado. 2ª edición. Ed. Doyma. Barcelona. 1992.
- Beers, M. H.; Berkow, R.; El Manual Merk de diagnóstico y tratamiento. 10ª edición. Ed. Harcourt. Madrid. 1999; 669-670.
- Cinza Sanjurjo, S.; Nieto Pol, E.; Anca Coya, A. Manejo del dolor neuropático en Atención Primaria. Ed. Semergen Galicia. Santiago de Compostela. 2007.
- DeWeese, D. D.; Saunders, W. H. Tratado de Otorrinolaringología. 6ª edición. Ed. Interamericana. México 1986; 265,266, 331.
- Abelló, P.; Traserra, J.; Otorrinolaringología. Ediciones Doyma. Barcelona, 1992. 121.



Otros Lesiones oftalmológicas

M. González Cao, A. Regueira Pan, M. Abrales López Veiga

1. INTRODUCCIÓN

La patología ocular no entraña en ninguna ocasión peligro vital. Sí puede peligrar el pronóstico visual del paciente.

Existen una serie de prioridades en Oftalmología. Así, lesiones que deben recibir tratamiento de inmediato son las causticaciones oculares y las oclusiones arteriales retinianas.

Tratamiento urgente (en horas) lo constituirían el glaucoma agudo, celulitis orbitaria, desprendimiento de retina, endoftalmitis, heridas perforantes, úlceras corneales, iridociclitis agudas, cuerpos extraños corneales y heridas palpebrales.

El resto de la patología ocular sería subsidiario de tratamiento diferido (en el plazo de 24-48 horas).

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

Hay dos datos importantes en el interrogatorio:

- Descartar la pérdida visual.
- Distinción de patologías que pueden producir el denominado *ojo rojo*.

(ver cuadro final de diagnóstico diferencial en el apéndice)

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA
1. ¿Nota disminución de la visión? y ¿desde cuándo? • Brusca • Paulatina	• Disminuida en el glaucoma y en la iridociclitis • Oclusión arterial retiniana (pérdida brusca de visión e indolora) • Perforación ocular (hipotonía del globo ocular, alteración de la forma pupilar) • Hemorragia o vítrea (pérdida más o menos brusca, visión de puntos negros) • Oclusión venosa retiniana, uveitis posterior, hemorragia vítrea • Neuritis óptica (dolor retrobulbar al mover el ojo. Se descartará esclerosis múltiple) • Desprendimiento de retina (fotopsias o miodesopsias, pacientes con miopía)
2. ¿Tiene dolor ocular?	• Glaucoma (intenso, con fotofobia, vómitos, midriasis unilateral e incluso cortejo vegetativo) • Dacriocistitis aguda (inflamación del canto interno del ojo) • Orzuelo (bultoma e inflamación en saco conjuntival)
3. ¿Tiene el ojo rojo?	• Glaucoma, queratitis, epiescleritis, conjuntivitis
4. ¿Picor, lagrimeo?	• Conjuntivitis
5. ¿Sensación de arenilla?	• Queratitis, epiescleritis, glaucoma, iridociclitis y puede estar presente en las conjuntivitis. Es importante descartar traumatismo o posibilidad de cuerpo extraño intraocular: perforación/herida corneal

6. ¿Le molesta la luz? (fotofobia). ¿Ha sufrido algún golpe?, ¿Estuvo soldando, expuesto al sol?	Quemadura térmica, queratoconjuntivitis actínica, abrasiones oculares
7. ¿Se le ha metido algo en el ojo?	Cuerpos extraños intraoculares
8. ¿Cómo está la pupila?	- Midriática en el glaucoma - Miótica en la iridociclitis y epiescleritis - Normal en el resto de la patología
9. Síntomas asociados - Fiebre, artromialgias. náuseas, dolor abdominal, sangre en heces ¿Padece de TA, DM, enfermedades reumatológicas? ¿Tenía alguna enfermedad ocular? ¿Portador de lentes? ¿Intervenciones?	- Enfermedad inflamatoria intestinal - Retinopatía hipertensiva o diabética - Enfermedades del colágeno (artritis reumatoide, enfermedad de Sjogren, enfermedad de Behcet...) - Orienta a patología previa. Alteraciones de la refracción (miopía, hipermetropía...)

3. RECOMENDACIONES

- Ante el ojo rojo, se puede aconsejar la aplicación de gasas embebidas en agua de manzanilla o lágrimas artificiales a demanda. Se recomendará protección ante la luz ocular (gafas de sol oscuras) y derivación.
- Ante cuerpo extraño ocular, se tapará el ojo o, al menos, protección ante la luz (gafas de sol) y derivar a un Servicio de Urgencias.
- Si tiene contacto con cualquier sustancia, es prioritario para la preservación visual un lavado ocular abundante (irrigación con agua durante 20-30 minutos). Al contrario de lo que sucede en la piel, también se aconseja aunque se trate de sosa cáustica, debido a que el ojo es de por sí una cavidad húmeda, con secreción constante de película lagrimal (secreción incrementada ante cuerpo extraño intraocular).
- Ante pérdida visual, se aconsejará evitar esfuerzo y bajar la cabeza.

- Ante sospecha de orzuelo o chalazion, debe indicarse la aplicación de calor local (compresas calientes).

4. RESPUESTA

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
DERIVACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA	• Conjuntivitis • Patología palpebral • Ojo rojo sin otra patología asociada
DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS (*)	• Sospecha de cuerpo extraño intraocular • Ojo rojo con otros síntomas asociados • Cualquier pérdida de visión • Presencia de dolor ocular con asociación de cualquier otra sintomatología ocular o sistémica
VISITA DOMICILIARIA	• Pacientes con pluripatología, encamados y que precisen valoración urgente

(*) El transporte se realizará en ambulancia cuando cumple criterios de derivación a centro de urgencias y su estado basal o capacidad funcional lo impide o no es posible derivarlo por sus medios.

Apéndice: Tabla sobre el diagnóstico diferencial del ojo rojo

PATOLOGÍA	VISIÓN	SECRECIÓN	CLÍNICA
Conjuntivitis	Normal	Variable	Prurito <u>No fotofobia</u> Inyección conjuntival
Queratitis	Normal o ↓	Variable	Dolor ocular Fotofobia Inyección ciliar Pupila normal

Epiescleritis Escleritis	Normal	No	Dolor ocular Fotofobia Hiperemia mixta
Glaucoma	↓	No	Dolor ocular Fotofobia Náuseas y vómitos. Inyección mixta, mi- driasis, edema
Hemorragia subconjuntival	Normal	No	Asintomático

5. BIBLIOGRAFÍA

- Huste F., Del Campo Z., Amén M. En Decisiones en Oftalmología: Algoritmos básicos en Atención Primaria. Ed. DRUG FARMA SL. Madrid 2.000. Págs 2-40.
- Frederic Huste, Gris O., Amén Letrán M., Alemán Martínez R. Patología del Polo Anterior y Posterior. En Oftalmología Básica en Atención Primaria. Ed. DRUG FARMA SL. Madrid 1999. Págs 4-47.
- Burton Bentley. Urgencias oculares, Sección 17, capítulo 137. En Manual de Urgencias Tintinali. David M. Cline, O. John Ma. 4ª edición Mc Graw-Hill Interamericana. Marzo 99 (1ª impresión). Págs 861-869.
- Jiménez Parras. Afecciones de la Conjuntiva. Capítulo VIII. En Pregrado Oftalmología. F. Clement Casado Edic Luzans SA. de Edicons. Madrid 1989. Págs 101-111.
- Clement Fernández. Afecciones de la Córnea. Capítulo X. En Pregrado Oftalmología. F. Clement Casado Edic Luzans SA. de Edicons. Madrid 1989. Págs 125-138.
- E. Ordóñez, Jiménez Murillo, V. Palomar Alguacil. F. J. Montero Pérez. Urgencias oftalmológicas, Capít. 77. En Medicina de Urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. L. Jimenez Murillo, F. J. Montero Pérez. Edic. Harcourt SA. Barcelona 2.000 (1ª Ed. en 1999). Págs 629-639.



Otros Lesiones dermatológicas

V. Carpena Montero, R. Gómez Vázquez, T. Cartelle Pérez

1. INTRODUCCIÓN

Las lesiones cutáneas pueden ser consecuencia de un proceso local que solamente afecte a la piel o también la manifestación clínica de una enfermedad sistémica (a veces, el único síntoma).

Merecen una mención especial las reacciones medicamentosas por su elevada frecuencia, pudiendo adoptar muy diversas formas de presentación: exantemas, urticaria-angioedema, púrpuras, vesículas, dermatitis exfoliativa...

2. ACTITUD A SEGUIR

El diagnóstico de las lesiones dermatológicas se lleva a cabo fundamentalmente con la simple inspección. La consulta médica telefónica pretende fundamentalmente detectar procesos eventualmente peligrosos para la vida del paciente (anafilaxia, púrpuras...) y diferenciarlos de procesos banales, que podrían ser valorados en consulta ambulatoria. Para ello, debemos prestar especial atención a los síntomas asociados.

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Desde cuándo las nota? ¿Ya le había ocurrido en otras ocasiones?	Orienta hacia la existencia de una patología crónica subyacente y puede indicar gravedad

2. Localización y extensión de las lesiones:

- Generalizadas
- Localizadas

- Sugiere procesos de tipo sistémico (reacciones medicamentosas, infecciones, autoinmunidad...)
- Eccemas de contacto, picaduras, herpes...

3. Tipos de lesiones:

- Simplemente manchas, no resaltan sobre superficie cutánea (como pecas):
 - Difusas

- Confluyentes (como placas, más o menos delimitadas)

- Sobreelevadas (como granitos):
 - ¿Tienen líquido en su interior?

- ¿Sin líquido en su interior?

- ¿Ronchas (como si se ortigase)?

- Descamativas

- Úlceras cutáneas

- **Exantemas:** morbiliformes (máculas y pápulas, ej. virasis típicas de la infancia, fiebre tifoidea...) o escarlatiniformes (sólo máculas, ej. escarlatina)

- **Púrpuras y petequias:** palpables (vasculitis, meningococemia...) o no palpables (traumatismo, senil, hemofilias, PTI, PTT, CID, Cushing...). Tiñas, dermatitis de contacto, celulitis, erisipela, dermatitis atópica, quemaduras de 1^{er} grado, eritema nodoso, linfomas cutáneos...

