

Guía de Primeros Auxilios de SAMUR - Protección Civil

Normas generales:

- Cómo actuar ante una emergencia
- Reconocimiento de la víctima
- Activación del servicio de emergencias
- Relación con la víctima

Crisis de ansiedad

Alteraciones de la consciencia:

- Lipotimia
- Síncope, desmayo
- Coma
- Convulsiones

RCP:

- RCP y DESA
- Asfixia y OVACE

Ataque cardíaco y cerebral:

- Infarto (cardíaco)
- ICTUS (cerebral)

Intoxicaciones:

- Intoxicaciones y envenenamientos
- Intoxicación por abuso de alcohol
- Intoxicación por abuso de drogas
- Intoxicación por fármacos
- Intoxicación por alimentos
- Inhalación por inhalación de humo
- Intoxicación por agentes químicos

Picaduras y mordeduras

Reacciones alérgicas

Lesiones en tejidos blandos

Lesiones óseas y musculares

- Traumatismos en cabeza
- Traumatismos en columna
- Traumatismos en tórax y abdomen
- Traumatismos en extremidades

Hemorragias

Lesiones en ojos, oídos y nariz

Trastornos por agentes físicos

- Calor: Quemaduras
- Calor: Hipertermias
- Frío: Congelaciones
- Frío: Hipotermias
- Lesiones por electricidad o rayo
- Ahogamiento

Urgencias pediátricas

Parto y urgencias ginecobstétricas

- Actuación ante un parto de urgencia
- Hemorragias por vía vaginal

Posiciones de espera

Medidas de higiene

Prevención en entornos específicos

- Accidentes de tráfico
- En el medio natural
- En el hogar
- En espacios públicos





Guía de Primeros Auxilios SAMUR - Protección Civil

Las personas que vivimos en comunidad tenemos muchas posibilidades de presenciar a lo largo de nuestra vida alguna situación imprevista en que una o varias personas puedan estar en riesgo vital. En algún caso puede ser alguna persona próxima de nuestro entorno o nosotros mismos. Estas situaciones desagradables para todos, lo son más si nosotros como testigos no podemos hacer nada por ayudar al que está en esta circunstancia, por falta de conocimiento o directrices claras para reconocer esta urgencia o sobre cómo prestar socorro.

Todos los ciudadanos por el hecho de serlo deberíamos recibir, en algún momento de nuestra formación (escuela, instituto, formación profesional, formación universitaria o ya en el entorno laboral), instrucciones sobre cómo realizar una primera asistencia a una víctima en situación de emergencia ya que, probablemente seamos la única oportunidad de sobrevida o limitación de secuelas que esta persona pueda tener hasta la llegada de los servicios de emergencias médicas. De esta primera actuación va a depender, en gran medida, el estado general y la posterior evolución de la víctima, de ahí la gran importancia de estas primeras actuaciones.

Los primeros auxilios son aquellas actuaciones o medidas básicas e inmediatas que se realizan en el mismo lugar en el que ha tenido lugar el accidente o la pérdida de salud de una persona. Se realizan por parte de personas testigo, sean o no sanitarias, con los medios que se tenga al alcance en ese momento y hasta la llegada de personal especializado. Por tanto, los primeros auxilios no son tratamientos médicos, sino acciones encaminadas a reducir los posibles efectos de las lesiones y a mantener el estado del paciente hasta la llegada del servicio médico extrahospitalario.

No debemos olvidar, además, la obligación legal y moral del deber de auxilio que tenemos todas las personas frente al herido o enfermo.

En toda actuación como persona que presta auxilio tenemos que tener en cuenta:

- La importancia de la **información** que se transmita a los servicios médicos de emergencias extrahospitalarios a través del 112 como alertante o primer respondiente. De su precisión y exactitud en cuanto a la localización del incidente, naturaleza, número de víctimas, etc, así como del estado de éstas dependerá el que la ayuda sanitaria llegue antes y que se pueda realizar consejo sanitario al alertante para que pueda ir prestando esos primeros auxilios.
- La **seguridad** propia, del entorno y de la víctima como premisa indispensable para la prestación de ayuda. No se deben prestar primeros auxilios si no existe garantías de seguridad para los intervinientes y para la propia víctima.
- La **tranquilidad** es nuestro máximo aliado para evitar el error y para generar un clima de control y confianza en el entorno, el herido y el resto de personas presentes, y limitar la situación de caos.
- Nuestra actuación solo tiene que limitarse a aquellas **actuaciones estrictamente necesarias** e indispensables para mantener el estado del paciente, tal y como se explica en esta Guía de Primeros auxilios.
- **No se debe mover** al herido o enfermo a no ser que exista riesgo para las personas (incendio, explosión inminente, etc) o situación de emergencia (parada cardiorrespiratoria que precisa reanimación cardiopulmonar inminente).
- Nuestra obligación persiste **hasta la llegada de los servicios médicos de emergencias** extrahospitalarias de manera que nuestra información sobre las circunstancias, evolución y lo realizado sobre la víctima es fundamental transmitirla a estos profesionales.

Por todo ello, SAMUR-Protección Civil, consciente de que los ciudadanos testigos de estas situaciones somos los primeros ojos y manos en la prestación de ayuda a la víctima ha querido apostar por nuestra formación como primeros aliados en la cadena de supervivencia de las personas en situación de emergencia médica a través de la edición de esta guía de primeros auxilios. En ella se reúne la experiencia adquirida en las asistencias sanitarias de sus profesionales, así como su larga experiencia en formación con sus 15.000 personas formadas al año.

Esta Guía tiene como objetivo fundamental colaborar en la difusión y conocimiento de estas prácticas y técnicas insustituibles para la víctima y gratificantes para el prestador del auxilio.

Gracias por permitirlo.



Botiquín de Primeros Auxilios

Picaduras y mordeduras

- Compresas.
- Hielo químico.
- Suero fisiológico.
- Bolsas de agua.
- Vendas.
- Apósitos.
- Alcohol.

Lesiones en partes blandas

- Gasas o pañuelos de tela.
- Jabón neutro.

Lesiones óseas y muscular

- 2 imperdibles grandes.
- Cinta adhesiva.
- Esparadrapo.
- Pañuelos triangulares.
- Cintas de tela.
- Vendas elásticas grandes.



Quemaduras

- Vendas, gasas y compresas estériles.
- Tijera, pinzas.

Intoxicaciones

- Mascarillas de papel con y sin filtro.
- Agua.
- Paños y gasas.

Crisis de ansiedad

- Bolsa de papel o plástico.
- Mascarilla con reservorio.

Lesiones en oídos, nariz y ojos

- Gasas o pañuelos estériles.
- Hielo.

Ahogamiento

- Manta térmica tipo Sirius.

Accidentes de tráfico

- Guantes de trabajo anticorte.
- Triángulos de preseñalización de emergencia homologados.
- Chaleco de alta visibilidad homologado.
- Linterna con pilas de recambio.



Cómo actuar ante una emergencia

✓ Qué hacer:

- ✓ Trate de mantener la calma.
- ✓ Protéjase y proteja al accidentado.
- ✓ Compruebe que la escena donde está el paciente es segura.
- ✓ Sea consciente del peligro y espere a los equipos de rescate, si es necesario.
- ✓ En caso de circulación de vehículos utilice prendas reflectantes, y siga las indicaciones de [Prevención y actuación en accidentes de tráfico](#).
- ✓ Solicite ayuda al 112.
- ✓ Socorra a las víctimas

✗ Qué; NO hacer:

- ✗ Evite la visión en túnel: no focalice la atención a lo más evidente dejando a otras víctimas o situaciones sin atender.
- ✗ No actúe si no está seguro de lo que va a hacer.
- ✗ En caso de peligro no arriesgue su vida.





Reconocimiento de la víctima

Antes de acercarse a una persona para valorar su situación recuerde que debe tomar medidas de autoprotección siguiendo lo indicado en el capítulo [Cómo actuar ante una emergencia](#).

Los signos vitales que deberá buscar en una víctima son **consciencia y respiración**.

En el caso de existir varias víctimas deberá realizar una valoración rápida de estos dos aspectos de cada una de ellas, antes de realizar ninguna maniobra sobre una en particular.

Cómo valorar grado de consciencia:

Proceda de la siguiente manera:

✓ Qué hacer:

- ✓ Sitúese al lado de la víctima y realice estímulos de intensidad progresiva como se indica a continuación:



- Fíjese en si la persona tiene abiertos los ojos, responde a las preguntas, se mueve con normalidad. En este caso estaría **consciente y alerta**.
- Si no tiene abiertos los ojos y respira con normalidad, tóquela con firmeza y grítela preguntando si le pasa algo. Esta persona podría estar, tan solo, profundamente dormida.
- Si responde sin poder mantener el estado de alerta normal, nos encontraríamos ante una situación donde la consciencia estaría **alterada**.
- Si ante estos intentos no obtenemos respuesta de la víctima, nos encontramos ante una persona **inconsciente**.

- ✓ Continúe con la valoración sin perder la calma.

- ✓ Siempre que exista una **alteración de la consciencia llame al 112** indicando la situación en la que se encuentra la víctima.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Perder la calma ante esta situación, usted es capaz de controlarla.
- ✗ Realizar estímulos dolorosos sobre la víctima para valorar inconsciencia, con métodos que puedan provocar lesiones.



Impresión de signos externos de gravedad:

Alteraciones de la respiración y hemorragias visibles:

✓ Qué hacer:

- ✓ Valore el ritmo de la respiración (continuo o con paradas prolongadas), profundidad y rapidez.
- ✓ En el caso que la víctima tenga una hemorragia importante, actúe de forma rápida sobre ellas para detener el sangrado ([Hemorragias](#)).
- ✓ En caso que el paciente no respire, inicie maniobras de Resucitación Cardiopulmonar ([Reanimación cardiopulmonar: RCP](#)).

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Cambiar el orden de la valoración de los signos del paciente: consciencia - respiración - hemorragia.
- ✗ Apoyarse en el pecho del paciente para valorar la respiración.
- ✗ Cerrar la vía aérea mientras valora la respiración.



Valoración de signos y síntomas referidos por la víctima:

En caso de una víctima consciente, es muy importante poder valorar lo que le está ocurriendo. Para ello, debe estar atento a los síntomas que la víctima refiera, así como emplear todos sus sentidos para descubrir lo que le está ocurriendo.

✓ Qué hacer:

✓ Intente que le refiera su síntoma principal

- _ Escuche y pregunte a la víctima qué siente: dolor (físico o interno, como dolor en el pecho o en la espalda, o dolor localizado por un golpe o una lesión), falta de aire, debilidad, falta de fuerza, pérdida de sensibilidad.
- _ Desde cuando sucede (si es de reciente aparición o si las lesiones ya las presentaba con anterioridad).

✓ Indague acerca de antecedentes personales médicos: si tiene alguna enfermedad, si le ha pasado alguna otra vez esta misma situación.

✓ Pregunte acerca del suceso, para valorar su orientación temporal, espacial y personal (dónde está, que día es y cómo se llama).

✓ Busque signos relativos al síntoma referido:

- _ Mire los movimientos del pecho, si tiene sangrados, deformidad, simetría en la cara, quemaduras, objetos clavados, movilidad normal en brazos y piernas.
- _ Toque para notar diferencia de temperatura, si hay alguna deformidad y falta de continuidad en huesos.
- _ Escuche los ruidos que hace al respirar.

✓ Vuelva a llamar al 112 para informar a los servicios de emergencias de los nuevos hallazgos.



✗ Qué NO hacer:



- ✗ Valorar al paciente en profundidad si está inconsciente o no respira. (Priorice la RCP sobre todo lo demás).
- ✗ Intentar hacer diagnósticos médicos. Las sensaciones son muy ambiguas y difíciles de interpretar.
- ✗ Ocultar información porque la considere poco importante. Toda la información relacionada con el caso es relevante.



Solicitud de ayuda al 112. Activación del servicio de emergencias

✓ Qué hacer:

- ✓ Mantenga la calma para hablar con el operador.
- ✓ Indique la dirección exacta del suceso aportando número, cruce de calle, y puntos de referencia.
- ✓ Indique que es lo que ocurre.
- ✓ Comunique el número de heridos y si le impresionan gravedad.
- ✓ Interrogue a la víctima acerca de antecedentes y tratamientos que toma.
- ✓ Confirme al operador su número telefónico para cualquier consulta posterior.
- ✓ Si el estado de la víctima varía o se marchara del lugar, comuníquelo al operador.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ No cuelgue hasta que no se lo indique el operador.
- ✗ No abandone la ubicación exacta que le ha indicado al operador.