- **Enfermedades vesículo-ampollosas:** pénfigos, varicela-zoster, herpes simple, porfirias... También algunas dermatitis de contacto, quemaduras de 2º grado, lesiones acneiformes (ej. Cushing)...

- **Enfermedades pápulo-nodulares:** LES, fibromas, verrugas, urticarias, sarcoidosis, nevus, picaduras...

- **Urticarias:** idiopáticas, fármacos, físicas, alérgenos... Pueden acompañarse de angioedema.

- Psoriasis, pitiriasis rosada, tiñas, dermatitis de contacto...

- Insuficiencia venosa periférica, HTA, DM, encamados, Behcet (también en mucosa oral y genital)...

4. Síntomas acompañantes: • Disnea, mareos, palpitaciones, angioedema • Prurito • Síndrome febril (suele ser una IVRS) • Dolor	• Reacción anafiláctica • Frecuente en dermatosis crónicas. • Varicela. • Sin lesiones cutáneas: colestasis, uremia, linfomas, hipertiroidismo, DM... • Procesos infecciosos (exantemas virales, fiebre tifoidea...) • Autoinmunidad: LES, vasculitis... • PTT, trastornos SNC, fallo renal... • Herpes zoster, quemaduras...
5. Factores desencadenantes: • Contacto o exposición a alérgenos (plantas, insectos, alimentos, productos de limpieza, cosméticos) • Ingesta de fármacos • Exantema viral o IVRS previa • Exposición al sol	• Dermatitis de contacto, urticaria... • Por mecanismo inmunológico o no: penicilinas, sulfamidas, AINE, IECAS, barbitúricos, tiacidas... • Niños: sugestivo de PTI • Quemadura solar, fotosensibilidad...
6. Antecedentes personales: • Enfermedades y/o tratamientos dermatológicos previos • Enfermedades sistémicas • Alergias conocidas	• Utilidad ante reagudizaciones de patología dermatológica • Patogenia inmunológica: LES, artritis reactivas, vasculitis, esclerodermia, dermatomiositis, sarcoidosis, atopia, porfirias, Cushing, síndromes paraneoplásicos (orofaringe, esófago, bronquios...)

3. RECOMENDACIONES

a. Generales:

- Si existe prurito localizado, comenzaremos aconsejando la aplicación de compresas frías durante 30-45 minutos varias veces al día. También pueden ser útiles preparados de mentol (ej. Sartol loción).
- Si el prurito es generalizado, baños en sales de avena (ej. Mede-Baby Avena) o en soluciones con urea (ej. Nutraplus 4).
- Ante rellamada de paciente que no mejorase con las indicaciones anteriores se podría indicar la administración de algún antihistamínico que ya hubiera tomado en anteriores ocasiones y fuese bien tolerado, sedativo (ej. hidroxicina) o no (ej. terfenadina).
- Para las molestias asociadas a los exantemas virales (fiebre, dolor...) aconsejaremos preferiblemente paracetamol.
- En general, no recomendamos el uso de corticoides tópicos, ya que podemos enmascarar las lesiones y dificultar un posterior diagnóstico.

b. Específicas:

- Quemadura solar: la aplicación de corticoides tópicos no resulta más eficaz que las compresas frías para el alivio de los síntomas.
- Dermatitis atópicas: hidratación de la piel por medio de cremas o lociones emolientes. De usar corticoides tópicos se recomienda aplicarlos después del baño para favorecer su absorción.
- Dermatitis de contacto por medusas o picaduras de animales marinos: neutralizar la toxina con vinagre o amoníaco diluidos en agua caliente. Extraer los tentáculos con pinzas y volver a lavar la zona sin frotar.
- Picaduras de insectos (reacción local): extraer el aguijón con pinzas si es posible. Lavar con agua y jabón y aplicar frío local y seco (es útil hielo en bolsa de plástico y cubierto con un paño).

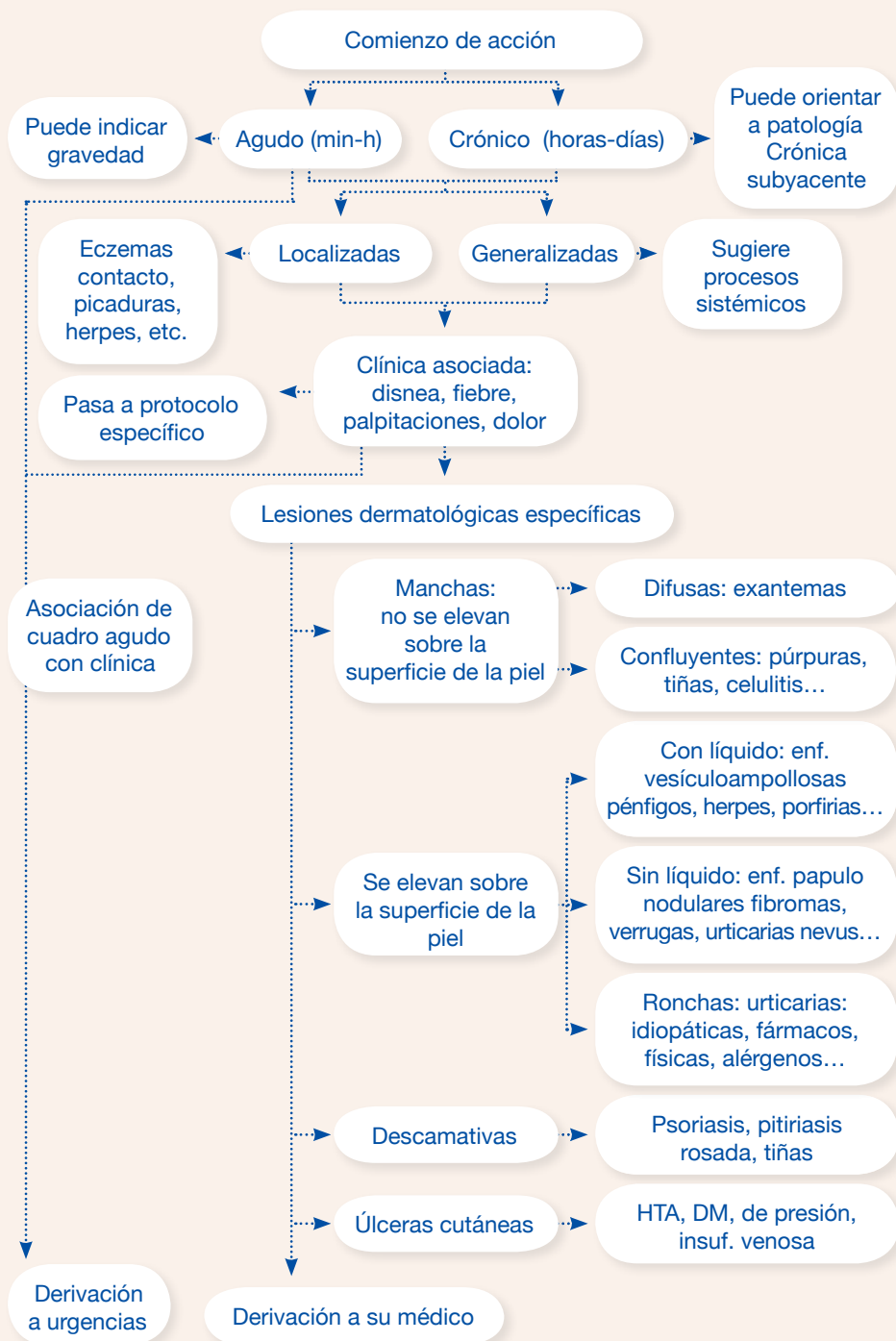
- Dermatitis del pañal: cambios de pañal, lavado meticuloso con agua tibia y jabón suave y aplicación frecuente de cremas barrera como pasta al agua (óxido de zinc), Natusán, Mustela...

4. RESPUESTA

TIPO DE RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
EMERGENCIA	• Sospecha de reacción anafiláctica • Picaduras en sujetos alérgicos • Quemaduras extensas y/o compromiso de la vía aérea • Lesiones dermatológicas con afectación del estado general (ej. púrpuras)
DERIVACIÓN A SERVICIOS DE URGENCIAS	• Exantemas febriles • Urticaria • Reacción alérgica en sujetos con buen estado general • Mal control de los síntomas (prurito, dolor, fiebre...) • Pobre respuesta al tratamiento • Quemaduras sin riesgo vital inmediato
VISITA A DOMICILIO	• Sintomatología del apartado anterior cuando las circunstancias basales del paciente impiden la movilización del mismo
RELLAMADA O DERIVACIÓN A CONSULTA AMBULATORIA	• Quemaduras leves • Reacción local a picaduras en pacientes no alérgicos • Reagudización de patología crónica (brote de LES, vasculitis, atopia) • Lesiones cutáneas sin síntomas asociados en paciente con buen estado general y colaborador

5. BIBLIOGRAFÍA

- C. Guillén Barona y col. Manual Janssen de enfermedades de la piel. Ed. Masson, 1996.
- Manual Merck, 10ª edición, Ediciones Harcourt, 1999, 783-789.
- Thomas J. Lawley. Lesiones cutáneas. Principios de Medicina Interna Harrison, 13ª edición, 319-367.
- Romaní de Gabriel et al.; Enfermedades dermatológicas en urgencias. En: Lloret et al., Protocolos terapéuticos de urgencias. Springer-Verlag Iberia, 3ª edición, Barcelona 1997, 1130-1158.



Otros Síntomas mal definidos

V. Carpena Montero, R. Gómez Vázquez

1. INTRODUCCIÓN

El alertante es capaz, habitualmente, de precisar a grandes rasgos cuál es el síntoma o síntomas que más le preocupan. En un porcentaje variable de los casos no ocurre así, bien porque el propio paciente no consigue definirlos claramente (ej.: “No sé qué me pasa”, “Me encuentro mal”, “Me duele todo el cuerpo”...) o bien porque está incapacitado para hacerlo (lactantes, disminuidos psíquicos, estados confusionales, afásicos, mutismo...). Será entonces una tercera persona la que actúe como interlocutor y, por tanto, habrá siempre un cierto grado de pérdida de información.

Es fundamental interrogar directamente al paciente y, si esto no fuese factible, al familiar o conviviente más colaborador, para obtener la mayor información posible sobre la situación actual y previa (días o semanas anteriores) del paciente.

2. ACTITUD A SEGUIR

2.1. Introducción

El interrogatorio debe iniciarse investigando las constantes vitales, para asegurarnos de que el paciente está consciente y respira espontáneamente.