Cómo hacer la transferencia al servicio de emergencias

✓ Qué hacer:

- ✓ Esté atento a la llegada de la ambulancia para indicar su ubicación exacta.
- ✓ Comunique la información que haya podido recabar al paciente: antecedentes, tratamientos actuales u otros.
- ✓ Facilite cualquier información que le solicite el servicio de emergencias.
- ✓ Ayude al personal sanitario en lo que se le solicite.
- ✓ Espere a que el servicio de emergencias y policía le indique que se retire.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ No entorpezca las maniobras del servicio de emergencias médicas.
- ✗ No abandone el lugar sin previo aviso al personal sanitario de emergencias.





Relación con la víctima

Una persona que ha sufrido un accidente o repentina enfermedad, se encontrará asustada, perdida, desorientada. Su actuación será determinante para conseguir un estado de seguridad y tranquilidad.

✓ Qué hacer:

Acciones generales

- ✓ Establezca una relación de confianza y seguridad para ayudar a la víctima.
- ✓ Llame a la víctima por su nombre y preséntese manifestando su intención de ayudarle
- ✓ Actúe de forma calmada y sosegada, empleando frases cortas y mensajes claros con un tono de voz agradable.
- ✓ Actúe de igual manera con los gestos.
- ✓ Acompañe en todo momento a la víctima.
- ✓ Proteja la intimidad de la víctima.
- ✓ Evite signos externos de alarma.
- ✓ Facilite la expresión de emociones y sentimientos.
- ✓ Deje hablar y escuche lo que tenga que decirle.
- ✓ Identifique necesidades básicas inmediatas de la víctima.



Relación con niños

A lo anterior añada:

- ✓ Sirvase de algún juguete o entretenimiento infantil para mantenerlo distraído.
- ✓ Pregúntele sobre sus miedos, esto le ayudará a controlar la situación.
- ✓ Permita que los padres estén con el niño para tranquilizarle.

Relación con ancianos

Como los niños, las personas mayores son más vulnerables y la mayoría pueden tener mermadas sus facultades de comunicación (habla, visión y escucha).

A las acciones generales citadas anteriormente, debe añadir:

- ✓ Pregúntele sobre lo ocurrido varias veces (posibilidad de amnesia).
- ✓ Insista sobre tratamientos médicos y enfermedades varias ocasiones.
- ✓ Deje que se exprese.
- ✓ Haga preguntas concisas y fáciles de entender.
- ✓ No pierda la calma ante personas que no puedan entenderle.
- ✓ Trate con respeto utilizando las fórmulas apropiadas a la edad.

Relación con personas con ideas suicidas

- ✓ Ante una persona con ideas en evidente fase de suicidio, llame al 112.
- ✓ No cierre la comunicación con el 112.
- ✓ No se acerque a la víctima, guarde un espacio con ella.
- ✓ Hable con seguridad y con voz calmada.
- ✓ Realice una valoración rápida de la víctima: Identifique signos de alteración física, psíquica, emocional y motora.
- ✓ Identifique los factores que, posiblemente, hayan precipitado la crisis e intentos autolíticos previos.
- ✓ Establezca, junto con la víctima, las necesidades inmediatas y posteriores.
- ✓ Facilite la expresión verbal y emocional de pensamientos e ideación autolítica.
- ✓ Reduzca los estímulos estresantes.
- ✓ A la llegada de los Servicios de Emergencias aporte toda la información que haya podido recabar, y no abandone la escena si así se lo solicitan los profesionales del servicio médico extrahospitalario. Podría seguir siendo el interlocutor con la víctima.



Crisis de ansiedad

Una crisis de ansiedad es una respuesta repentina de miedo o malestar intenso. Deberá buscar cualquiera de los siguientes signos y síntomas:

- Aumento de las pulsaciones y dolor de pecho no opresivo.
- Sensación de ahogo.
- Rigidez en piernas y brazos o sensación de hormigueo.
- Dolor abdominal.
- Sudoración excesiva.

✓ Qué hacer:

- ✓ Aíse a la víctima del entorno estresante.
- ✓ Intente relajar a la víctima con respiraciones calmadas y sucesivas, tomando el aire por la nariz y expulsándolo por la boca.
- ✓ Tranquilece a la víctima indicándole que la situación se va a controlar si sigue los consejos.
- ✓ Si tiene una bolsa, haga que respire dentro de ella.
- ✓ Hable en tono bajo procurando mantener un ritmo que no aumente el nerviosismo de la víctima.
- ✓ Valore la rapidez del pulso, número de respiraciones y dolor.
- ✓ Facilite intimidad a la víctima.
- ✓ Obtenga información de lo ocurrido.
- ✓ Mantenga la calma y pida ayuda al Servicio de Urgencias 112.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Hacer gestos o aportar estresores a la escena que pudieran aumentar la crisis.
- ✗ Dar bebidas o alimentos excitantes (café, bebidas de cola, chocolate, té, las bebidas "energéticas" son algunos productos de consumo habitual que pueden aportar excitantes suficientes para desencadenar una crisis de ansiedad).
- ✗ Juzgar el por qué de la crisis de ansiedad de la víctima.



Lipotimia - presíncope

Es la sensación de **mareo sin pérdida de conocimiento** durante un período de tiempo muy corto y con una recuperación rápida y completa.

Puede producirse por emociones intensas, largos períodos de ayunas mantenidos (frecuente en personas que no desayunan), visiones desagradables, lugares muy calurosos donde esté muy abrigado, personas que están mucho tiempo de pie sin poder moverse, ejercicio excesivo, miedo, dolor, entre otros.

Usted debe sospecharlo si la víctima tiene sensación de mareo y se acompaña de:

- Sensaciones raras (sonidos lejanos, visión borrosa, hormigueo en manos).
- Piel pálida, fría y sudorosa (sobre todo en la cara).
- Caída al suelo por debilidad en las piernas.
- Es posible que si busca el pulso radial (en la muñeca) no lo encuentre o éste sea débil, lento e incluso arrítmico.
- Debilidad muscular (los músculos están flojos y sin tensión).
- Náuseas o dolor de tripa (retortijones).

✓ Qué hacer:

- ✓ Guarde la calma, controle la situación.
- ✓ Evite que la víctima caiga al suelo y tumbela.
- ✓ Si ya estuviera en el suelo, colóquela tumbada boca arriba y elévele las piernas unos 45°, posición antishock (ver figura).
- ✓ Facilite a la víctima que respire sin ninguna dificultad (aflojando cuellos, corbatas, bufandas, cinturones, sujetadores, etc.).
- ✓ Consiga un ambiente fresco y con aire limpio en el lugar donde se encuentra abriendo una ventada o desarropando un poco a la víctima si estuviera muy abrigada.
- ✓ Evite aglomeraciones de gente a su alrededor.
- ✓ Nunca deje sola a la víctima.
- ✓ Llame al 112 y comunique lo sucedido, explicando síntomas y cambios en el estado de la víctima.
- ✓ Controle los signos vitales y anótelos.
- ✓ Si pudo golpearse al caer, revise en busca de heridas o contusiones, y proceda según la lesión (ver capítulos [Lesiones en tejidos blandos](#) y [Lesiones óseas y musculares](#)).
- ✓ Cuando la víctima se haya recuperado por completo, siéntela despacio antes de ponerla de pie y aguarde un rato en esa posición para comprobar que no se repite el mareo.
- ✓ Intente averiguar qué estaba haciendo la víctima (especialmente esfuerzos), si ha comido y enfermedades que padezca.
- ✓ Cuando lleguen los servicios de emergencias médicas, explíqueles lo sucedido, las medidas que ha realizado y que se encontraba haciendo la víctima antes del episodio.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dar de comer ni beber a la víctima hasta que se haya recuperado totalmente, ya que puede atragantarse con mucha facilidad.
- ✗ Administrar medicamentos.
- ✗ Permitir que se levante bruscamente.



Síncope, desmayo

Es la pérdida de la consciencia durante un período de tiempo muy corto y con una recuperación rápida y completa. Puede producirse por emociones intensas, largos períodos de ayunos mantenidos, visiones desagradables, lugares muy calurosos donde estamos muy abrigados, personas que están mucho tiempo de pie sin poder moverse, ejercicio excesivo, miedo, dolor, entre otros. También puede ser resultado de arritmias cardíacas, problemas neurológicos u otras enfermedades.

Usted debe sospecharlo si la víctima sufre una pérdida de conocimiento acompañado de:

- Sensación de mareo o de sensaciones raras (sonidos lejanos, visión borrosa, hormigueo en las manos u otros similares).
- Piel pálida, fría y sudorosa (sobre todo en la cara).
- Caída al suelo por debilidad en las piernas.
- Es posible que si busca el pulso radial (en la muñeca) no lo encuentre o éste sea débil y lento.
- Pérdida de tono muscular (los músculos están flojos y sin tensión).
- Náuseas o dolor de tripa (retortijón).



✓ Qué hacer:

- ✓ Actúe como en el apartado de [presíncope](#).
- ✓ Si la víctima no responde, valore su respiración. Si ésta está ausente o es ineficaz (boqueos, escaso movimiento torácico o con poca frecuencia) realice reanimación cardiopulmonar (Ver capítulo [Reanimación cardiopulmonar](#))
- ✓ Si la víctima no se recupera pero va respondiendo, colóquela en [posición lateral de seguridad](#) (ver figura).



- ✓ Controle signos vitales y anótelos.
- ✓ Cuando la víctima se haya recuperado por completo, siéntela despacio antes de ponerla de pie y aguarde un rato en esa posición para comprobar que no se repite el mareo o la pérdida de conocimiento.
- ✓ Intente averiguar qué estaba haciendo la víctima (especialmente algún esfuerzo), si ha comido y enfermedades que padezca.
- ✓ Si pudo golpearse al caer, revise en busca de heridas o contusiones, y

proceda según la lesión (ver capítulos [Lesiones en tejidos blandos](#) y [Lesiones óseas y musculares](#)).

- ✓ Cuando lleguen los servicios de emergencias médicas, explíqueles lo que ha sucedido, las medidas realizadas y toda la información que tenga sobre la víctima.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dar de comer ni beber a la víctima hasta que se haya recuperado totalmente, ya que puede atragantarse con mucha facilidad.
- ✗ Administrar medicamentos.
- ✗ Permitir que se levante bruscamente.



Coma

Situación en la que una persona pierde la consciencia de forma severa, profunda y prolongada, no teniendo ninguna respuesta a órdenes verbales ni estímulos dolorosos y con anulación de los reflejos protectores (tos y deglución), pero conservando pulso y respiración. Existen una serie de causas que lo pueden producir, que pueden ser:

- Debido a un traumatismo en cabeza (ver capítulo [Traumatismos en cabeza](#)).
- Por falta de azúcar en sangre (hipoglucemia).
- Ingestión de tóxicos ([alcohol](#), [drogas](#) o [medicamentos](#)).
- Problemas a nivel cerebral ([ICTUS](#), meningitis, convulsiones).
- Por falta de oxígeno en el cerebro, patologías derivadas del calor o del frío extremo, etc.

✓ Qué hacer:

- ✓ Mantenga la calma. Controle la situación.
- ✓ Sitúe a la víctima en una posición adecuada para valorar los signos vitales (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)).



- ✓ Afloje todas las ropas que le puedan impedir respirar (corbatas, cinturones, pantalones, etc.).
- ✓ Si la víctima respira, colóquela en [posición lateral de seguridad](#) (ver figura). asegurándose, cada poco tiempo, de que sigue respirando.
- ✓ Si la causa fue traumática, tumbe a la víctima boca arriba manteniendo abierta la vía aérea, sujetando la cabeza.
- ✓ Si no respira o su respiración es ineficaz (boqueos, escaso movimiento torácico), prepárese para iniciar maniobras de resucitación (ver [Reanimación cardiopulmonar](#)).
- ✓ Pregunte a los testigos presentes qué estaba haciendo la víctima anteriormente al suceso, cuándo ha sucedido y si padece alguna enfermedad importante (diabetes).
- ✓ Llame al 112 y explique la situación de la víctima, así como toda la información sobre antecedentes y lo que se encontraba haciendo antes de perder la consciencia.
- ✓ Si fuera preciso, tape a la víctima para evitar que coja frío.
- ✓ Nunca deje sola a la víctima.
- ✓ Si tuviese alguna herida visible, trátela como se indica en los capítulos [Lesiones en tejidos blandos](#) y [Lesiones óseas y musculares](#).
- ✓ Si la víctima recupera la consciencia, intente averiguar que le ha sucedido.
- ✓ A la llegada de los servicios de emergencias médicas, infórmeles de lo que ha sucedido, de todos los cambios que se hayan producido, antecedentes recogidos y las maniobras realizadas.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dar de comer ni beber a la víctima, ya que podría atragantarse.
- ✗ Movilizar a la víctima si la causa fue traumática.



Convulsiones

Son contracciones bruscas, involuntarias, repetidas y anormales de los músculos, provocadas por estímulos cerebrales. Suelen provocar debilidad o pérdida de consciencia. La causa más habitual es la epilepsia, pero pueden darse por otras razones como lesiones en la cabeza, enfermedades cerebrales, fiebre, hipoglucemias, ingesta de tóxicos, etc.

Usted deberá sospechar siempre que aparezca uno de estos síntomas:

- Pérdida súbita del conocimiento a veces profiriendo un grito.
- Rigidez permanente en miembros o espalda (convulsión tónica).
- Movimientos que sacuden el cuerpo (convulsión tónico-clónica).
- Apnea o falta de respiración acompañada de labios morados.
- Mandíbula apretada, enrojecimiento de la cara y ojos desviados, fijos o en blanco.
- Movimientos repetitivos raros como chuparse el labio, masticar o hacer ruidos.
- Incremento en la salivación (a veces sale en forma de espuma).
- Sangre en la boca (si se ha mordido la lengua).
- Pérdida del control de esfínteres (la víctima puede orinarse o defecar encima).
- Tras la crisis aparece desorientación en la víctima.
- Recuperación de la consciencia de forma progresiva y lenta.

En personas que ya han tenido más crisis, puede existir un "aviso" llamado *aurea* donde la víctima siente olores o sabores raros.

✓ Qué hacer:

- ✓ Guarde la calma. Controle la situación.
- ✓ Si advierte que la víctima va a padecer una crisis, evite que se caiga.
- ✓ Haga espacio a su alrededor para que no se golpee ni le caiga algún objeto encima.
- ✓ Proteja la cabeza de la víctima poniendo algo blando debajo (por ejemplo: ropa, cojines, almohadas) sin forzar su cuello.
- ✓ Afloje todas las prendas apretadas, a nivel de cuello y cintura, que puedan oprimir a la víctima al respirar.
- ✓ Anote la duración de la crisis, tipos de movimientos o cualquier otro síntoma.
- ✓ Infórmese de los antecedentes previos (epilepsia, diabetes, episodios semejantes, traumatismo craneoencefálico).
- ✓ Si aparecen vómitos o sangre, gire a la víctima para evitar que se ahogue.
- ✓ Una vez ha pasado la crisis, compruebe que la respiración está presente.

_ Si la víctima respira, póngala en [posición lateral de seguridad](#) (ver



figura).

_ Si la víctima no respira o la respiración es ineficaz (boqueos, escaso movimiento torácico o con poca frecuencia) realice reanimación cardiopulmonar (Ver capítulo [Reanimación cardiopulmonar](#))

- ✓ Llame al 112 informando de lo sucedido, sobre todo si la víctima no recupera la consciencia pasados 10 minutos, si el ataque dura más de 5 minutos o si las crisis se repiten.
- ✓ Espere a los servicios de emergencias médicas para darles información de lo sucedido, las medidas realizadas y toda la información que tenga sobre la víctima.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Sujetar a la víctima durante las contracciones musculares.
- ✗ Intentar meter la mano en su boca ni cualquier objeto (podría romperse o tragarse).
- ✗ Forzar la mandíbula para abrirla e introducir algo o evitar que se muerda la lengua.

- ✗ Dar bebidas o alimentos cuando la víctima comience a recuperar la consciencia.

Existen un tipo de convulsiones llamadas “ausencias” donde la víctima se desconecta de la realidad y está con la mirada perdida unos minutos, que puede acompañarse o no de otros síntomas, y luego vuelve en sí. La actuación es similar a la anteriormente descrita.

Convulsiones en los niños

En los niños, las convulsiones suelen derivarse de un aumento de la temperatura corporal por catarros, infecciones... Se llaman también convulsiones febriles y se deben a una respuesta del cerebro ante la elevada temperatura. Los síntomas son similares a las de los adultos y suelen ir acompañadas de fiebre.

✓ Qué hacer:

- ✓ Proceda igual que en adultos. También:
 - _ Tome la temperatura de la víctima si es posible.
 - _ Retire la ropa de la víctima e intente enfriarla con un baño de agua templada o paños fríos en frente, muñecas, ingles y axilas.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Lo mismo que en adultos.
- ✗ Enfriar demasiado rápido ni bruscamente.
- ✗ Bajar la temperatura de la víctima por debajo de 37 °C.



Resucitación Cardiopulmonar (RCP)

Son las maniobras que deben efectuarse en aquellas personas que sufren una parada cardiorrespiratoria (PCR). La PCR es la interrupción brusca, inesperada y en principio reversible de la circulación y de la respiración espontáneas.

¿Cómo identificarla? La persona se encuentra inconsciente y no respira con normalidad o simplemente no respira.

✓ Qué hacer:

- ✓ Verifique que la zona es **segura**.
- ✓ Acérquese a la víctima y pregúntele qué le sucede.

Si la víctima le contesta o se mueve, está **consciente**:

- ✓ Déjele en la misma posición y busque lesiones evidentes.
- ✓ Averigüe la causa del incidente.
- ✓ En caso necesario alerte al 112.

Si la víctima no responde o no se mueve, está **inconsciente**:

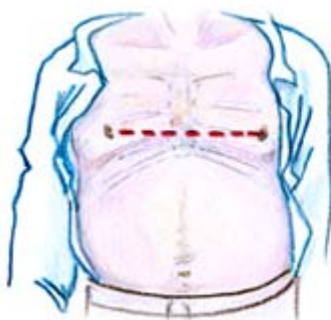
- ✓ Ante una víctima inconsciente observe si respira (observe si el tórax se mueve, hay ruidos respiratorios o siente la respiración), no utilice más de diez segundos para ello:
 - _ Si la víctima **respira** colóquela en posición lateral de seguridad.
 - _ Si la víctima **no respira**, o su **respiración no es buena** (agónica o boquea), alerte al 112 o pida a alguien que lo haga, **solicite un DEA** e inicie **maniobras de RCP**. En caso de dudar si la respiración es normal, actúe como si no lo fuera.



Maniobras de RCP

Normalmente, recibirá instrucciones por parte de un operador del 112 sobre cómo ejecutar las maniobras de RCP. En tal caso proceda como le indican. Si esto no fuera posible, actúe de la siguiente manera:

- _ Colóquese de rodillas al lado de la víctima para hacer compresiones.
- _ Descubra el tórax del paciente y coloque el talón de una mano en el centro del pecho, que es la mitad inferior del hueso central del pecho de la víctima o esternón. Ponga la otra mano encima y entrelace los dedos.
- _ Estire los brazos, **hombros perpendiculares al punto de masaje y espalda recta**.



- _ Ejerza presión dejando caer los hombros. Comprima el pecho fuerte y rápido con una velocidad de entre **100 y 120 compresiones por minuto**, con una profundidad de al menos cinco centímetros y dejando que el tórax se reexpanda entre compresiones.
- _ Utilice el DEA en cuanto esté disponible.
- _ Continúe con las compresiones torácicas hasta la llegada de los servicios de emergencia, hasta que se agote y no pueda continuar o hasta que la víctima tenga signos de vida: respire, tosa o se mueva.
- _ Cuando lleguen los servicios de emergencias médicas, explique lo que ha sucedido, las medidas realizadas y toda la información que tenga sobre la víctima.

En **niños entre un año y la pubertad**, comprima 1/3 de la profundidad del pecho. Las compresiones se pueden hacer con uno o dos brazos, a criterio del rescatador y según sea el tamaño del mismo y de la víctima con cuidado de no causarle lesiones

En **lactantes**, menores de un año, las compresiones se harán con dos dedos y el punto de compresión será un dedo por debajo de la línea imaginaria intermamilar. Sujete la cabecita de la víctima por la frente con la palma de su mano libre.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dejar sola a la víctima, salvo si tuviera que llamar al 112 y conseguir un DESA usted mismo.
- ✗ Tardar más de diez segundos en determinar si la víctima respira.
- ✗ Mantener la presión entre compresión y compresión.
- ✗ Aplicar presión sobre la parte alta del abdomen o la parte final del esternón.
- ✗ Si da ventilaciones a la víctima, no esté más de quince segundos sin hacer compresiones, ventile lo justo para elevar el tórax y con una duración para cada insuflación de un segundo. No de ventilaciones si no conoce la técnica, es preferible solo hacer compresiones.

Desfibrilador Externo Automatizado (DEA)



Un DEA es un dispositivo electrónico portátil que, a través de los parches colocados en el tórax de la víctima y que van conectados al aparato, identifica los ritmos de parada cardiorespiratoria que necesitan una desfibrilación como tratamiento. La desfibrilación consiste en emitir un impulso de corriente eléctrica al corazón para que recupere su ritmo cardíaco normal.

Deberá utilizarse en todos aquellos casos en los que la víctima este inconsciente y no respire o lo haga anormalmente. Basta con abrirlo, ponerlo en funcionamiento y seguir sus instrucciones. Su uso está recomendado en víctimas de cualquier edad, aunque hasta los ocho años deberían usarse parches pediátricos si se dispone de ellos.

Cada vez se encuentran más DEA ubicados en lugares de acceso público y son fácilmente localizables por la señalización internacional. En caso de ser necesario, pida a alguien que

avise al 112 y traiga un DEA mientras usted administra compresiones torácicas. Utilícelo en cuanto esté disponible.





Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)

Es una obstrucción del paso del aire a los pulmones a consecuencia de un objeto en la vía aérea.

Síntomas de alerta: El signo universal de atragantamiento es llevarse las manos al cuello. Otros signos pueden ser la dificultad para hablar y el color azulado de la piel o la salivación por boca.

✓ Qué hacer:

- ✓ Si la víctima puede **toser**, anímele a que tosa y vigile.
- ✓ Si la víctima no puede toser o ya no tiene fuerza para ello, pero sigue consciente, inicie **compresiones abdominales**. Para ello:



- _ Pregunte a la víctima si se está ahogando y dígame que le va a ayudar.
- _ Colóquese detrás y abrace a la víctima por la espalda con los dos brazos. En esta posición y de pie, coloque una mano cerrada apoyando el puño con el pulgar sobre el abdomen, justo por encima del ombligo y por debajo del final del esternón y la otra recubriendo la primera.
- _ Presione en ese punto, en dirección hacia dentro y hacia arriba.
- _ Alterne esta maniobra con golpes fuertes en la espalda, con la palma de su mano entre ambas escápulas de la víctima, a razón de 5 veces seguidas cada una hasta que se expulse el objeto o la víctima pierda el conocimiento.



- _ En embarazadas, personas obesas o menores de un año las compresiones abdominales son sustituidas por **compresiones torácicas**. El lugar de compresión será el mismo que en la [parada cardiorrespiratoria](#).
- _ En los menores de un año, alterne cinco compresiones torácicas con los dedos y cinco golpes fuertes entre las escápulas, todo ello con la cabeza del bebé más baja que el cuerpo.



- ✓ Si la víctima perdiera el conocimiento:

- _ Avise al 112 o pida a alguien que lo haga.
- _ Túmbe a la persona en el suelo boca arriba, colóquese a su lado de rodillas e inicie compresiones torácicas de la misma manera que si de una [parada cardiorrespiratoria](#) se tratase.
- _ Continúe las compresiones, sin dejar de observar la boca de la víctima por si apareciera el objeto, hasta la llegada de los servicios de emergencia médicas, hasta que se agote y no pueda continuar, o hasta que la víctima tenga signos de vida: respire, tosa o se mueva.

- ✓ Cuando lleguen los servicios de emergencias médicas, explique lo que ha sucedido, las medidas realizadas y toda la información que tenga sobre la víctima.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Realizar compresiones abdominales a menores de un año, podría provocarles daños mayores.
- ✗ Realizar las compresiones fuera del lugar indicado, pues podría producir daños en costillas o intestino.
- ✗ Intentar extraer el cuerpo extraño con los dedos a ciegas del interior de la boca.



Infarto agudo de miocardio (ataque cardiaco)

Situación en la que las arterias coronarias (que son las que llevan la sangre al corazón) se obstruyen y ese corazón se queda sin riego sanguíneo. Es una situación de extrema urgencia en la que es imprescindible que la víctima reciba atención médica de emergencias.