A continuación, solicitaremos dialogar con el paciente y, si no es posible, será con el propio alertante para realizar una anamnesis por aparatos que nos permita clarificar la situación actual. Si seguimos sin conseguir información, continuaríamos el interrogatorio con los antecedentes personales.

2.2. Interrogatorio

INTERROGATORIO	OBSERVACIONES
1. ¿Está consciente? ¿Puede hablar? ¿Se mueve? ¿Abre los ojos? ¿Responde a órdenes verbales? ¿Y a estímulos dolorosos?	Precisar nivel de conciencia y descartar estupor/coma
2. ¿Respira? ¿Cómo? ¿Ruidos al respirar? ¿Se fatiga al hablar? ¿Cianosis?	Descartar parada respiratoria y valorar disnea
3. ¿Desde cuándo? ¿Cuánto tiempo hace? ¿Qué estaba haciendo cuando empezó? ¿Ha empeorado desde el inicio del cuadro?	Valorar desencadenantes y evolución
4. Anamnesis por aparatos: ¿Está de pie, sentado, acostado? ¿Puede mantenerse en pie sin ayuda? ¿Pérdida de fuerza en algún miembro? ¿Desvía comisura bucal? ¿Se le entiende lo que dice? ¿Desviación de la mirada? ¿Ha tenido convulsiones o movimientos anormales? ¿Incontinencia urinaria o fecal? ¿Reconoce a sus familiares? ¿Sabe en qué lugar se encuentra y la fecha? ¿Sangra por algún sitio? ¿Dolor o malestar torácico? ¿Dolor o malestar abdominal? ¿Palpitaciones, mareos, sudoración profusa, náuseas, palidez...? ¿Sensación de distermia o escalofríos? ¿Artromialgias, cefalea? ¿Tos, expectoración, disfonía, dolor de garganta...? ¿Dolor o escozor al orinar? ¿Orina menos de lo habitual? ¿Manchas por la piel? - Otros: calambres, disestesias, temblor, ansiedad, rasgos depresivos, astenia...	- Valorar pérdida de tono muscular y mareos - Descartar focalidad neurológica. Pasar a guía de ictus - Valorar episodio convulsivo - Investigar orientación temporoespacial - Valorar hipovolemia, hemorragias - Protocolo correspondiente - Protocolo correspondiente - Valorar cortejo neurovegetativo - Comprobar temperatura corporal - Proceso catarral. Virasis - Faringoamigdalitis - ITU/Oliguria - Enfermedad dermatológica o manifestación de enfermedad sistémica - Patología psiquiátrica

5. Antecedentes personales:

- ¿Le había ocurrido esto en alguna otra ocasión? ¿Cuál fue el diagnóstico?
- ¿Qué medicamentos toma?
- ¿Ha estado hospitalizado alguna vez? ¿Tiene informes de alta sobre diagnóstico o tratamiento?
- ¿Padece de corazón /circulación?
- ¿HTA-dislipemia ? ¿Diabetes? ¿Patología tiroidea?
- ¿Bronquios/asma?
- ¿Trombosis/embolia cerebral?
- ¿Epilepsia?
- ¿Padece del hígado/riñón?
- ¿Problemas digestivos?
- ¿Tumor/cáncer?
- ¿Depresión/ansiedad?
- ¿Consumo de tóxicos: alcohol/drogas?
- Valorar enfermedades subyacentes
- Puede orientar a enfermedad previa
- Puede orientar a una patología específica
- Puede orientar a una patología específica
- Puede orientar a patología cardiocirculatoria
- Puede orientar a patología endocrinológica
- Puede orientar a patología respiratoria
- Puede orientar a patología neurológica
- Puede orientar a patología neurológica
- Puede orientar a patología hepatorenal
- Puede orientar a patología digestiva
- Puede orientar a patología psiquiátrica
- Intoxicaciones agudas o síndromes de abstinencia

3. RECOMENDACIONES

a. Generales

- Se tranquilizará al paciente y/o familiares.
- Se colocará al paciente en la posición más adecuada según el signo o síntoma que hayamos podido identificar.
- Si no tenemos clara la patología que presenta el paciente, evitaremos recomendarle medicación alguna.
- Se tendrán en cuenta siempre las medidas ABC.

b. Específicas

Corresponderán al de cada patología específica siempre y cuando la consigamos definir y serán las ya descritas en las guías de actuación sobre dicha patología.

4. TIPO DE RESPUESTA

Una vez valorada la situación actual con el interrogatorio puede ocurrir que lleguemos a identificar el síntoma más importante. En este caso aplicaríamos el protocolo correspondiente.

Si a pesar de todo, seguimos sin tener claro el estado clínico actual del paciente especialmente en cuadros bruscos o que nos impresionen de gravedad, sería aconsejable la valoración por personal facultativo, bien a través de visita domiciliaria o mediante la derivación al Servicio de Urgencias, pues no debemos olvidar que por muy buena que sea la anamnesis no debería sustituir a la exploración física del paciente.

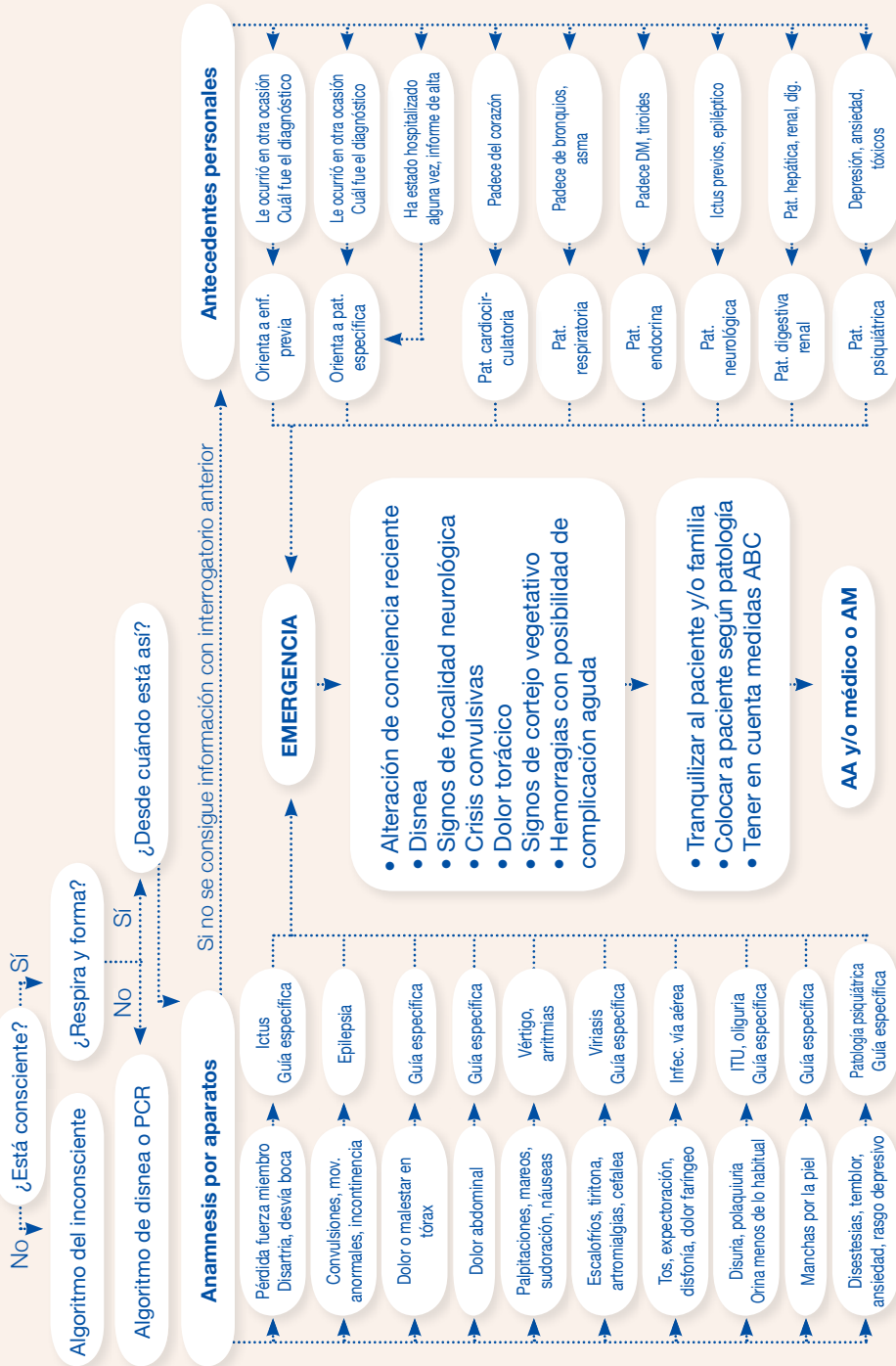
En aquellas situaciones que consideramos no urgentes, debemos asegurarnos de contar en el domicilio del paciente con un entorno colaborador y preocuparnos de realizar alguna rellamada para vigilar que su evolución sea buena hasta que pueda ser valorado por su médico en consulta ambulatoria.

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
EMERGENCIA	• Alteración del nivel de conciencia: estupor/coma, de comienzo reciente (minutos, horas) • Disnea • Signos de focalidad neurológica • Crisis convulsivas • Dolor torácico • Signos de cortejo vegetativo • Hemorragias con posibilidad de complicación aguda (abundante, coagulopatías, tratamiento con anticoagulantes, etc.)

DERIVACIÓN A CENTRO DE URGENCIAS	• Dolor abdominal inespecífico • Movimientos anormales • Incontinencia de esfínteres • Hemorragias banales • Mareo inespecífico • Cuadros de desorientación
VISITA A DOMICILIO	• Pacientes con la patología anterior en los que no es posible la derivación • Paciente encamado
CONSULTA	• Cualquier patología dentro del contexto de síntomas mal definidos requerirá rellamar al paciente si la respuesta se queda como consulta para seguir su evolución siempre que el entorno sea colaborador. Si no, se derivará a un centro de urgencias

5. BIBLIOGRAFÍA

- Lado Lado, F. L. et al. Un paciente con astenia. En: Medicina Integral. Vol. 33, nº 2, Enero 1999, 81-87.
- Coto López A. Fatigabilidad. En: Medina Asensio J. Manual de Urgencias Médicas. 2ª Edición. Madrid. Díaz de Santos, SA. 1996; 235-241.
- González Martínez, Y. Síndrome constitucional. En: 131 motivos de consulta. Manual Beecham de Atención Primaria. Ed. Luzan 5, SA. de ediciones 1990, 499-512.
- Díaz Peromingo, J. A.; Amboage Paz, M. T.; El síndrome de fatiga crónica. En: Medicina Integral. Vol. 36, nº 1, Junio 2.000, 3-7.
- Kraytman, M. Interrogatorio por aparatos. En: El diagnóstico a través de la historia clínica. Ed. Idepsa. 2ª edición. Madrid; 1991. p 525-528.



Farmacología⁹

Farmacología

Diabetes mellitus

J. Sanz Smith, M. Bernárdez Otero

1. INTRODUCCIÓN

En esta guía de fármacos de la diabetes se intenta explicar de forma sencilla el manejo de los mismos, haciendo hincapié en que consta de 3 pilares: dieta, ejercicio físico y fármacos.

Con respecto a la dieta recordaremos que es la misma que para la población general, salvo que se prohibirán los azúcares refinados y en la DM tipo 2 con obesidad se propondrá una dieta hipocalórica (500-800 kcal/día).

Con respecto al ejercicio físico:

- Debe practicarse después de la ingesta y no coincidente con el pico de máxima acción del hipoglucemiante.
- Si es intenso o prolongado, se aportarán hidratos de carbonos suplementarios durante el mismo.
- Disminución insulina o antidiabéticos orales después del ejercicio. Puede haber hipoglucemia dentro de las 8-10 horas tras finalización del ejercicio.

2. FÁRMACOS

Características generales de los fármacos utilizados en monoterapia en la DM2

	Mecanismo de acción	Descenso de HbA1c	Hipoglucemias	Cambios en el peso	Efecto en los lípidos
Metformina	↓ de producción hepática de glucosa	↓ 1,5 – 2%	No produce	= o ↓ ligera	↓ triglicéridos y LDL
Sulfonilureas (SU)	↑ secreción de insulina	↓ 1,5 – 2%	Frecuentes (menos con Gliclazida y Glimepirida)	↑	No modifican
Secretagogos de acción rápida (Glinidas)	↑ secreción de insulina posprandial inmediata	Repaglinida: ↓ 1,5 – 2% Nateglinida: ↓ 0,5 – 1%	Menos frecuentes que con Glibenclamida (SU)	Discreto ↑	No modifican
Tiazolidindionas (Glitazonas)	↑ captación de la glucosa en la célula muscular	↓ 1 – 1,5%	No produce		Pioglitazona: ↑ HDL y ↓ triglicéridos Rosiglitazona ↑ HDL y ↑ LDL
Inhibidores de las alfa-glucosidadas	Reducción de la absorción de hidratos de carbono complejos	↓ 0,5 – 1%	No produce	No ↑	↓ triglicéridos
Insulina	= Insulina endógena	↓ 1,5 – 2,5%	Frecuente	↑	↓ triglicéridos y ↑ HDL
Exanatida	↑ secreción de insulina	↓ 0,5 – 1%	Más frecuentes en asociación con SU	↓	-
Pramlintida	↑ secreción de insulina	↓ 0,5 – 1%	Más frecuentes en asociación con SU	↓	-
Gliptinas	↑ secreción de insulina	↓ 0,5 – 1%	Menos frecuentes que con SU	↓	-

2.1. Antidiabéticos orales

Control en DM tipo 2 no controlado con dieta y ejercicio.

a. Biguanidas

Indicación: fármaco de primera elección en DM2

Contraindicaciones: por producir acidosis láctica (a veces mortal)

- Antecedentes de acidosis láctica
- Insuficiencia renal (creatinina > 1,5 ml/dl en el varón y > 1,4 en la mujer)
- Enfermedad hepática (anormalidad de pruebas funcionales)
- Alcoholismo con posible afección hepática
- Infección grave (con posible disminución de perfusión tisular)
- Enfermedad cardíaca o pulmonar: hipoxia

Fármaco	Nombre comercial	Eliminación	Acción (horas)	Dosis (mg/día)
Metformina	Dianben® Metformina EFG	Eliminación renal	8-12	850-3000 (2-3/día)

b. Sulfonilureas

Indicación: de primera elección cuando está contraindicada o intolerancia a metformina en DM2

Fármaco	Nombre comercial	Eliminación renal (%)	Acción (horas)	Dosis (mg/día)
Clorpropamida	Diabinese® 250 mg	6-60%	24-72	100-500 (1/día)
Tolbutamina	Rastinon®	100%	6-12	500-2000 (1/día)

Glibenclamida	Daonil® 5 mg Euglucon® 5 mg Gluconon® 5 mg Norglicem® 5 mg	50%	10-24	2,5-20 (1-2/día)
Glimepirida	Amaryl® 1, 2 y 4 mg Roname® 1, 2 y 4 mg EFG Bexal® 1, 2 y 4 mg	60%	24	1-4 (1/día)
Gliclazida	Diamicon® 80 mg Uni Diamicon® 30 mg	60-70%	10-20	40-320 (1*- 2/día)
Glipizida	Minodiab® 5 mg	68%	6-10	2,5-30 (1-2/día)
Gliquidona	Glurenor® 30 mg	< 5%	2-12	45-280 (1-3/día)
Glisentida	Staticum® 5 mg			2,5-20 mg/día

Las sulfonil ureas de vida media larga (clorpropamida y glibenclamida) se asocian con mayor riesgo de hipoglucemias, por lo que se deben evitar en ancianos.

** 1 sola dosis en el desayuno, si dosis > 160 mg, repartir en dos dosis.*

c. Secretagogos de acción rápida (Glinidas)

Mecanismo de acción: similar a SU pero a través de zona de unión específica distinta. Inicio de acción 30 min, vida media corta (4 h), debe administrarse 15 min antes de las comidas. Metabolización hepática.

Contraindicaciones: DM1, embarazo y lactancia, insuficiencia hepática severa, CAD, enfermedad pancreática.

Indicaciones:

- Alternativa si las SU están contraindicadas o no se toleran
- Si predominan hiperglucemias posprandiales
- Ancianos

- Insuficiencia renal
- Pacientes con patrones de alimentación no regulares

Interacciones:

- Efecto hipoglucemiante se incrementa con IMAO, β bloqueantes no selectivos, IECA, salicilatos, AINE, alcohol y esteroides anabolizantes y se reduce con anticonceptivos orales, tiazidas, corticoides, danazol, hormonas tiroideas y simpaticomiméticos.
- Contraindicado el tratamiento concomitante con fármacos que inhiben el citocromo P-450 (ketoconazol, itraconazol, fluconazol, eritromicina) o lo inducen (rifampicina, fenitoína)

Fármaco	Nombre comercial	Eliminación	Acción (horas)	Dosis (mg/día)
Nateglinida	Stalix® 60, 120, 180 mg	Hepático	4	180/día a 540/8 h
Repaglinida	Novonorm® 50, 100 mg Pradin® 50, 100 mg	Hepático	4	50/8 h a 100/8 h

d. Tiazolidindionas (Glitazonas)

Mecanismo de acción: activa el receptor hormonal nuclear PPAR γ → activa transcripción de genes responsables de acción celular de la insulina en tejido muscular y graso. No produce hipoglucemia. La absorción intestinal no se ve afectada por la ingesta de alimentos. Metabolización hepática, se excreta por heces y orina.

Indicaciones: DM2 con contraindicación o intolerancia a metformina y/o sulfonilureas o en asociación a éstas cuando no se consigue control glucémico.

Contraindicado con insulina (ICC)

Fármaco	Nombre comercial	Eliminación	Dosis (mg/día)
Rosiglitazona	Avandia® 4, 8 mg	Metabolización hepática, eliminación: digestiva y renal	4-8 (1/día)
Pioglitazona	Actos® 15, 30 mg		15-40 mg/día

e. Inhibidores de la alfa glucosidasa

Indicaciones: monoterapia en pacientes que presenten principalmente hiperglucemias postprandiales y glucemias basales no muy elevadas. Se recomienda reservarlos para el tratamiento combinado.

Fármaco	Nombre comercial	Eliminación	Acción (horas)	Dosis (mg/día)
Acarbosa	Glucobay® 50-100 Glumida® 50 100	No absorción	2-8	50/día a 200/8 h
Miglitol	Diastabol® 50-100 Plumacol® 50-100	Renal	2-3	50/8h a 100/8 h

f. Fármacos reguladores de las incretinas

Las incretinas son un grupo de hormonas endógenas secretadas tras la ingesta por las células L del intestino delgado y que actúan sobre las células beta del páncreas, estimulando la secreción de la insulina.

Las incretinas más representativas son el Glucagon-Like Péptide-1 (GLP-1) y el Glucose dependent Inhibitory Peptide (GIP) que son degradadas rápidamente (1-2 minutos) por la enzima DPP-4.

INCRETÍN MIMÉTICOS: péptidos similares a GLP-1, pero con vida media más larga:

- Exenatida (Byetta®)
 - Multiplica x3 la potencia de la GLP-1.
 - Aumenta la secreción de insulina en condiciones de euglucemia e hiperglucemia, no afecta en caso de hipoglucemia. Suprime la secreción postprandial de glucagón y endentece el vaciado gástrico. Estimula la neogénesis de islotes en el páncreas.
 - Administración SC, varias veces/día.
 - Efecto secundario más frecuente: náuseas (30-45%).
- Liraglutida → en fase III de desarrollo. Similar a Exenatida, pero con una única dosis sc al día.

POTENCIADORES DE LAS INCRETINAS (inhibidores de la DPP-4)

- Sitagliptina (Januvia®) 100 mg/día
- Vildagliptina (Galvus®)

g. Otros

- Acetato de pramlintida (Synlin®): análogo sintético de la hormona amilina, secretada por células β pancreáticas, cuya función es regular el tiempo de liberación de glucosa a sangre por disminución del vaciado gástrico. Solo disponible en EE.UU.
- Goma Guar (Fibraguar®, Plantaguar®) → glúcido no absorbible de alto peso molecular que retrasa la absorción de los glúcidos de la dieta.

2.2. Insulina

a. Generalidades

Insulina **rápida**: en descompensaciones agudas hiperglucémicas (cetoacidosis diabética y coma hiperosmolar) y en tratamiento de base asociado a insulina retardada.

Insulina **intermedia**: tratamiento de base de las glucemias controladas.

- Dosis: 0,2-0,3 UI x kg/día de insulina intermedia y ajuste posterior.
- Si < 30 unidades → 1 sola dosis en el desayuno. Si > 30 unidades → 2/3 en desayuno, 1/3 en cena.