Se debe sospechar siempre que aparezcan algunos de estos síntomas:

- Dolor persistente en el pecho que se puede extender al cuello, brazos, hombro, espalda y mandíbula. Al cambiar de postura ese dolor no se modifica.
- Problemas para respirar, respiraciones más rápidas, sensación de ahogo; a veces hay jadeo ("hambre de aire").
- Piel fría, pálida, sudorosa y azulada.
- Debilidad o mareo repentino.
- Molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos.
- Alteraciones en el pulso (puede estar rápido y débil, o irregular).
- La víctima puede describir una sensación de "muerte inminente".
- Inconsciencia y seguidamente, parada cardiorrespiratoria.



✓ Qué hacer:

- ✓ Guarde la calma. Mantenga el control de la situación.
- ✓ Coloque a la víctima en una posición en la que se encuentre cómoda y sin hacer ningún tipo de esfuerzos (ver capítulo [Posiciones de espera](#)).
- ✓ Llame al 112 y apunte la hora de inicio de los síntomas (dolor) especificando los que ha identificado.
- ✓ Si la persona está consciente:
 - _ Déle media aspirina con UN POCO de agua.
 - _ Si estuviera en tratamiento por angina de pecho, déle su medicación. La víctima sabrá como administrársela; ayúdele.
 - _ Indague sobre antecedentes médicos previos y circunstancias del suceso (ejercicio, reposo, ayunas, etc.)
- ✓ Afloje todas las ropas que le estuvieran oprimiendo (cinturones, cuellos, bufandas...) y permita una buena respiración.
- ✓ Controle los signos vitales de la persona y si queda inconsciente, valore la respiración:
 - _ Si la víctima no respira prepárese para maniobras de RCP (ver capítulo [Reanimación cardiopulmonar](#)).
 - _ Si respira colóquelo en [posición lateral de seguridad](#) (ver figura) y no pierda de vista la respiración.



- ✓ Controle a la víctima y no la deje sola en ningún momento hasta que llegue ayuda.
- ✓ Indague sobre antecedentes médicos previos y circunstancias del suceso (ejercicio, reposo, ayunas, etc.)
- ✓ Cuando lleguen los servicios de emergencias médicas, explique lo que ha sucedido, las medidas realizadas y toda la información que tenga sobre la víctima.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dar una medicación que no sea la que le hayan recetado al propio paciente, aunque un viandante le diga que él la toma para estos mismos síntomas.
- ✗ Permitir que la persona haga cualquier esfuerzo, como andar o subir escaleras.
- ✗ Dar comida o bebida a la víctima. Si se atraganta, los esfuerzos para toser o las náuseas empeoran la situación.
- ✗ Poner nerviosa a la víctima, porque la angustia empeora la situación del paciente y aumenta la demanda de oxígeno del corazón.
- ✗ Trasladar directamente a la víctima por sus medios sin esperar a los servicios de emergencias médicas.



ICTUS

Estado en el que se deteriora el riego sanguíneo de una parte del cerebro por un coágulo (o trombo) o por la rotura de un vaso (hemorragia). Es importante que la persona reciba atención médica de emergencias lo antes posible.

Suele afectar a personas mayores (sobre todo mujeres) y se puede reconocer por:

- Cambios repentinos o pérdida gradual en la consciencia de la persona.
- Falta de coordinación de movimientos.
- Alteraciones en el tono muscular (sobre todo en músculos de la cara): Pida a la víctima que enseñe los dientes y si solo mueve un lado de la cara o el movimiento es asimétrico, el cerebro está afectado.
- Problemas al hablar o al tragar.
- Pérdida de movimiento y fuerza en brazos o piernas.
- Dolor de cabeza intenso y repentino.
- Confusión. Estado mental y emocional similar a la embriaguez sin haber consumido bebidas alcohólicas.



✓ Qué hacer:



- ✓ Guarde la calma. Controle la situación.
- ✓ Facilite a la víctima que respire sin ningún obstáculo (aflojando cuellos, corbatas, bufandas, cinturones, etc).
- ✓ Llame al 112 y apunte la hora de inicio de los síntomas. Especifique en la llamada los síntomas que aparecen.
- ✓ Tumbé a la víctima con la cabeza y los hombros un poco levantados, apoyados por ejemplo, en una almohada.
- ✓ Asegure el ambiente relajado de la víctima, sin ningún tipo de estrés (sin ruidos y con luces suaves).
- ✓ Si hiciese mucho frío o mucho calor ambiental, adecúe las ropas de la víctima a la temperatura.

✓ Si la persona queda inconsciente valore la respiración:

- _ Si no respira prepárese para iniciar maniobras de RCP (ver capítulo [Reanimación cardiopulmonar](#)).
- _ Si la persona respira colóquela en [posición lateral de seguridad](#) (ver figura) y vigile su respiración.



- ✓ Espere a que llegue ayuda y anote todos los cambios que aparezcan en el estado de la víctima.
- ✓ Indague sobre antecedentes médicos previos y circunstancias del suceso (ejercicio, reposo, ayunas, etc).
- ✓ Cuando lleguen los servicios de emergencias médicas, explique lo que ha sucedido, las medidas realizadas y toda la información que tenga sobre la víctima.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dar de comer ni beber a la víctima, ya que puede atragantarse con mucha facilidad.
- ✗ Forzar a la víctima para hablar o moverse.
- ✗ Administrar algún tipo de medicamento.
- ✗ Intentar sujetar a la víctima si aparecen [convulsiones](#) o se agita, solamente evite que se haga daño.
- ✗ Movilizar el cuello o ponerle cosas apretadas.
- ✗ Dejar sola a la víctima.
- ✗ Trasladar directamente a la víctima por sus medios sin esperar a los servicios de emergencias médicas.

Intoxicaciones y envenenamientos

Son las reacciones del organismo ante la entrada de cualquier sustancia tóxica, causando lesiones o enfermedades y, en ocasiones, la muerte. El grado de toxicidad varía según la edad, sexo, estado nutricional, vías de penetración y concentración del tóxico.

Las intoxicaciones pueden presentarse por:

- Dosis excesivas de medicamentos o drogas.
- Almacenamiento inapropiado de medicamentos y venenos.
- Utilización inadecuada de insecticidas, pulgicidas, cosméticos, derivados del petróleo, pinturas o soluciones para limpieza.
- Por inhalación de gases tóxicos.
- Consumo de alimentos en fase de descomposición o de productos enlatados que estén soplados o con fecha de consumo caducada.
- Manipulación o consumo de plantas venenosas.
- Ingestión de bebidas alcohólicas especialmente las adulteradas.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Mezclar medicamentos con alcohol, especialmente barbitúricos, tranquilizantes, antibióticos o antiparasitarios.
- ✗ Tomar medicamentos de frascos sin etiqueta o si ésta no es legible.
- ✗ Tomar o administrar medicamentos a oscuras. Encienda las luces.
- ✗ Tomar medicamentos en presencia de niños.
- ✗ Guardar medicamentos o productos tóxicos en armarios o cajones abiertos y que estén al alcance de los niños.
- ✗ Guardar fármacos que no utilice o caducados.
- ✗ Consumir conservas cuando el envase esté abollado, perforado, caducado o al abrirse desprenda olores raros.
- ✗ Consumir alimentos que no estén refrigerados adecuadamente.
- ✗ Almacenar productos tóxicos en botellas de bebidas.



Intoxicaciones producidas por abuso de alcohol

Signos y síntomas de alarma:

La víctima podrá ser auxiliada en estado inicial de euforia o en estado más avanzado de embriaguez, manifestado por un comportamiento confuso o incluso la pérdida de sensibilidad o consciencia.

Busque:

- Mareos y vómitos.
- Alteraciones en el habla, en los reflejos, al caminar.
- Alteraciones de conducta que pongan en riesgo su vida.
- Alteraciones de la consciencia: Si estuviera inconsciente, avise al 112 (ver [Alteraciones de la consciencia y urgencias neurológicas: coma](#)) y prepárese para realizar maniobras de RCP (ver [Reanimación cardiopulmonar](#)).

✓ Qué hacer:

- ✓ Evite el enfriamiento de la persona.
- ✓ Si está consciente, contesta adecuadamente a las preguntas y no existe riesgo por alteración de conducta, busque una persona que se haga cargo de su observación y traslado a domicilio.
- ✓ Si el paciente tiene lesiones asociadas, solicite ayuda al 112 para su valoración por parte de los sanitarios.
- ✓ Si el paciente está inconsciente: Vigile la respiración y evite que la víctima se ahogue con su propio vómito en [posición lateral de seguridad](#).
- ✓ Indague sobre antecedentes médicos previos y circunstancias del suceso.
- ✓ Comunique al personal del servicio médico extrahospitalario la información recogida y lo realizado con la víctima.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dar de comer, beber o fumar.
- ✗ Abandonar a la víctima.





Intoxicaciones por abuso de drogas

Observe si la víctima inicia una fase de excitación, agitación motora y posterior fase depresiva con posible pérdida de consciencia.

✓ Qué hacer:

- Mantenga la calma y avise al 112 si se manifiesta la situación anteriormente descrita.
- Valore continuamente la consciencia y la respiración:
 - _ Si la persona está inconsciente y no respira o la respiración es ineficaz (escaso movimiento torácico o con poca frecuencia), realice maniobras de [Reanimación cardiopulmonar](#)
 - _ Si está inconsciente y respira, colóquela en [posición lateral de seguridad](#) y vigile la respiración.
- Observe el lugar para averiguar lo sucedido (busque papelines, papel de aluminio con resto de sustancias, agujas, jeringuillas, gomas de compresión). Evite riesgos. No toque nada del entorno. Tenga especial cuidado con la manipulación de agujas.
- Averigüe el tipo de droga consumida, vía de penetración, signos de hemorragia por la nariz o sangrado en zonas del cuerpo, especialmente brazos como consecuencias de existencia de pinchazos. Tiempo transcurrido.
- Busque otros signos acompañantes de la intoxicación (tendencia al sueño, irritabilidad, nerviosismo, fiebre, etc).
- Indague sobre antecedentes médicos previos y circunstancias del suceso.
- Comunique al personal de los servicios médicos extrahospitalario la información recogida y lo realizado con la víctima.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dar de comer, beber o fumar.
- ✗ Abandonar a la víctima.



Intoxicaciones producidas por fármacos

Signos y síntomas de alarma

Observe la presencia de alguno de los siguientes datos:



- Dolor abdominal y vómitos.
- Pérdida de reflejos, somnolencia, movimientos no coordinados de los músculos, apariencia de estado ebrio, inconsciencia
- Respiración agitada y rápida.
- Aumento de la temperatura corporal.
- Manifestación, por parte de la víctima, de la ingestión de fármacos

✓ Qué hacer:

- ✓ Mantenga la calma y llame al 112 aportando la información que conozca.
- ✓ Busque recipientes cercanos a la víctima. Entréguelos al servicio médico extrahospitalario para que su contenido sea analizado. Generalmente, cerca de la víctima se encuentra el recipiente que contiene la sustancia tóxica.
- ✓ Valore continuamente la consciencia y la respiración:
 - _ Si la persona está inconsciente y no respira o la respiración es ineficaz (escaso movimiento torácico o poca frecuencia), realice maniobras de [Reanimación cardiopulmonar](#).
 - _ Si está inconsciente y respira colóquela en [posición lateral de seguridad](#) y vigile la respiración.
- ✓ Evite el enfriamiento.
- ✓ Busque otros signos acompañantes de la intoxicación.
- ✓ Anime al vómito sin provocarlo.
- ✓ Cuide los aspectos de [relación con la víctima](#).
- ✓ Indague sobre antecedentes médicos previos (tratamiento psiquiátrico) y circunstancias del suceso (intento autolítico o accidental, tiempo de ingesta y número de comprimidos o volumen ingerido, última comida o ayunas, acompañamiento de alcohol).
- ✓ Comunique al personal del servicio médico extrahospitalario la información recogida y lo realizado con la víctima.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dar de comer, beber o fumar.
- ✗ Abandonar a la víctima.





Intoxicaciones producidas por alimentos

Signos y síntomas de alarma:

Observe si la víctima presenta dolor en estómago, náuseas, mareos o malestar general. Si fuera así, avise al 112.