Insulina de acción prolongada: inicio más lento

b. Tabla comparativa

100 UI x ml	Perfil de Acción (horas)		
Insulina	Inicio	Pico	Duración
Rápidas			
Insulina Aspart (Novarapid Flexpen®)	10-20'	1-2 h	3-5 h
Insulina Lispro (Humalog®, Humalog NPL Pen®, Humalog Pen®)	5-15'	½-1 h	2-5 h
Insulina Glulisina (Apidra, Apidra Optiset)	10-20'	½-1 h	2-5 h
Insulina soluble (Actrapid®, Actrapid Inolet®, Humulina regular®)	½-1 h	2-4 h	5-7 h
De acción intermedia			
Isofánica - Insulatard, Insulatard Flexpen, Insulatard Innolet® - Humulina NPH®, NPH Pen®	1-2 h	5-7 h	12-13 h
De acción prolongada			
Insulina Detemir (Levemir Flexpen®)	1-2 h	6-8 h	10-18 h
Insulina Glargina (Lantus®, Lantus Opticlik® y Lantus Optiset®)	1-2 h	4-5 h	≤ 24 h
Insulinas zinc (no comercializada en España)	2,5 h	7-10 h	18-30 h
Insulinas bifásicas			
Insulina Aspart bifásica : 30 Aspart + 70 aspart protamina ≈ insulina de acción intermedia (Novomix 30 Flexpen®)	10-20'	1-3 h	24 h
Insulina isofánica bifásica (30 rápida + 70 intermedia) - Mixtard 30® - Humulina 30/70®	½	2-8 h	14-24 h
Insulina Lispro bifásica: 25 Lispro + 75 lispro protamina (Humalog mix 25 Pen®)	10-20'	1-3	24 h
Insulina Lispro bifásica: 50 Lispro + 50 lispro protamina (Humalog mix 50 Pen®)	15'	1-8	

*Los análogos de la insulina no pueden administrarse iv.

c. Pauta de insulina a demanda.

Si la **glucemia > 400**, con cetonuria y/o hiperosmolaridad, pero **sin cetoacidosis ni alteración de la conciencia**.

- Inicialmente se pondrá insulina rápida vía iv (si hay hiperosmolaridad, la vía sc no asegura adecuada absorción)

c.1. Calcular la dosis de insulina rápida en función de los ADO (10 UI) o insulina retardada. (x1,5).

c.2. Distribuir la cantidad calculada en 4 ó 3 dosis, para administrar cada 6 horas (iv) u 8 horas (sc).

c.3. Se realizan glucemias digitales antes de cada dosis. La dosis calculada “D” de insulina rápida de mantiene si glucemia se mantiene entre 120 y 160 mg/dl, variando de 2 en 2 UI según los siguientes intervalos de glucemias.

Glucemia (mg/ml)	Insulina (UI)
< 80	No administrar*
80-120	= D - 2
120-160	= D
160-200	= D + 2
200-300	= D + 4
300-400	= D + 6
400-500	= D + 8
> 500	= D + 10

Repetir glucemia a las 2 horas, reevaluando la dosis

c.4. La pauta se mantendrá hasta obtener glucemias entre 80 y 160 durante 48 horas. Entonces se calcula la dosis equivalente de insulina intermedia (2/3 de insulina rápida) o ADO (10 UI = 1 comp). Si dosis de insulina intermedia:

- < 30 UI se administra en una sola dosis matutina.
- > 30 UI: 2/3 en desayuno, 1/3 en cena.

d. Manejo de la insulinoterapia

Normalmente las variaciones se realizan de 2 UI de insulina cada 2-3 días

Glucemia			Actitud
DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	
Normal	Normal	Normal	Seguir igual
↑↑	↑↑	↑↑	Aumentar dosis
Normal	↑↑	Normal	Asociar insulina rápida al desayuno
Normal	Normal	↑↑	Aumentar dosis diurna
↑↑	Normal	Normal	Control de glucemia a las 4-6 horas de la cena. Si hipoglucemia → ↓ dosis nocturna Si hiperglucemia → ↑ dosis nocturna

e. Equivalencias de insulinas

1 UI I Rápida = 1,5 UI de **I Intermedia** / retardada

2 UI de I Intermedia / retardada = 3 UI de **I Rápida**

1 comprimido de ADO $\cong$ **10 1º UI de I Rápida**
 $\cong$ 7 (6,66) UI de **I Intermedia**

3. BIBLIOGRAFÍA

- Del Olmo González E.; Carrillo Perez M.; Aguilera Gumpert S. Actualización del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitas tipo 2. Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol 32, nº 1, 2008.
- Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Guía de Prescripción Terapéutica GPT 1. Edit Pharma editores ISBN 84-95993-11-2 2006.
- Aragón Alonso A.; Oliván Palacios B.; Manzano Arroyo P.; Lucas Morante T. Las nuevas insuñinas: revisión. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol 28, nº 2, 2004.
- Alfaro J., Tratamiento de la diabetes mellitus. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, Vol 24, nº 2, 33-43 – 2000.

- Catálogo de especialidades farmacéuticas 2002. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid 2002.
- Jiménez Murillo J., Montero Pérez F. J. Medicina de Urgencias, Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 2ª edic. Edit Harcourt 2001. 403-404.

Farmacología

Embarazo y lactancia

J. Sanz Smith, R. Quintáns Carballo

1. INTRODUCCIÓN

En este compendio de medicamentos de urgencias durante el embarazo y la lactancia se intenta explicar de forma sencilla los datos imprescindibles para un Servicio de Urgencias, facilitando el manejo en la práctica diaria de los fármacos que manejamos habitualmente en la consultoría médica telefónica.

Hemos utilizado la categoría de riesgo fetal de la FDA (Food and Drug Administration de EEUU) en cada fármaco.

Esta guía pretende ser dinámica a los posibles cambios que se realicen en un futuro, tanto en los cambios farmacológicos como en la retirada o introducción de nuevos fármacos en nuestras guías.

2. CATEGORÍAS DE LA FDA

Categoría A	• No riesgo para el feto demostrado en estudios adecuados
Categoría B	En estudios • Sobre animales no hay efecto teratógico, no demostrado en humanos • En animales hay cierto potencial teratógico, no ha podido ser confirmado en la mujer
Categoría C	• En estudios sobre animales hay cierto potencial teratógico, aún no se ha ensayado en la mujer • Aún no se han efectuado estudios

Categoría D	Efectos teratogénicos sobre feto humano, pero en ocasiones el beneficio obtenido con su uso puede superar el riesgo esperado (uso en situaciones límite de posible muerte materna ...)
Categoría X	Medicamentos con capacidad teratogénica y los riesgos que supone su uso superan claramente el posible beneficio

3. FÁRMACOS EN EL EMBARAZO

3.1. Aparato digestivo y metabolismo

Antiácidos	- Preferible el uso de derivados aluminicos y magnésicos que cálcicos. Evitar empleo abusivo - No se usará bicarbonato por riesgo de alcalosis y edema
Antiulcerosos	- Anti H₂ → Categoría B - Misoprostol (Cytotec®): aumenta tono uterino. Categoría X
Antiespasmódicos	- Anticolinérgicos cuaternarios (Butilescopolamina [Buscapina®], Octatropina [Vapin®]) y Glicopirrolato no atraviesan Barrera Placentaria (BP) (categoría B) - Anticolinérgicos terciarios (Atropina, escopolamina) atraviesan BP
Antieméticos	- La clorfenamina (Antihistaminico Llorens®), ciclizina (Igril®), dex-clorfeniramina (Polaramine®), dimenhidrinato (Biodramina®), (Cinfamar®), doxilamina (Donornyl®, Dormidina®), meclizina (Chiclida®, Dramine®, Marevit®) y metoclopramida (Primperan®) sí son de categoría B - La difenhidramina produce hendidura labial y la prometazina luxación congénita de cadera
Laxantes	- Dieta rica en fibra es la mejor opción - Categoría B: Metilcelulosa (Muciplasma®), psillium - Categoría C: Bisacodilo (DulcolaxoN), Sen (BekunisN), dantrola, bisacodilo, fenoltaleina (EmuliquenN), lactulosa (DuphalacN) ni docuato sódico
Antidiabéticos	- Insulina (categoría B) - Antidiabéticos orales: sulfonilureas y biguanidas presentan efectos teratogénicos en especies animales

Vitaminas y sales minerales	- Ácido fólico (Acfol®) o folinato (Lederfolin®): indicado por la aparición de determinadas malformaciones en caso de déficit - Efectos teratogénicos en caso de dosis masivas de vitaminas, especialmente en las liposolubles (A, D, E, K)
Anabolizantes hormonales	Estanazol, nalondrona, testosterona... (categoría X)
Antiagregantes	Ácido Acetilsalicílico en dosis de hasta 360 mg, es eficaz y seguro en el tto. preventivo del infarto placentario.
Anticoagulantes	- Anticoagulantes cumarínicos, Warfarina (Sintrom®) Categoría X - Heparina. No pasa BP. Descritos casos aislados de muerte fetal y aborto. Preferible a cumarínicos cuando es imprescindible
Antianémicos	- No se recomienda Fe^{2+} durante el 1^{er} trimestre, ya que no hay aumento de requerimientos en la mujer embarazada - La eritropoyetina (Epopen®, Eprex®) es segura en animales y en mujeres

3.2. Terapia dermatológica

Antipsoriásicos	- Metoxaleno: su utilidad no justifica el potencial riesgo (categoría X) - Retinoides (etrinato) potentes teratogénicos (categoría X)
Antiacnéicos	- Retinoides (isotretinoína [Roacutan Roche®]) potente efecto teratogénico (categoría X) - Talidomida: riesgo de malformación del 20% en los 1^{os} 28 días

3.3. Aparato cardiovascular

Digitálicos	Pasa la BP, pero se considera seguro durante el embarazo, aunque es obligado un estricto control clínico
Antianginosos	- Antagonistas del Ca^{2+} eficaces en situaciones de emergencia, pero son fetotóxicos y pueden retrasar el parto (categoría C) - Los nitratos son admitidos en el tto. de la angina en la embarazada, sobre todo la nitroglicerina