✓ Qué hacer:

- Mantenga la calma y pregunte a la víctima por recientes ingestas de alimentos.
- Valore continuamente la consciencia y la respiración:
 - _ Si la persona está inconsciente y no respira o la respiración es ineficaz (escaso movimiento torácico o con poca frecuencia), realice maniobras de [Reanimación cardiopulmonar](#)
 - _ Si está inconsciente y respira colóquela en [posición lateral de seguridad](#) y vigile la respiración.
- Indague sobre antecedentes médicos previos (tratamientos y enfermedades, alergias) y circunstancias del suceso.
- Infórmese sobre si hay otras personas afectadas.
- Anime al vómito sin provocarlo.
- Si la víctima vomita, lateralice su cabeza, con control cervical si sospecha traumatismos asociados (ver capítulo [posiciones de espera: Posición de decúbito lateral](#).
 - _ Evite que restos del vomito pueden reintroducirse en la vía respiratoria.
 - _ Limpie en profundidad la boca, asegurándose de que no queden restos.
 - _ No elimine los restos del vómito para que los sanitarios del servicio médico extrahospitalario puedan observar sus características y recogerlos para su análisis posterior.
- Busque otros signos asociados a la intoxicación.
- Indague sobre antecedentes médicos previos y circunstancias del suceso.
- Comunique al personal del servicio médico extrahospitalario la información recogida y lo realizado con la víctima.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dar de comer, beber o fumar.
- ✗ Abandonar a la víctima.



Intoxicaciones producidas por inhalación de humo

Tenga en cuenta que:

- _ Las altas temperaturas a las que se inhala el humo producen quemaduras en la vía aérea.
- _ Las sustancias sólidas que lleva disueltas (cenizas) son muy irritantes.
- _ Los gases asfixiantes (monóxido de carbono, ácido cianhídrico) llegan a nuestras células e impiden que tomen el oxígeno necesario para respirar.
- _ Los gases irritantes (derivados del incendio de plásticos, materiales sintéticos) dañan gravemente la vía aérea.

Todos estos elementos y sus efectos no tienen por qué estar presentes en su totalidad, dependiendo de la composición de los materiales en combustión.

Los síntomas principales son:

- Confusión, mareo, desorientación, agresividad.
- Tos, dificultad para respirar, mocos y saliva negros.
- Cefalea.
- Falta de fuerza muscular, agotamiento.
- Náuseas y/o vómitos.
- Coma, parada cardiorrespiratoria.



✓ Qué hacer:

- ✓ Guarde la calma e intente controlar la situación sin ponerse en riesgo.
- ✓ Llame al 112 solicitando servicios sanitarios y bomberos informando de la gravedad y naturaleza del suceso y número de víctimas según pautas generales (ver capítulo [Activación del servicio de emergencias](#))
- ✓ Actúe según recomendaciones de Bomberos (puede consultarlas en www.madrid.es/bomberos) "como actuar ante el fuego y otros riesgos" y "Autoprotección > edificios y viviendas":

- _ Intente que las víctimas salgan por su propio pie a una zona ventilada.
- _ Para desplazarse en un lugar con humo debe ir arrastrándose por el suelo, ya que en esa zona el aire es más limpio.
- _ Si no hay más remedio y usted no corre peligro, apague la fuente intoxicante (estufas, coches, llave de gas, etc).



- ✓ Abra ventanas y puertas para ventilar el lugar una vez que el fuego está sofocado.
- ✓ Si la víctima estuviese ardiendo sofoque el fuego echando una manta por encima o haciéndola rodar por el suelo y actúe según el capítulo de [quemaduras](#).
- ✓ Facilite que la víctima respire lo mejor posible, aflojando ropas y complementos que rodeen el cuello y póngala en la posición más cómoda y que mejor respire (ver capítulo [Posiciones de espera](#)).
- ✓ Valore en todo momento la respiración de la víctima, y si empieza a empeorar, prepárese para iniciar maniobras de resucitación. (ver capítulo [Reanimación cardiopulmonar](#)).
- ✓ Si la víctima está inconsciente pero respira, colóquela en [posición lateral de seguridad](#) (ver figura).



- ✓ Indague sobre antecedentes médicos previos (problemas respiratorios o cardiacos, diabetes) y circunstancias del suceso (rescate de zona cerrada, inconsciencia en víctima, etc).
- ✓ Permanezca junto a la víctima hasta que lleguen los servicios de emergencias, evitando su enfriamiento.
- ✓ Comunique al personal del servicio médico extrahospitalario la información recogida y lo realizado con la víctima.

- ✓ Siga los consejos de los cuerpos de extinción de incendios en cuanto a permanencia o no en domicilio de las víctimas.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Entrar en un lugar con humo si no va debidamente protegido, Los pañuelos sobre la boca protegen de las cenizas y de la temperatura del humo, pero nunca de los gases.
- ✗ Encender cerillas, mecheros o interruptores en un sitio donde pueda haber gas. Desconecte su teléfono móvil si tiene que entrar a ventilar.
- ✗ Dar de comer o beber a la víctima.
- ✗ Entrar en un sitio con humo si no hay nadie más esperando fuera, ya que si a usted le ocurriera algún percance, nadie puede avisar.
- ✗ Intentar apagar con agua la llama provocada por fuente eléctrica.
- ✗ Abandonar el domicilio seguro y no seguir los consejos de los bomberos o personal sanitario.



Intoxicaciones producidas por agentes químicos

En el hogar hay multitud de productos químicos tóxicos a su alcance como, por ejemplo, los de limpieza. Este acceso a los productos químicos puede ocasionar accidentes e intoxicaciones, que se pueden producir de diferente forma: ingestión (cuando es bebido), inhalación (cuando es respirado), absorción/quemadura dérmica (a través de la piel).

Sospeche la posibilidad de intoxicación en caso de:

- Náuseas, dolores abdominales.
- Aliento con olores raros.
- Vómitos con presencia de productos y olores extraños; sangre.
- Quemaduras dérmicas, ampollas, descamación.
- Quemaduras en la boca y labios.
- Posibilidad de acceso al producto y envases próximos a la víctima.
- Alteraciones de la consciencia.



✓ Qué hacer:

En caso de ingestión, inhalación o absorción dérmica:

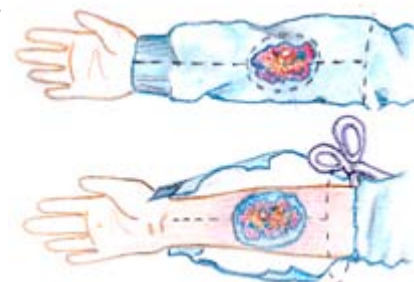


- Llame al 112 e informe de la forma de intoxicación y nombre y características del producto, así como del número de víctimas, si las hubiera y estado.
- Asegure su actuación y retírese del lugar donde se encuentre el producto.
- Protéjase las manos con guantes (por ejemplo, los de fregar) y los ojos con gafas si lava al paciente.
- Retire con precaución las ropas impregnadas del producto.
- Si hay presencia de vómitos, impida que toquen la piel y

se absorban a través de la misma.

- Quite el producto de la boca cuando esté accesible.
- Guarde la botella o coja la etiqueta del producto.
- Valore continuamente la consciencia y la respiración:

- Si la persona está inconsciente y no respira o la respiración es ineficaz (escaso movimiento torácico o con poca frecuencia), realice maniobras de [Reanimación cardiopulmonar](#)
- Si está inconsciente y respira colóquela en [posición lateral de seguridad](#) y vigile la respiración.



- Si hubiera contacto a través de la piel:
 - Lave con agua muy abundante la zona con producto al menos 10 minutos, incluidos los ojos si estuvieran afectados, de tal forma que el agua arrastre y no caiga directamente sobre la zona afectada.
 - Evite que le salpique el agua o el producto.



✗ Qué NO hacer:

- Dar de comer ni de beber a la víctima.
- Provocar el vómito en ningún caso.
- Lavar con poca cantidad de agua, hágalo abundantemente, con la ducha, por ejemplo.



Picaduras y mordeduras

Las mordeduras y picaduras de insectos pueden causar reacciones localizadas o generalizadas, de forma inmediata o pospuesta en el tiempo.



Los síntomas que no implican una urgencia varían de acuerdo con el tipo de insecto y el individuo. La mayoría de las personas experimentan dolor localizado, enrojecimiento, hinchazón o picazón. También se puede experimentar una sensación de ardor, entumecimiento u hormigueo. Pueden aparecer ampollas. Las mordeduras de animales y las picaduras de abejas y avispas son dolorosas. Es más probable que las picaduras de mosquitos, pulgas y ácaros causen picazón antes que dolor.

Algunas personas tienen una reacción alérgica grave a dichas mordeduras y picaduras. Esta es una reacción alérgica conocida como "shock anafiláctico" y requiere atención médica urgente. Las reacciones severas pueden afectar al cuerpo entero y pueden ocurrir muy rápidamente, a menudo en cuestión de unos pocos minutos.

Prevención ante picaduras y mordeduras:

✓ Qué hacer:

- ✓ Sea cauteloso al comer en espacios abiertos, en especial con las bebidas azucaradas o en áreas alrededor de colectores de basura que a menudo atraen a los insectos.
- ✓ Utilice repelente (cremas o aerosoles) de insectos.
- ✓ Utilice ropa que cubra sus partes expuestas (calzado cerrado, botas altas y pantalones largos, sobre todo en zonas con maleza, matorrales y áreas rocosas).
- ✓ Si tiene alergias serias a picaduras o mordeduras de insectos:
 - _ Lleve consigo un botiquín de emergencia, breve informe de su alergia y la medicación prescrita por su médico.
 - _ Informe a sus amigos y familiares de su problema alérgico y de cómo utilizar la medicación en caso de que tenga una reacción.

✗ Qué NO hacer:

- Hurgar en zonas de anidamiento de insectos.
- Realizar movimientos rápidos y bruscos cerca de colmenas o nidos de insectos.
- Usar perfumes y ropas con colores claros y llamativos.
- Utilizar repelentes que sean inapropiados para insectos.
- Usar ropa que deje al descubierto gran parte del cuerpo.

Actuación general ante picaduras y mordeduras:

✓ Qué hacer:

- ✓ Tranquilice a la víctima y proporcione reposo.
- ✓ Quite los anillos y todos los objetos que le puedan apretar la parte afectada.
- ✓ Retire el aguijón. Raspe el aguijón con cuidado. Hágalo en la misma dirección por la que penetró. Utilice para ello el borde afilado de una navaja o una tarjeta plástica.
- ✓ Aplique compresas de agua helada o fría sobre el área afectada para reducir la inflamación y disminuir el dolor y la absorción del veneno.
- ✓ Cuando se presenta reacción alérgica severa llame al 112 y suministre un antialérgico (antihistamínico u otra medicación por indicación médica).
- ✓ Vigile posibles alteraciones de las constantes vitales (frecuencia cardíaca, respiratoria, etc.) y actúe si se modificaran, informando al 112.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Con carácter general, no se deben aplicar torniquetes.
- ✗ Administrar a la víctima estimulantes, ácido acetilsalicílico o cualquier otro medicamento para el dolor.
- ✗ No aplique barro, pues aunque calma el dolor y picor, infectaría la picadura.

Picaduras de insectos

Pueden revestir gravedad si son múltiples, afectan a la boca o garganta produciendo hinchazón y dificultad respiratoria, o si la persona es hipersensible y desarrolla una reacción alérgica grave.

- _ Limpie la herida con agua y jabón.
- _ Aplique una compresa encima de la picadura con: vinagre, hielo o agua fría.
- _ Tenga en cuenta que al producirse la picadura, el saco venenoso y en el caso de las abejas, el aguijón, queda en la piel.
- _ En caso de picaduras en el interior de la boca que provoquen dificultad respiratoria, haga chupar hielo.
- _ Vigile posibles alteraciones de las constantes vitales (frecuencia cardíaca, respiratoria, etc.) y actúe si se modificaran, informando al 112.



Mordedura de garrapata

- _ Llene un tapón con alcohol o acetona y tape con él a la garrapata, que quedará entre la piel y el tapón. Manténgalo sujeto durante dos o tres minutos. Transcurrido este tiempo, retire el tapón y la garrapata se encogerá y sacará las patas de la piel, que son las causantes de la infección. Retire la garrapata muerta con una pinza o palillo.
- _ Retire las patas, una vez que se hayan desprendido, con la ayuda de unas pinzas. Si no tiene pinzas utilice guantes o un trozo de plástico para proteger sus dedos. Se recomienda que no puncione o las rompa dentro de la lesión porque podrá producir una infección al quedar las patas en el interior de la piel.
- _ Lave frotando la piel con agua y jabón, para remover los gérmenes que hayan quedado en la herida.
- _ No use calor porque lesiona la piel y no garantiza que las garrapatas se desprendan completamente.
- _ Avise al 112, especialmente, si no puede quitarlas, si parte de ellas permanecen en la piel o si se desarrolla una erupción.