Antiarrítmico	Lidocaína (categoría B) a altas dosis puede producir depresión cardiorrespiratoria neonatal y efectos neurológicos
Antihipertensivos	- Metildopa (Aldomet®) de elección. En casos asociados a feocromocitoma, fenoxibenzamina, mientras que en los asociados a preeclampsia y toxemia del embarazo el fármaco de elección es la hidralazina (Hydrapres®) - Los IECA están absolutamente contraindicados. En la placenta hay gran cantidad de ECA, importante para el suministro de O₂ al feto (categoría X)
Diuréticos	No aconsejables. Uso eventual sólo aceptable en tratamiento corto de estados edematosos graves
Beta-bloqueantes	No es tto. de elección para ninguna forma de HTA en el embarazo. El atenolol (Blokium®, Tenormin®) y propranolol (Sumial®) no presentan riesgo para la madre ni feto, salvo bradicardia y dificultad para establecer respiración pulmonar en feto

3.4. Terapia genitourinaria

Tricomonicidas	Metronidazol (Flagyl vaginal®, Tricomona B Óvulos® (categoría B). No se han detectado efectos tóxicos sobre el feto. Debido a sus efectos mutágenos sobre procariotas, mejor no dar en el 1^{er} trimestre
Antifúngicos vaginales	Miconazol (Daktarin ginecológico®) y nistatina (Mycostatin vaginal®) vía vaginal están aceptados en embarazadas si están intactas las membranas
Inhibidores del parto	La ritodrina (Pre par®) (categoría X) en la 1ª mitad del embarazo. Contraindicado en casos de corioamnionitis, muerte fetal, preeclampsia o hemorragia materna, así como diabéticas o cardiópatas
Anticonceptivos hormonales	Estudios caso control no encuentran asociación entre uso inadvertido de anticonceptivos y malformaciones
Estrógenos	No tiene utilidad como antiabortivo y sí potencial teratígeno (categoría X)

Progestágenos	No tiene utilidad clara como antiabortivo y sí dudoso potencial teratógico
Antiinfecciosos urinarios	Se prefiere el uso de penicilinas y cefalosporinas y en alérgicos los macrólidos. También se aceptan el ácido nalidíxico (Ac. Nalidíxico Prodes®) y cinoxamina (categoría B). Se admite su uso, aunque no al final del embarazo por riesgo de anemia hemolítica en caso de déficit de G6PD

3.5. Terapia hormonal (no sexual)

Corticosteroides	Indicado en tratamiento de restauración hormonal. Se prefieren los de baja o media potencia: hidrocortisona (Actocortina®), prednisolona (Dacortin H®, Normosona®), prednisona (Dacortin®) categoría B, sobre los de alta potencia: betametasona (Celestone®), dexametasona (Decadran®, Fortecortin®) categoría C y sobre la cortisona (Altesona®) categoría D
Hormonas tiroideas	Pasan BP de forma limitada. Se consideran de uso seguro en el embarazo (categoría A)
Antitiroideos	Todos presentan riesgo de producir bocio fetal. Se admite su uso (categoría D) en caso de hipertiroidismo fetal, que es más peligroso que los propios medicamentos. El más preferible es el propiltiouracilo

3.6. Antiinfecciosos vía general

Tetraciclinas	Categoría D, pasan BP y se acumulan en huesos y dientes
Cloranfenicol	Concentraciones fetales 50% de las maternas. El feto no está expuesto al “síndrome gris” (a diferencia del prematuro). Categoría C
Penicilinas	Amplio margen de seguridad. Categoría B
Cefalosporinas	Margen de seguridad similar a las penicilinas. Categoría B
Macrólidos	Aunque difunden BP, se consideran relativamente seguros. Categoría B

Lincosánidos	Clindamicina (Dalacin®) y Lincosamina tienen margen de seguridad aceptable. Categoría B. Aconsejan restringirlo por riesgo de colitis pseudomembranosa
Amino glucósidos	Atraviesan BP. Se acumulan. Nefro y ototoxicidad. Menor riesgo con amikacina (Biclin®) y gentamicina (Gentamicina EFG®). Categoría C
Sulfamidas	Contraindicado en 3^{er} trimestre (categoría D) por riesgo de kernicterus. Compite con la bilirrubina por la albúmina
Fluor quinolonas	No se han observado efectos teratogénicos. Artropatías en animales en fase de desarrollo. Se desaconseja
Rifampicina	Teratógena en roedores. Casos aislados en humanos. Uso solo justificado ante tuberculosis resistente a la asociación de Isoniacida-Etambutol
Isoniacida Etambutol	Categoría B. De elección en tratamiento de tuberculosis en embarazadas
Anfotericina	Pasa BP, No teratogénica en animales. Nefrotóxica. Categoría B
Griseofulvina	Teratógena en animales. Categoría C. Contraindicada en embarazadas
Antivirales	La mayoría son teratógenos. El uso de Zidobudina en mujeres VIH+ embarazadas está controvertido

3.7. Aparato locomotor

AINE	- Al inhibir la síntesis de prostaglandinas, puede producir un cierre prematuro del ductus arterioso en caso de administración crónica en 3^{er} trimestre - No parece que el uso ocasional sea responsable de efectos sobre el feto, pero la administración próxima al parto podría reducir la contractilidad uterina - Son preferibles los derivados arilpropionicos y arilacéticos: fenoprefeno, ibuprofeno (Espidifen®, Saetil®), ketoprofeno (Fas-tum®, Orudis®), naproxeno (Naproxim®), diclofenaco (Volta-rén®), sulindac (Sulindal®) (categoría B) - No se recomienda el uso de pirazolonas (fenilbutazona), indometazina o flurbiprofeno (categoría C)
------	--

Antirreumáticos	- Las sales de oro son teratógenos (categoría C). Sólo se recomiendan ante recrudecimientos intensos - La penicilamina es teratógena. Sólo indicada en embarazadas con enfermedad de Wilson y en las últimas 6 semanas de embarazo
Antigotosos	- Probenecid pasa BP, pero es de uso seguro. Categoría B - Alopurinol es embriotóxico en algunas especies. Categoría C - Colchicina es embriocida en varios animales. Categoría D

3.8. Aparato respiratorio

Rinológicos	Los simpaticomiméticos (pseudoefedrina, fenilpropanolamina...) pueden producir taquicardia fetal. Se considera aceptada 1 aplicación cada 8 horas durante un máx. de 3 días
Antiasmáticos	- Cromoglicato (Nebulasma®, Nebulcrom®) categoría B - Broncodilatadores β adrenérgicos (fenoterol [Berotec®], terbutalina [Terbasmin®]) categoría B - Se acepta el empleo de aerosoles con corticoides (beclometasona [Becotide®, Becloforte®]) o ipratropio (Atrovent®) Teofilina: actualmente se acepta su uso en embarazadas, a pesar de la taquicardia que puede producir
Antitusivos	Dextrometorfano (Romilar®) es el antitusivo de elección en el embarazo

3.9. Sistema nervioso central

Analgésicos no opiáceos	- Tanto el paracetamol como el AAS son considerados relativamente seguros siempre que sea de forma eventual y a dosis moderadas - Cerca del parto se prefiere paracetamol por inhibir menos la síntesis de prostaglandinas que el AAS
Analgésicos opiáceos	La morfina y la petidina (Dolantina®) se consideran seguros, evitando tratamientos prolongados. El uso regular produce dependencia fetal

Antiepilépticos	La mayoría de los fármacos son de categoría C y D, pero los riesgos asociados al tratamiento suelen estar muy por debajo de los que se correrían en caso de crisis por falta de tratamiento. Dosis mínimas imprescindibles
Antipsicóticos	- No se recomienda el uso crónico, sobre todo al final del embarazo - Con el haloperidol se han descrito casos de focomielia, aunque se acepta el uso eventual en crisis psicóticas
Ansiolíticos e hipnóticos	- Benzodiacepinas: debe evitarse el uso crónico. Con el diazepam se han descrito malformaciones múltiples - Barbitúricos: pasan BP. Están contraindicados, salvo el fenobarbital cuando es usado como antiepiléptico - Buspirona (Buspar®, Effipien®, Narol®): (categoría B) pero la experiencia en embarazo es limitada
Litio, sales	Pasan BP, se han asociado a malformaciones y alteraciones bioquímicas. Su uso sólo es aceptable en los 2 últimos trimestres y evitando administración prolongada
Antidepresivos	Evitar el uso por la potencial embriotoxicidad y teratogenicidad de fármacos de este grupo
Alcoholismo	El alcohol produce el síndrome fetal alcohólico. El disulfiram (Antabus®) está contraindicado por tratarse de un potente teratógeno
Tabaquismo	Está contraindicado el uso de nicotina (chicles y parches)

3.10. Otros

Edulcorantes	- Sacarina: categoría B - Ciclamato: categoría C - Aspartama: uso controvertido por el riesgo potencial de acumulación fetal de fenilalanina
--------------	--

4. FÁRMACOS Y LACTANCIA

4.1. Aparato digestivo y metabolismo

Anti-ulcerosos	• Cimetidina: evitar, Posible inhibición de secreción gástrica en el lactante y efectos adversos sobre SNC
Anti- -espasmódicos	• Atropina: posible efectos anticolinérgicos. Los anticolinérgicos pueden inhibir la lactancia
Laxantes	• Antraquinonas (cáscara sagrada, dantrona), fenoltaleína: evitar. Con dosis elevadas → riesgo de diarrea y erupciones cutáneas
Antidiarreicos	• Riesgo de manifestaciones tóxicas en el lactante
Anfetaminas	• Evitar: riesgo de irritabilidad e insomnio en el lactante
Antidiabéticos	• Sulfonilureas: riesgo de hipoglucemia en el lactante
Vitaminas	• Vitamina D: dosis elevadas → hipercalcemia en el lactante
Anabolizantes hormonales	• Riesgo de excreción láctea: desarrollo precoz en niños y virilización en niñas

4.2. Sangre y órganos hematopoyéticos

Anticoagulantes orales	• Riesgo de hemorragia
Antineoplásicos	• Evitar la lactancia materna durante tto.

4.3. Aparato cardiovascular

Antiarrítmicos	• Amiodarona: evitar. Se excreta hasta un 25%. Riesgo de liberación de yodo (hipotiroidismo)
Diuréticos	• Dosis elevadas reducen la producción de leche
Anti-hipertensivo	• Labetalol: riesgo de diarrea e hipotensión en el lactante

4.4. Terapia dermatológica

Antiporriásicos	• Etretinato y Acitretina: evitar. Riesgo de manifestaciones tóxicas en el lactante
-----------------	--

4.5. Terapia genitourinaria

Hormonas sexuales	• Estrógenos: evitar los anticonceptivos combinados hasta el destete o 6 meses desde el nacimiento • Progestágenos: pueden inhibir la lactancia
-------------------	--

4.6. Terapia hormonal

Corticosteroides	• Admitidos en dosis moderadas. Dosis elevadas pueden inhibir la lactancia
Antitiroideos	• Carbimazol: puede interferir con la función tiroidea

4.7. Terapia antiinfecciosa

Antibióticos	• Tetraciclinas: riesgo de diarrea e hipersensibilidad • Cloranfenicol: riesgo de mielotoxicidad y de diarrea en el lactante • Lincomicina: evitar, riesgo de manifestaciones tóxicas en el lactante
Sulfamidas	• Evitar: riesgo de ictericia nuclear en los lactantes
Antifúngicos	• Ketoconazol: evitar por riesgo de kernicterus en el lactante
Antituberculosos	• Isoniacida: monitorizar al lactante ante riesgo de neuropatía y convulsiones
Amebicidas	• Metronidazol: dosis elevadas dan sabor amargo a la leche

4.8. Terapia osteomuscular

AINE	• Fenilbutazona: riesgo de hemorragia gástrica y discrasias sanguíneas en el lactante
------	--

Antirreumáticos	Sales de oro: evitar. Riesgo de erupciones cutáneas y nefrotoxicidad
Relajantes musculares	• Carisprodol: evitar; riesgo de somnolencia y diarrea en el lactante

4.9. Sistema nervioso central

Analgésicos narcóticos	• Metadona: uso aceptado a dosis moderadas. En programas de deshabituación puede producir dependencia física en el lactante
Antimigrañosos	• Ergotamina: evitar; Riesgo de diarrea, vómitos y ergotismo en el lactante. Puede inhibir la lactancia
Antiepilépticos	• Fenobarbital: con dosis elevadas hay riesgo de somnolencia y ataxia en el lactante
Antiparkinsonianos	• Levodopa: evitar. Puede inhibir la lactancia • Dopaminérgicos (Bromocriptina, lisurida, etc.) suprimen la lactancia
Antipsicóticos	• Aceptados a dosis moderadas. Riesgo de somnolencia en el lactante con clorpromacina
Sedantes/hipnóticos	• Benzodiazepinas: evitar dosis repetidas, debido a riesgo de letargo • Bromuros: evitar; riesgo de somnolencia en el lactante • Meprobamato: evitar; riesgo de somnolencia
Psico-estimulantes	• Cafeína: evitar > 3 tazas/día: irritabilidad e insomnio en el lactante
Alcohol	• Concentraciones de > 1 mg/ml reduce el reflejo de eyección de la leche

4.10. Aparato respiratorio

Antiasmático	• Teofilina: riesgo de irritabilidad e insomnio en el lactante. Las preparaciones retard son más seguras
--------------	---

Antihistamínicos	• Aquellos que tienen efectos anticolinérgicos pueden inhibir la lactancia • La clemastina puede producir somnolencia en el lactante
------------------	---

4.11. Otros

Contrastes radiológicos	Evitar la lactancia las 24 horas siguientes a la administración del contraste
-------------------------	---

5. BIBLIOGRAFÍA

- López-Herce Cid, J. Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 2ª edic. Publimed 2001.
- Catálogo de especialidades farmacéuticas 2001. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid 2001.
- Martín Zurro, A.; Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Vol. I. 4ª edición Harcourt Brece Libros SA. 1999 Barcelona.

Farmacología Pediatría

J. Sanz Smith, María Cruz Grela Castro

1. INTRODUCCIÓN

En este compendio de medicamentos de urgencias pediátricas se intenta explicar de forma sencilla los datos imprescindibles para un Servicio de Urgencias, facilitando el manejo en la práctica diaria de los fármacos que manejamos habitualmente en la consultoría médica telefónica.

En la guía se incluyen: nombre farmacológico, nombre comercial, concentración, dosis en mg/kg/día, concentración en cc/kg/toma y observaciones.

Hemos utilizado el orden alfabético, así como tablas para que la búsqueda sea más rápida y sencilla.

Esta guía pretende ser dinámica a los posibles cambios que se realicen en un futuro, tanto en los cambios farmacológicos como en la retirada o introducción de nuevos fármacos en nuestras guías.

2. FÁRMACOS

2.1. Betalactámicos

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	CONCENTRACIÓN	DOSIS (mg) x kg/día	DOSIS (cc) x kg/día	OBSERVACIONES
Amoxicilina	EFG 120 ml (250 mg/5 ml) €	1 cc = 50 mg	50 mg x kg/día	0,4 cc x kg/8 h	Ardine 125 > 7,5 Kg Ardine 250 > 15 Kg Clamoxyl 500 en > 30kg
	Ardine 120 ml (250 mg/5 ml)				
	Britamox 120 ml (250 mg/5 ml)				
	Clamoxil 120 ml (250 mg/5 ml)				
	Hosboral 120 ml (250 mg/5 ml)				
Amoxi-Clavulánico * Hay una presentación de Augmentine con 100 mg por ml 4 veces más concentrado.	Amoclave 125/31,25 susp. 120 ml	1 cc = 25 / 6,25 mg	30 mg x kg/día	0,4 cc x kg/8 h	250 en > 20 kg
	EFG 125/31,25 susp. 120 ml €				
	Amoxyplus 125/31,25 susp. 120 ml				
	Augmentine 125/31,25 susp. 120 ml*				
	Burmión 125/31,25 susp. 120 ml				
	Clavumox 125/31,25 susp. 120 ml				
	Duonasa 125/31,25 susp. 120 ml				
	Nivador 60 cc 125 mg/5 ml €				
Cefuroxima	Selan 60 cc 125 mg/5 ml	1 cc = 25 mg	30 mg x kg/día	0,6 cc x kg/12 h	250 en > 25 kg 125 mg en > 8,5 kg 250 mg en > 17 kg
	Zinnat 60 cc 125 mg/5 ml				
	Nivador 60 250/5 ml €				
	Selan 60 cc 250 mg/5 ml				
	Zinnat 60 cc 250 mg/5 ml	1 cc = 50 mg		0,3 cc x kg/12 h	

Cefaclor	Ceclor (125 mg/5 ml) susp. 100	1 cc = 25 mg	40 mg x kg/día	0,15 cc x kg/8 h	125 mg en > de 9,5 kg
	Cefaclor Bexal (125 mg/5 ml) susp. 100 €				250 mg en > 19 kg
Cefixima	Ceclor 250 (250 mg/5 ml) susp. 100	1 cc = 50 mg		0,3 cc x kg/8 h	500 mg en > 38 kg
	Cefaclor Bexal (250 mg/5 ml) susp. 100 €				
Cefibuteno	Denvar 100 mg/5 ml susp.	1 cc = 20 mg	8 mg x kg/día	0,4 cc x kg/24 h	Sobres de 100 en > 12,5
	Necopen 100 mg/5 ml susp.				200 en > 25 kg
	Nocadelin 100 mg/5 ml susp.				
	Biocef 180 mg/5 ml	1 cc = 36 mg	9 mg x kg/día	0,25 cc x kg/24 h	Caps 400 mg > 45 kg
	Cedax 180 mg/5 ml				
	Cefipiran 180 mg/5 ml				

2.2. Macrólidos

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	CONCENTRACIÓN	DOSIS (mg) x kg/día	DOSIS (cc) x kg/toma	OBSERVACIONES
Eritromicina	Pantomicina Forte 500 mg/100 ml	1 cc = 100 mg	50 mg x kg/día	0,15 cc x kg/8 h	Pantomicina 500 en > 30 k
Claritromicina	Brenon (125 ml/5 ml) 100 ml	1 cc = 25 mg	15 mg x kg/día	0,3 cc x kg/12 h	250 en > 33,33 Kg
	Klacid (125 ml/5 ml) 100 ml				
Azitromicina	Kofron (125 ml/5 ml) 100 ml				
	Golix 200 mg/5 ml	1 cc = 40 mg	10 mg x kg/día	10 mg x kg/24 h 3 días	La jeringuilla mide mg
	Toraseptol 200 mg/5 ml €				Fuera de las comidas
	Vinzam 200 mg/5 ml				
	Zentavión 200 mg/5 ml €				
	Zitromax 200 mg/5 ml				

Dimetil-Dimecamicina	1 cc = 50 mg	50 mg x kg/día	0,5 cc x kg/12 h	600 mg en > 24 kg 900 mg en > 36 kg
Momicone 250 mg/5 ml				
Myoxam 250 mg/5 ml				
Normicina 250 mg/5 ml				

2.3. Antihelmínticos

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	CONCENTRACIÓN	DOSIS (mg) x kg/día	DOSIS (cc) x kg/toma	OBSERVACIONES
Mebendazol	Lomper Solución 100 mg/5 ml Meberdan 100 mg/5 ml € Sulfil 100 mg/5 ml	100 mg = 1 crnp = 5 ml	100 mg/12 durante 3 días	5 ml/12 h - 3 día	

2.4. Mucolíticos

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	CONCENTRACIÓN	DOSIS (mg) x kg/día	DOSIS (cc) x kg/toma	OBSERVACIONES
Ambroxol	Ambrolitic (15 mg/3 ml) EFG (15 mg/3 ml) € Motosol (15 mg/3 ml) Mucibron (15 mg/3 ml) Mucosan (15 mg/3 ml) Naxpa (15 mg/3 ml)	1 cc = 3 mg	1,5 mg x kg/día	0,25 cc x kg/8 - 12 h	

2.5. Antihistamínicos

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	CONCENTRACIÓN	DOSIS (mg) x kg/día	DOSIS (cc) x kg/toma	OBSERVACIONES
Hidroxicina	Atarax (10 ml/ 5 mg)	1 cc = 2 mg	1-2 mg x kg/día	0,15-0,3 cc x kg/8 h	
Loratadina	Civeran (5 mg/ 5 ml) Clarityne (5 mg/ 5 ml) EFG (5 mg/ 5 ml) € Optimin (5 mg/ 5 ml) Velodan (5 mg/ 5 ml)	1 cc = 1 mg	5 mg/día < 30 kg 10 mg/día > 30 kg	5 cc/día < 30 kg 10 cc/día > 30 kg o 1 comp	