Mordeduras de animales domésticos y salvajes

- _ Limpie meticulosamente la herida con agua y jabón.
- _ Detenga la hemorragia si la hubiera (ver capítulo: [Hemorragias](#)).
- _ Cubra la herida con gasas o apósitos estériles.
- _ Asegure que sea atendido por un médico para su vacunación en prevención de rabia, tétanos o difteria.
- _ Consiga la cartilla de vacunación del animal doméstico o, si es posible, capture al animal que provocó la mordedura para que sea examinado por un veterinario.

Mordedura y picadura de serpiente venenosa (víbora hocicuda en España)



ofidios.

- _ Coloque una compresión (torniquete) siempre entre la herida y el corazón, que impida el retorno venoso, este hará que la herida sangre poco y las venas superficiales se engrosen, pero retardará la absorción del veneno.
- _ Mantenga en reposo la zona afectada.
- _ Desinfecte la herida y aplique frío local, mediante hielo o compresas frías.
- _ No efectúe incisiones en la herida, no corte, ni succione el veneno.
- _ Compruebe signos vitales, si están alterados llame al 112 haciendo saber que es una mordedura de serpiente, para que el SEM valore la necesidad de administrar suero anti-

Picaduras de animales marinos

- _ Saque la espina o pincho si la hubiera. En caso de medusas, retire los tentáculos urticantes con agua caliente o arena seca.
- _ Alivie el dolor, aplicando en la zona compresas empapadas con agua o zumo de limón.
- _ Las secreciones emitidas por estos animales son destruidas por el calor, introduzca la zona afectada en agua caliente, para aliviar el dolor.
- _ No rasque ni frote la zona afectada, esto aumentaría las molestias.
- _ Si la reacción es urticante (ronchones en la piel) acuda al médico.



Reacciones alérgicas

Son respuestas anormales y exageradas del sistema inmune ante sustancias que no son bien toleradas por el organismo. Estas sustancias son llamadas alérgenos, que entran en contacto con la piel, la nariz, los ojos, las vías respiratorias y el tubo digestivo. Dichas sustancias pueden ser inhaladas hacia los pulmones, ingeridas o inyectadas.

Muchas reacciones alérgicas son leves, mientras que otras pueden ser graves y potencialmente mortales. Pueden estar limitadas a una pequeña área del cuerpo o pueden afectarlo todo.

✓ Qué hacer:

- Retire al paciente del foco causante de la reacción alérgica.
- Valore nivel de consciencia de la víctima (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)).
- Si la víctima permanece consciente, colóquela en posición semisentada (ver capítulo [Posiciones de espera](#)).
- Mantenga esta posición hasta la llegada de los servicios de emergencias médicas mientras no se deteriore el estado de la víctima.
- Compruebe la aparición de síntomas como palidez, sudoración o frialdad de la piel, dificultad respiratoria y para hablar, inflamación en partes blandas.
- Pregunte a la víctima por posibles alergias conocidas y si porta tratamiento para emergencias semejantes.
- Reevalúe de manera continua todo el cuerpo, buscando otras zonas con síntomas de reacción alérgica, progresión de la reacción, así como el estado general de la víctima.
- Preste especial atención a la vía aérea de la víctima.
- Si quedara inconsciente llame al 112 indicando la situación en la que se encuentra la víctima. Observe si respira.
 - _ Si no respira o su respiración es ineficaz (boqueos, escaso movimiento torácico), inicie [maniobras de reanimación cardiopulmonar](#).
 - _ Si respira, póngale en [posición lateral de seguridad](#).
- Comunique al personal del servicio médico extrahospitalario la información recogida y las medidas realizadas sobre la víctima, así como cualquier información de interés (antecedentes, tratamientos, traumatismos).



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dar de beber ni de comer a la víctima.
- ✗ Dejar que se rasque si tuviera picores.



Lesiones en tejidos blandos: heridas y contusiones

La aparición de heridas y contusiones se asocia al traumatismo físico por impacto brusco con objetos (romos, cortantes, punzantes, amorfos, etc.). Su gravedad dependerá de diversos factores:

- La fuerza y modo del impacto.
- Sucesión de impactos encadenados.
- Superficie y profundidad corporal afectada.
- Tiempo de exposición sin tratamiento adecuado.

Siendo más grave cuanto mayor sea cada uno o se sumen.

Heridas

El contacto con energía de objetos del entorno puede romper la piel y profundizar en los tejidos blandos, ensuciando y contaminando, llegando a producir dolor y [hemorragias](#). Al quedar la herida abierta el riesgo de infección puede producirse si no se actúa de la siguiente manera:

✓ Qué hacer:



- Averigüe el objeto y forma de la lesión.
- Limpie y desinfecte sus manos y el instrumental (ver capítulo [Medidas de higiene](#)).
- Lave a chorro con agua y jabón el foco de la herida.
- Limpie con gasas o pañuelos de tela humedecidos, lo más asépticos posibles, arrastrando desde el centro hacia los bordes y desechando la superficie ya utilizada.
- Utilice alguna sustancia antiséptica que no tiña comprobando antes que la víctima no sea alérgica a sus componentes.
- Cubra la totalidad de la superficie con apósitos humedecidos y sujételo con esparadrapo, cinta adhesiva o venda.
- Ante la gravedad y posibles complicaciones, asegure su traslado a centro sanitario para valoración y tratamiento médico (antibiótico y sutura) y vacunación si procede, llamando al 112.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Utilizar algodón o alcohol.
- ✗ Teñir la herida que vaya a suturarse prontamente con productos antisépticos que contengan yodo o mercurocromo.
- ✗ Aplicar pomadas sin prescripción médica.

Las heridas pueden presentarse asociadas a contusiones.

Contusiones

Cuando el impacto no rompe la piel pero afecta a la musculatura y vasos sanguíneos, causa lesiones que se concentran en la zona afectada, con dolor, hemorragia interna, amoratamiento (cardenal), inflamación (desde el pequeño al gran chichón) y dificultad para el movimiento funcional.

Será más grave cuanto mayor sea la manifestación de estos signos.

✓ Qué hacer:

- ✓ Retire cualquier objeto o prenda que comprima la zona o miembro contundido.



- ✓ Aplique frío local (hielo, productos congelados) envuelto en una bolsa de plástico y recubierto con un pañuelo de tela o gasa lo más aséptica posible para que no entre en contacto directo con la piel. Quítelo y póngalo alternativamente cada 20 minutos si fuera leve. En caso de gravedad, manténgalo permanentemente.
- ✓ Si puede, eleve la extremidad afectada.
- ✓ En contusiones graves, inmovilice el miembro afectado (ver capítulo [Traumatismos en extremidades](#)). Si fuera en cabeza, coloque un collarín cervical de fortuna (ver capítulo [Traumatismos en la columna vertebral](#)).
- ✓ Ante la gravedad y posibles complicaciones, asegure su traslado a centro sanitario para valoración médica, llamando al 112.



- ✓ Observe si hay signos de alerta tras un día después del evento: dolor que va en aumento, inflamación que aumenta, amoratamiento generalizado del miembro, impotencia funcional, lo que exigirá consulta médica.





Traumatismos en cabeza

Son todas aquellas lesiones que afectan a cara, cuello y/o cráneo, ya sean contusiones, heridas y/o fracturas.

Las heridas en cualquiera de estas zonas se caracterizan por:

- Hemorragias abundantes.
- Hematomas de rápida aparición.
- A nivel del cráneo, desprendimiento fácil de la piel.
- Afectación de zonas de especial riesgo: ojos, nariz, boca y orejas.



Las fracturas en cualquiera de estas zonas requieren asistencia médica urgente al poder comprometer la vía aérea, o bien asociarse a una disminución del nivel de consciencia. Los síntomas que pueden aparecer son:

- _ Dolor intenso y deformidad en la zona de fractura.
- _ Pérdida de sangre o líquido claro por nariz u oídos.
- _ Incapacidad de la víctima por recordar lo sucedido (amnesia).
- _ La víctima no para de repetir las mismas conversaciones.
- _ Mareos, náuseas, vómitos fuertes.
- _ Respiración lenta con períodos de parada respiratoria.
- _ Pupilas desiguales o muy abiertas y que no reaccionan a los cambios de luz.
- _ Cambios en el estado de consciencia (somnolencia, coma, irritabilidad, convulsiones).
- _ Hematomas alrededor de los ojos o por detrás de las orejas.
- _ Dificultad respiratoria y engrosamiento del cuello.
- _ Desviación de la nuca hacia un lado del cuello.

Todos estos síntomas pueden aparecer en el momento o incluso pasadas algunas horas.

✓ Qué hacer:

- ✓ Ante cualquier impacto violento en la cabeza y con la presencia de cualquier síntoma descrito anteriormente, llame al 112 y detalle las circunstancias y estado de la víctima.
- ✓ Mantenga la calma y controle la situación.
- ✓ Coloque a la víctima boca arriba, elevándola en bloque ([posición antitrendelemburg](#)). Si no fuera posible la elevación en bloque, eleva la cabeza y los hombros manteniendo inmóvil el eje cabeza-cuello.
- ✓ Facilite la respiración abriendo camisas o retirando cualquier ropa u objeto que pueda dificultar la respiración o el manejo de la víctima.
- ✓ Si la víctima está consciente, intente averiguar qué ha sucedido, cómo se siente, en busca de algún síntoma (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)).
- ✓ Si la víctima está inconsciente, llame al 112 indicando la situación en la que se encuentra la víctima. Observe si respira. Si no respira o su respiración es ineficaz (boqueos, escaso movimiento torácico), inicie maniobras de [reanimación cardiopulmonar](#).
- ✓ Si aparecen convulsiones, actúe según las pautas indicadas en el capítulo [Convulsiones](#).
- ✓ En caso de hemorragia, heridas y contusiones actúe según las pautas indicadas en el capítulo [Hemorragias](#).



- ✓ En caso de fractura en cara coloque hielo local protegido con un paño.
- ✓ Si hay hemorragia, tápela inmediatamente y coloque un vendaje circular que sujete y comprima el apósito, o bien realice presión con la mano sobre el punto sangrante hasta que deje de sangrar. En caso de fractura, tenga cuidado con la presión para evitar lesionar más a la víctima.
- ✓ Vigile la respiración de la víctima, y si está alterada, prepárese para iniciar [maniobras de resucitación](#) si fuera necesario.
- ✓ En caso de traumatismo leve en cráneo, coloque hielo local protegido con un paño en los primeros minutos.
- ✓ Cuando los servicios de emergencias lleguen, explique cómo fue el suceso, describa el traumatismo, los síntomas referidos y evolución, así como las maniobras realizadas sobre la víctima.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dar de comer o beber a la víctima.
- ✗ Dejar sola a la víctima aunque los síntomas desaparezcan.
- ✗ Movilizar el cuello aunque el golpe no haya sido directamente ahí.
- ✗ Taponar las orejas si sale líquido o sangre por ellas.
- ✗ Quitar el casco del motorista, si no lo ha hecho nunca.



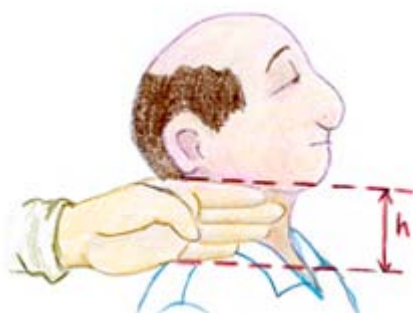
Traumatismos en la columna vertebral

Sospeche lesión de columna cuando la víctima haya recibido un fuerte golpe en la cabeza y espalda; caídas desde una altura considerable y accidentes con impactos violentos o esté inconsciente.

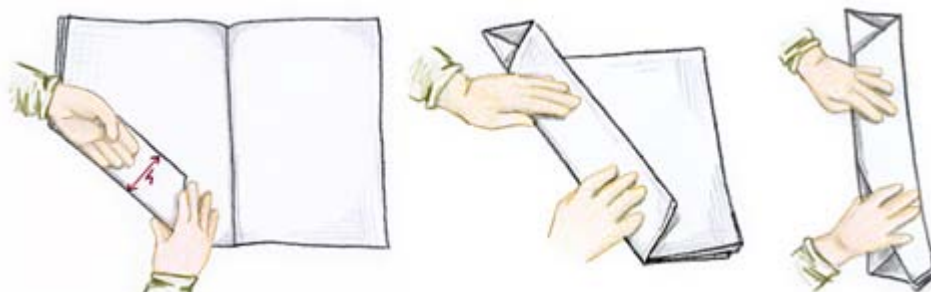
La víctima sentirá dolor y rigidez muscular. Presuma gravedad cuando haya perdido movilidad o sensibilidad en las extremidades, así como dificultad respiratoria.