2.6. Antitusígenos

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	CONCENTRACIÓN	DOSIS (mg) x kg/día	DOSIS (cc) x kg/toma	OBSERVACIONES
Dextrometorfano	Romilar gotas (15 mg/ 1 ml)	20 gotas= 15 ml	1 mg x kg/dosis	1 gota x kg/6 - 8 h	1 comp si > 15 kg
	Romilar jarabe (15 mg/ 5 ml)	3 mg = 1 ml		0,3 ml x kg/6 - 8 h	

2.7. Antitérmicos

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	CONCENTRACIÓN	DOSIS (mg) x kg/día	DOSIS (cc) x kg/toma	OBSERVACIONES
Paracetamol Gotas 100 mg/ml	Actron, Apiretal, Auxidor, Dolostop, Febrectal, Penadol, Tempra, Tylenol gotas	1 cc = 100 mg	60 mg x kg/día	0,1 cc x kg/4 - 6 h	Termalgin 500 mg- 1/8 h si >25 kg- 1/6 h si >32 kg
	Actron, Cupanol, Eféralgan, Febrectal, Panadol, Temporal, Tempra, Termalgin y Tylenol solución	1 cc = 25 mg (125 mg/5ml)		0,8 - 0,6 - 0,4 cc x kg/ cada 8 - 6 - 4 h	
AAS	AAS	100 y 500 mg	60 mg x kg/día	10 - 15 mg x kg/4 - 6 h	No en varicela (S. Reye) AAS infantil → 12,5 kg
Ibuprofeno	Dalsy (100 mg/ 5 ml) Advil infantil (100 mg/ 5 ml) Jinifen (100 mg/ 5 ml) Oberdol (100 mg/ 5 ml) Pinarsina (100 mg/ 5 ml)	1 cc = 20 mg	20 mg x kg/día = 1cc x kg/día	0,25 - 0,3 cc x kg/6 - 8 h	Dosis máx. 30 cc día

Paracetamol supositorios

mg	Nombre ↓ / Peso de niño Kg →	6,25	7,5	8,33	10	12,5	13,66	15	16,25	20	21,67
125	Termalgin lactante										
	Cupanol lactante 125	1/8 h		1/6 h							
150	Febrectal lactante										
	Efferalgan 150		1/8 h		1/6 h						
250	Cupanol infantil 250										
	Gelocatil 250										
	Melabon infantil					1/8 h	1/6 h				
300	Febrectal infantil 300										
	Efferalgan infantil							1/8 h		1/6 h	
325	Termalgin Sup. Infantil								1/8 h		1/6 h

2.8. Broncodilatadores y otros antiastmáticos

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	CONCENTRACIÓN	DOSIS (mg) x kg/día	DOSIS (cc) x kg/toma	OBSERVACIONES
Salbutamol <i>Jarabe</i> (2 mg /5 ml) <u>Solución Aerosol</u> 0,5% soluc 10 ml) <i>Cámara Volumetric</i>	Ventolin, Aldobronquial	1 cc = 0,4 mg	0,4 mg x kg/día	0,3 cc x kg/8 h	
	Ventolin Respirador	1 cc = 5 mg	0,1 mg x kg/4 - 6 h	0,02 cc x kg/4 - 6 h	máx = 1 cc / min = 0,25
	Salbutamol Aldobronquial				
	Ventolin inhal, Airomir Autohaler, Buto asma.	0,1 mg/puff		2 aspiraciones/4 - 6 h	
Terbutalina <i>Jarabe</i> (1,5mg / 5 ml) <u>Solución Aerosol 10%</u> <i>Turbuhaler</i>	Terbasmin soluc, Tedipulmo	1 cc = 0,3 mg	0,3 mg x kg/día	0,3 cc x kg/8 h	
	Terbasmin Solución Aerosol	1 cc = 10 mg	0,3 mg x kg/4 - 6 h	1 gota x kg/4 - 6 h	máx = 34 gotas
	Terbasmin Turbuhaler	0,5 mg/aspiración		2 aspiraciones/4 - 6 h	
	Berotec Jarabe	4 gotas = 1 mg	0,3 mg x kg/día = 1 gota kg/día	0,3 gotas x kg/8 h	
Fenoterol	Berotec Solución Aerosol	4 gotas = 1 mg		2 gotas/4 - 6 h si < 3 a 3 gotas/4 - 6 h si > 3 a	
Budesonida	Pulmicort Turbuhaler 200	200 mg/aspiración	400 - 800 mg/día	2 - 6 aspiraciones día	
	Pulmicort Solución Aerosol	1 cc = 0,25-0,5 mg	0,5 - 1 mg/12 h	1 - 2 cc/12 h	
Teofilina	Eufilina JarabeVent-Retard	1 cc = 16 mg	20 mg x kg/día	0,3 cc x kg/6 h	
		1 caps = 300 mg	6 - 10 mg x kg/8 - 12 h		

2.9. Fármacos de soporte vital avanzado en pediatría

Fármaco	Presentación	Indicaciones	Observaciones	Dosis x kg	Dosis (en ml) por Kg de Peso						
					5 k	10 k	15 k	20 k	25 k	30 k	35 k
Adenosina Adenocor®	Ampollas de 6 mg en 2 ml	Taquicardia QRS estrecho estable	Diluir 1 ampolla en 4 cc de SF 1ª dosis: 0,1 mg x kg hasta un máximo de 6 2ª dosis: 0,2 mg x kg hasta un máximo de 12	1ª ± 0,1 mg x kg 2ª ± 0,2 mg x kg	0,5 1	1 2	1,5 3	2 4	2,5 5	3 6	3,5 7
Adrenalina	1 mg en 1 ml	RCP (de elección)	Dosis inicial (diluida): 1 ampolla (1ml) en 9 cc de SF → dilución 1/10.000 Resto de dosis: sin diluir → 1/1.000, salvo en neonatos, que siempre es diluida	0,1 mg x kg	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5
Amiodarona Trandorex®	Amp. de 150 mg en 3 ml	Taquicardia QRS ancho estable	A pasar de 5 a 60 minutos Se puede repetir hasta un máximo de 15 mg x kg	5 mg x kg	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5
Atropina	1 mg en 1 ml	Bradicardia sintomática Intubación Bloqueo AV 3º	Bradicardia sintomática → 1º mejorar la ventilación → 2º Adrenalina → 3º Atropina Dosis mínima 0,1 y dosis máxima 0,5 mg en niños y 1 mg en adolescentes	0,02 mg x kg	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7
Bicarbonato	10 ml, con 1 mEq en 1 ml	RCP > 10 min PH < 7,10	Diluir 1 Ampolla en 10 cc de SF (0,5 mEq x ml) Limpiar vía tras pasarlo. La adrenalina se inactiva en soluciones alcalinas	1 mEq x kg	10	20	30	40	50	60	70
Cloruro Cálculo	Ampollas al 10%, 10 ml	Hipocalcemia Hipopotasemia Mipernagnesemia Intox por calcio antagonistas	Iv a pasar en 10 – 20 segundos	20 mg x kg (0,2 ml x kg)	1	2	3	4	5	6	7

Digoxina Digoxina®	Amp. de 0,25 mg en 1 ml	Taquicardia QRS estable (3 ^{er} fco.) en < 1 año	iv en bolo lento	15 µgr x kg	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5	1,8	2,1
Glucosa		Hipoglucemia documentada	2-4 ml x kg de glucosado al 25%	0,5-1 gr x kg glucosado al 25%	10 20	20 40	30 60	40 80	50 100	60 120	70 140
Líquidos		Actividad eléctrica sin pulso Hipovolemia	Suero Fisiológico o Ringer Lactato. (No glucosados) Pasarlo más rápidamente posible (< 20 minutos)	20 ml x kg	100	200	300	400	500	600	700
Verapamil Manidón®	Amp. de 2 ml con 5 mg	Taquicardia QRS estable (3 ^{er} fco) en > 1 año	iv en bolo lento	0,1 mg x kg	0,2	0,4	0,6	0,8	1	1,2	1,4
Dopamina	Amp. de 200 mg en 10 ml	Estabilización hemodinámica	• 1-3 µgr x kg / min → Vasodilatador esplánico • 3-10 µgr x kg / min → Inotrópico • > 10 µgr x kg / min → Inótropro y vaso presor Preparación: 0,15 ml x nº de Kg, diluido en 50 ml de SF → 1 ml = 1µgr x Kg. Aumentar de 3 a 5 µgr/min	Nº Kg 1-3 µgr x kg/min 3-10 µgr x kg/min > 10 µgr x kg/min	5 Kg 5-15 15-50 50	10 Kg 10-30 30-100 100	15 Kg 15-45 45-150 150	20 Kg 20-60 60-200 200	25 Kg 25-75 75-250 250	30 Kg 30-90 90-300 300	35 Kg 35-105 105-350 350

2.10. Fármacos para intubación: analgesia, sedación y relajación

Fármaco	Tipo	Dosis	Ventajas	Efectos 2 ^{os}
Morfina	Analgésico y sedante	0,1 mg x kgiv, im, sc	Muy potente	Hipotensión Depresión respiratoria
Fentanilo (Fentanest®)	Analgésico y sedante	2-5 µg x kgiv, im	Produce menos hipotensión	Hipotensión Depresión respiratoria
Ketamina (Ketolar®)	Analgésico y sedante	1-2 mg x kgiv, im	Escasa depresión respiratoria, Broncodilatador	Agitación. Puede aumentar la presión intracra- neal
Metamizol (Noloti®)	Analgésico	0,1 ml xKg (40 mg x kg) iv, im	Analgésico intermedio No deprime la conciencia	Hipotensión
Midazolam (Dormicum)	Hipnótico	0,1-0,3 mg x kg iv, im, it	Efecto rápido y corto	Depresión respiratoria
Diazepam (Valium)	Hipnótico	0,2 x 0,3 mg x kg iv, im, it	Mayor duración que midazolam	Depresión respiratoria
Propofol (Propofol Abbot®)	Hipnótico	0,5 – 3 mg x kg iv	Efecto rápido y corto	Depresión respiratoria Irritante por vía periférica
Vencuronio (Norcurón®)	Relajante muscular	0,1 mg x kg iv	Escaso efecto hemodinámico	
Suxametonio (Anectine®)	Relajante muscular	1-2 mg x kg	Efecto rápido (45 seg), Acción corta	Fasciculaciones

3. BIBLIOGRAFÍA

- López-Herce Cid, J. Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 2ª edic. Publimed 2001.
- Catálogo de especialidades farmacéuticas 2001. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid 2001.



Fundación Pública
Urxencias Sanitarias
de Galicia - 061

Información
divulgativa



XACOBEO 2010
Galicia



XUNTA
DE GALICIA