✓ Qué hacer:

- ✓ Llame al 112.
- ✓ Mantenga a la víctima inmóvil y alineando el eje cabeza-cuello-columna.
- ✓ Sujete la cabeza con ambas manos igual que en los [traumatismos en cabeza](#).
- ✓ Realice una **Inmovilización cervical de fortuna**:
 - _ Pida ayuda a otra persona. Indíquelo que sujete fuertemente la cabeza e impida que se mueva.
 - _ Mida el ancho del cuello de la víctima con sus dedos, desde el hombro hasta el maxilar inferior.



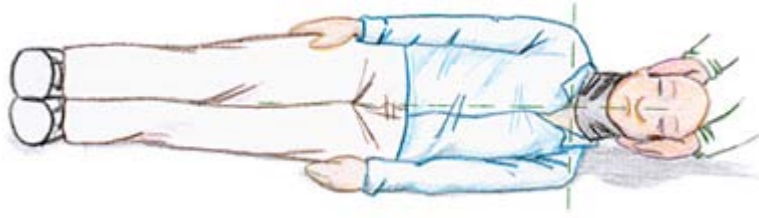
- _ Extienda unas 4 o 5 hojas de periódico y dóblelas con el ancho anteriormente obtenido en diagonal.



- _ Coloque el periódico así doblado alrededor del cuello de la víctima lo más ajustado posible permitiendo que respire y trague con normalidad.
- _ Sujete este "collarín improvisado" mediante cinta adhesiva, anudando una corbata, una tira de tela ancha, pañuelos triangulares, etc. pero sin oprimir el cuello.



- _ Continúe manteniendo el control de la cabeza con ambas manos.
- ✓ Si por razones de urgencia (vómito súbito), precisara **voltear** a la víctima:
 - _ Pida ayuda a otra persona. Indíquelo que sujete fuertemente la cabeza para impedir que se mueva.



- _ Colóquese en el lado elegido para el giro.
- _ Coloque los brazos de la víctima sobre el cuerpo cruzados por las muñecas, si no presenta lesiones en ellos.
- _ Ponga una de sus manos en el hombro más alejado de la víctima y la otra en el muslo de ese mismo lado.
- _ Cuando estén ambos listos, tire fuerte y lentamente hacia usted, haciendo rodar a la víctima, mientras que el otro socorrista mantiene sujeta la cabeza firmemente.
- _ Mantenga la posición alineada mientras dure la urgencia que motivó la lateralización.



Traumatismos en tórax y abdomen

Avise al 112 si observa alguno de estos signos y síntomas:

- Dolor intenso en la zona afectada.
- Dificultad para respirar.
- Piel azulada, especialmente en los labios.
- Sudoración, ansiedad, náuseas.
- Piel pálida, fría y pegajosa.

Lesiones no penetrantes

Son traumatismos que **no presentan** orificio de entrada o salida, ni objetos enclavados. Suelen provocarse por el impacto de objetos romos o por el impacto de la víctima contra objetos al ser proyectada con gran energía

✓ Qué hacer:

- ✓ Conserve la calma y asegure el entorno.
- ✓ Llame al 112 informando de las circunstancias y del estado de la víctima (herida penetrante o no, según lo que observe).
- ✓ Valore nivel de consciencia de la víctima. Si está inconsciente proceda como se indica en [reanimación cardiopulmonar](#)
- ✓ Si estuviera consciente, colóquelo en posición semisentado (en tórax) o de defensa abdominal (en abdomen).
- ✓ Descubra el torso y la espalda de la víctima para buscar signos de lesiones en la zona con dolor.
- ✓ Afloje cinturones y fajas.
- ✓ **En tórax:** Compruebe la simetría del tórax así como la aparición de posibles deformidades.
- ✓ **En abdomen:** Compruebe la rigidez del abdomen sin provocar más dolor.
- ✓ Cuantifique la frecuencia respiratoria de la víctima.
- ✓ Valore si la víctima presenta palidez y/o sudoración.
- ✓ Actúe sobre las heridas, contusiones y [hemorragias](#).
- ✓ Abrigue a la víctima.
- ✓ Reevalúe de manera continua el estado general de la víctima y esté atento a los síntomas de otras lesiones asociadas.
- ✓ Cuando los servicios de emergencias lleguen, explique cómo fue el suceso, describa el traumatismo, los síntomas referidos y las modificaciones del estado de la víctima.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Palpar o comprimir la zona dolorida.

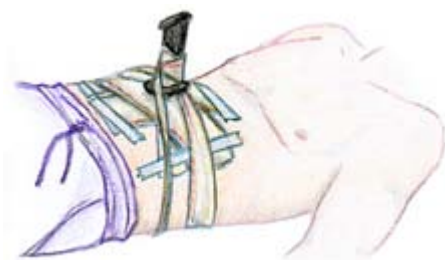
Lesiones penetrantes

Son traumatismos que presentan orificios de entrada o salida, u objetos enclavados

✓ Qué hacer:



- ✓ Actúe de la misma forma que en las lesiones no penetrantes.
- ✓ Asegure el objeto enclavado para evitar que se mueva, mediante la aplicación de un almohadillado a su alrededor bien fijado al cuerpo.
- ✓ Si la víctima no realiza la expansión completa o simétrica de uno de los lados del tórax, o la herida parece silbar, coloque sobre la herida un apósito impermeable, pegado al tórax por tres de sus cuatro bordes.
- ✓ En caso de salida de vísceras hacia el exterior, cúbralas con el material más limpio que posea mojado en suero o agua templada.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Palpar o comprimir la zona dolorida.
- ✗ Retirar los objetos enclavados.
- ✗ Introducir las vísceras que hayan salido al exterior.



Traumatismos en extremidades

Sospeche una lesión en huesos, músculos o articulaciones en brazos y piernas, cuando aprecie inflamación, deformidad y la víctima refiera dolor localizado y con el movimiento y dificultad para la movilidad de la zona.

Presuma gravedad cuando la dificultad para mover el miembro se intensifique y la deformidad sea muy clara, llegando a asociarse con heridas y contusiones e, incluso, salida del hueso en fracturas abiertas.

✓ Qué hacer:

- ✓ Llame al 112 informando de las circunstancias y estado de la víctima.
- ✓ Aplique hielo o frío local, si no existe herida en la zona.
- ✓ Si la víctima colabora, pídale que no mueva el miembro e incluso que se lo sujete en la posición menos dolorosa. No permita el apoyo en caso de lesión en miembro inferior.
- ✓ Inmovilice el miembro afectado de tal manera que impida el movimiento de la articulación anterior y de la posterior a la zona de fractura.
 - _ En miembros inferiores, mantenga la inmovilización uniando ambas piernas y pies con cintas, tiras de tela anchas, pañuelos triangulares, etc.



- _ En miembros superiores, adapte el brazo al cuerpo con un pañuelo triangular a modo de cabestrillo o con la propia ropa sujeta por un botón, imperdible, cordón de los zapatos, etc.

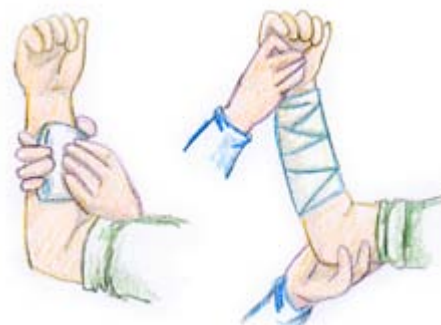
✗ Qué NO hacer:

- ✗ Alinear una posible fractura o luxación.
- ✗ Aplicar calor o pomadas antiinflamatorias.
- ✗ Movilizar activamente un miembro con evidencia de fractura.

Cómo actuar sobre la lesión con heridas y/o hemorragias asociadas

✓ Qué hacer:

- ✓ Llame al 112 informando de las circunstancias y estado de la víctima.
- ✓ Mantenga el miembro inmóvil como se ha descrito anteriormente.
- ✓ Controle la hemorragia (ver capítulo [Hemorragias](#)) y limpie las heridas sin presionar sobre el foco de lesión (ver capítulo [Lesiones en los tejidos blandos](#)).
- ✓ Cubra con apósitos y, si fuera necesario, vende la herida.
- ✓ Vigile las constantes de la víctima.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Introducir ni manipular el hueso fracturado.

Amputaciones

✓ Qué hacer:

- ✓ Llame al 112 informando de las circunstancias y estado de la víctima.
- ✓ Envuelva el miembro amputado en paños limpios y húmedos e introdúzcalo en una bolsa de plástico. Cíérrela.





- ✓ Introduzca esta bolsa dentro de otra que contenga hielo en cantidad suficiente para cubrirla.
- ✓ Actúe sobre las heridas del muñón (ver capítulo [Lesiones en los tejidos blandos](#)).





Hemorragias

Se produce una hemorragia cuando un vaso sanguíneo se rompe, acarreado pérdida de sangre según pasa el tiempo.

La impresión de gravedad aparecerá cuando observe los siguientes signos y síntomas según pasa el tiempo sin control del sangrado y en función del volumen sanguíneo perdido:

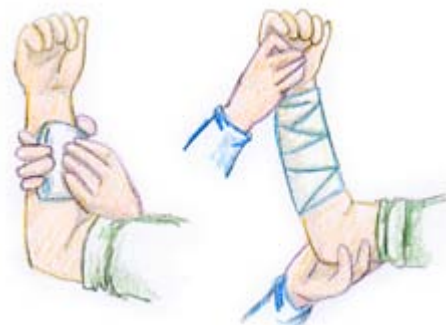
- _ Palidez cutánea y de mucosas (boca, nariz).
- _ Ansiedad creciente.
- _ Respiración agitada, rápida y poco profunda.
- _ Pulso rápido y débil.
- _ Obnubilación.

Si aparecen estos signos, actúe rápidamente sobre ellos: [Reconocimiento de la víctima](#) y llame al 112.

Controle las hemorragias visibles siguiendo estos pasos:

✓ Qué hacer:

- ✓ Siente o tumbe a la víctima. Tranquilícela (ver capítulo [Relación con la víctima](#)).
- ✓ Adopte las [medidas higiénicas](#) y de seguridad frente a infecciones y contagios.
- ✓ Aplique apósitos o pañuelos de tela lo más asépticos posible cubriendo el foco sangrante y presione directamente sobre estos con sus dedos, mano o puño.
- ✓ Eleve el miembro afectado si las lesiones se lo permiten.
- ✓ Si el sangrado continúa y ha empapado la primera capa de apósitos: coloque otra por encima sin retirar los primeros. Vuelva a presionar inmediatamente.
- ✓ El sangrado persiste: repita la misma operación anterior.
- ✓ Aplique un fuerte vendaje compresivo, manteniendo el miembro elevado.
- ✓ Observe la coloración por debajo del vendaje y si aparece dolor intenso u hormigueo. Si esto sucediera, afloje progresivamente la presión, siempre y cuando, el sangrado no reaparezca nuevamente.
- ✓ En caso de mareo o inconsciencia, ponga a la víctima en [posición antishock](#).
- ✓ Reevalúe de manera continua el estado general de la víctima, compruebe sus constantes, y actúe si se deterioran (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)).
- ✓ Cuando los servicios de emergencias lleguen, explique cómo fue el suceso, describa el traumatismo, los síntomas referidos y las modificaciones del estado de la víctima.









✗ Qué NO hacer:

- ✗ Presionar directamente sobre un foco de lesión con mucho dolor.
- ✗ Forzar la elevación de un miembro con deformidad o con mucho dolor.
- ✗ Dar de beber o comer a la víctima. Tampoco fumar.

Actuaciones sobre hemorragias internas exteriorizadas:

CONDUCTO	ORIGEN	ACTUACIÓN	POSICIÓN	IMAGEN
Nariz	Nariz. Faringe superior.	Presión directa en fosa nasal. Inclinar la cabeza hacia delante.	Sentado	

Oído	Posible lesión en cráneo o en el propio conducto auditivo.	No taponar. Vigilar nivel de consciencia y constantes	Lateral sobre el oído sangrante.	
Boca	Cavidad bucal	Si el foco sangrante fuera accesible, limpie y presione con apósitos.	Sentado con la cabeza inclinada ligeramente hacia adelante y la boca abierta.	
Boca	Digestivo	No administrar nada vía oral.	Defensa abdominal (fetal)	
Boca	Pulmonar	No administrar nada vía oral.	Defensa torácica. Semisentado.	
Ano	Digestivo/Recto	Aplicar compresas.	Defensa abdominal (fetal)	
Vagina	Aparato genital femenino	Aplicar compresas.	Defensa abdominal. Fritz.	



Lesiones en ojos, oídos y nariz

Este tipo de lesiones pueden tener múltiples orígenes, produciendo principalmente: erosiones, heridas, picaduras o enclavamiento de objetos.

Lesiones en los ojos

Producen dolor intenso, irritación, pérdida de visión o visión borrosa, lagrimeo constante e inflamación en el párpado.

✓ Qué hacer:

- Tranquilice al herido y evite que se manipule.
- Averigüe lo ocurrido.
- Si la lesión ha sido provocada por un agente químico, identifíquelo y guárdelo para presentárselo al servicio de emergencias.
- Observe su evolución, si hay hemorragia, heridas o inflamación en la zona afectada.
- Indique al herido que se retire las lentes de contacto si las tuviera.
- Lave el ojo con agua a chorro, de forma suave, dejando que resbale desde la nariz hacia la parte ocular más externa, a fin de arrastrar el objeto. Si fuese una quemadura por químicos, lea la etiqueta, ya que el agua puede ser perjudicial (ver capítulo [Intoxicaciones producidas por agentes químicos](#)).
- Tape ambos ojos con gasas húmedas y asegure el traslado a un hospital para que pueda ser evaluado por un oftalmólogo.



- En caso de inflamación o contusión en párpados, aplique hielo o frío local envuelto en un pañuelo limpio.
- Informe a los servicios de emergencia o médico receptor (atención primaria, hospitales) sobre los datos recogidos (agente productor de lesión), el tiempo transcurrido, presencia de heridas, inflamación o hemorragias, así como de las acciones que ha realizado sobre el herido antes de su llegada.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Frotar el ojo.
- ✗ Administrar colirios o medicamentos.



Cuerpos extraños en los oídos y en la nariz

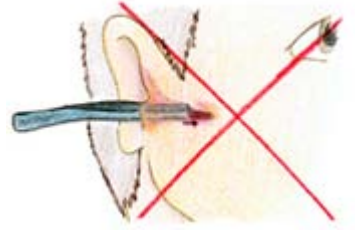
Si se ha introducido un objeto en el oído o en la nariz, en algunas ocasiones, los síntomas aparecen más tarde.

✓ Qué hacer:

- ✓ Tranquilice al herido y evite que se manipule el objeto.
- ✓ Averigüe lo que se ha introducido y cantidad.
- ✓ Observe su evolución, si hay hemorragia, heridas o inflamación en la zona afectada.
- ✓ Si el objeto se encuentra en la parte externa de un orificio nasal, tapone el otro y haga sonar fuerte la nariz para intentar expulsarlo.
- ✓ Informe a los servicios de emergencia o médico receptor (atención primaria, hospitales) sobre los datos recogidos, tipo de objetos u objetos, su tamaño, el tiempo transcurrido desde que se lo introdujo, presencia de heridas, inflamación o hemorragias, así como de las acciones que ha realizado sobre el herido antes de su llegada.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Introducir objetos (pinzas, objetos punzantes) para tratar de extraer el cuerpo extraño, ni manipularlos, ya que puede insertarlo aún más.





Quemaduras

Son lesiones en la piel provocadas por agentes externos (emisores de calor, productos químicos, electricidad, radiación solar).

La gravedad de la lesión dependerá de:

- **Extensión:** cuanto mayor sea más grave es.
- **Profundidad:**
 - _ Primer grado: solo afectan a la parte externa de la piel. Provocan dolor.
 - _ Segundo grado: son más profundas. Producen ampollas y dolor.
 - _ Tercer grado: pueden afectar a músculos y huesos. No duelen pero son muy graves.
- **Localización corporal:** cara, cuello, manos, pies, articulaciones y genitales, son zonas que requieren atención especial.
- **Tiempo** de exposición con el agente agresor.
- **Edad:** más graves en niños y ancianos.
- **Lesiones** traumáticas asociadas.
- **Enfermedades** previas que padezca la víctima.



Los signos y síntomas presentes pueden ser:

- _ Ampollas o pérdida de sustancia.
- _ Dolor.
- _ Enrojecimiento de la piel.
- _ Inflamación.
- _ Piel blanca o carbonizada.

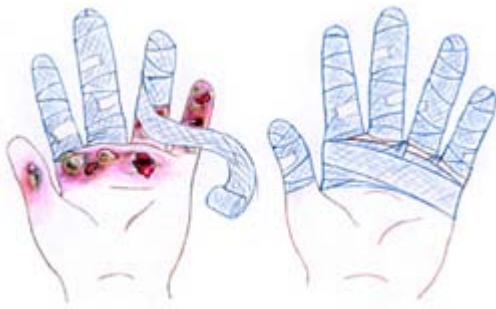
Si la quemadura afecta a la vía aérea superior (laringe, boca o nariz) y cara, los síntomas que pueden aparecer son:

- _ Sonidos respiratorios raros.
- _ Cambios en la voz.
- _ Dificultad al respirar, tos.
- _ Pelos de nariz o de cejas chamuscados.
- _ Moco oscuro o con manchas de carbón.

✓ Qué hacer:

- Intente guardar la calma y tranquilizar a la víctima.
- Separe a la víctima del agente agresor siempre con autoprotección.
- Si aún quedan llamas sobre la víctima, sofóquelas cubriendo a ésta con una manta o haciéndola rodar por el suelo.
- Valore nivel de consciencia de la víctima (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)). Si la víctima está inconsciente, llame al 112 indicando la situación en la que se encuentra.
- Observe si respira. Si no respira o su respiración es ineficaz (boqueos, escaso movimiento torácico), inicie maniobras de [reanimación cardiopulmonar](#).
- Enfríe la zona afectada con agua abundante durante 10 minutos sin que el chorro de agua caiga directamente sobre la zona afectada.
- Retire anillos, pulseras y ropas que **no estén pegadas** a la piel.
- Llame al 112 informando de las circunstancias (causa de la quemadura, localización) y del estado de la víctima, así como de su edad y antecedentes.
- Tape la quemadura con un apósito limpio sin aplicar ningún tipo de pomada.
 - _ Si la zona afectada son manos, pies o algún pliegue de la piel, envuelva cada dedo o pliegue por separado en apósitos diferentes.
 - _ Si tiene algún apósito impregnado específico para quemaduras, puede usarlo.





- Si refiere mucho dolor, continúe enfriando la zona con agua.
- Proteja a la víctima de pérdidas de calor tapándola con una manta (la barrera protectora de la piel ahora está dañada).
- En caso de quemaduras que afecten a la vía aérea, facilite la respiración del paciente aflojando camisas, collares, etc. Si el paciente respira con dificultad, prepárese para realizar [maniobras de resucitación](#).
- Cuando lleguen los servicios de emergencias médicas, explíqueles lo que ha sucedido, las medidas realizadas y toda la información que tenga sobre la víctima.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Permitir que la víctima corra si tiene llamas en sus ropas.
- ✗ Dar de comer ni beber a la víctima.
- ✗ Usar ungüentos o pomadas en la zona quemada.



afectada.

- ✗ Manipular la piel de la zona afectada.
- ✗ Pinchar o vaciar ampollas.
- ✗ Retirar las ropas pegadas a la piel.
- ✗ Intentar usar extintores sobre la víctima para sofocar las llamas.
- ✗ Comprimir con vendajes las quemaduras o pegar esparadrapos o tiritas sobre la piel



Hipertermias: calambres musculares, insolación y golpe de calor

Nuestro cuerpo es capaz de mantener una temperatura de unos 37° C, independientemente de la temperatura exterior, dentro de unos límites. Esto es posible gracias a unos mecanismos propios del cuerpo, como son los cambios en la circulación de la sangre más próxima a la piel y la sudoración. Cuando estos mecanismos fallan por exposiciones a temperaturas elevadas prolongadas o pérdida de líquidos (deshidratación), aparecen una serie de trastornos progresivamente más graves:

- **Calambres musculares:** producidos por calor más leve. Consiste en espasmos musculares sobre todo a nivel de abdomen, piernas y hombros, debido a la pérdida de líquidos y sales minerales.
- **Insolación:** sucede con exposición prolongada al sol o con ejercicio excesivo en ambiente caluroso. Consiste en una debilidad generalizada por agotamiento y deshidratación severa.
- **Golpe de calor:** trastorno grave y urgente donde la deshidratación es extrema y los mecanismos del cuerpo reguladores de la temperatura corporal fallan, por lo que la temperatura se dispara.



Busque síntomas dentro del contexto de exposiciones a calor prolongadas o ejercicios intensos en ambientes calurosos, tales como:

- Calambres o contracturas musculares dolorosas.
- Temperatura corporal elevada (incluso por encima de 40°C).
- Piel caliente, húmeda o seca y enrojecida.
- Dolor de cabeza, visión borrosa.
- Náuseas, vómitos.
- Alteraciones de la consciencia, convulsiones.
- Pulso rápido y débil.
- Respiración rápida y superficial.

✓ Qué hacer:

- ✓ Conserve la calma y asegure el entorno.
- ✓ Llame al 112 informando de las circunstancias y del estado de la víctima.
- ✓ Valore nivel de consciencia de la víctima (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)). Si la víctima está inconsciente, llame al 112 indicando la situación en la que se encuentra.
- ✓ Observe si respira. Si no respira o su respiración es ineficaz (boqueos, escaso movimiento torácico), inicie maniobras de [reanimación cardiopulmonar](#).
- ✓ Retire a la víctima del ambiente caluroso (sombra o a un lugar fresco con corriente) y manténgala en reposo.
- ✓ Túmbela y eleve sus piernas ([posición antishock](#)) para favorecer la llegada de sangre al cerebro (ver [figura](#)).
- ✓ Si la temperatura corporal es muy elevada, quítele la ropa y comience a enfriar su cuerpo con compresas mojadas en agua fría o tapándola con una sábana mojada, sobre todo en ingles, axilas y pecho.
- ✓ Si el único síntoma que aparece son los calambres, masajee la zona favoreciendo la recuperación del músculo.
- ✓ Si la víctima se encuentra consciente y orientada, dele agua o bebidas isotónicas con azúcar.
- ✓ Si aparecen [convulsiones](#) actúe.
- ✓ Si consigue bajar la temperatura corporal alrededor de los 37,5°C, coloque a la víctima en [posición lateral de seguridad](#).
- ✓ Reevalúe de manera continua el estado general de la víctima (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)) y esté atento a los cambios en el nivel de consciencia y respiración.
- ✓ Cuando los servicios de emergencias lleguen, explique las circunstancias del suceso, los síntomas referidos, las modificaciones del estado de la víctima y las medidas realizadas sobre ella, así como cualquier información de interés recogida (antecedentes, tratamientos) .



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dejar sola a la víctima.
- ✗ Enfriar directamente con hielo, ya que podría causarle quemaduras.
- ✗ Dar comida ni bebida si no se encuentra consciente.

- ✗ Usar pomadas ni aerosoles en los calambres musculares, ya que no son útiles.
- ✗ Dar bebidas carbonatadas ni con alcohol para rehidratar a la víctima, los gases y el alcohol pueden provocar vómitos, que favorecen la deshidratación. En caso sólo disponer de bebidas azucaradas con gas, batirla o agitarla para quitarlo.

Cómo prevenir:

- Evite hacer ejercicios en horas del día en las que haga más calor.
- Manténgase bien hidratado en los días calurosos, sobre todo si va a practicar alguna actividad que implique desgaste.
- Vista ropa cómoda que permita la transpiración si va a estar expuesto al sol o en ambientes con mucho calor, así como gorras u otra prenda que cubra su cabeza.
- De no estar entrenado previamente, comience gradualmente con la actividad deportiva.
- Evite que niños y ancianos permanezcan mucho tiempo al sol.
- Ante síntomas leves como calambres musculares durante un ejercicio físico, no continúe con la actividad para evitar agravar la situación.



Congelaciones

Son lesiones provocadas por el frío en las zonas más distales (manos, pies, orejas y nariz) que pueden ocasionar la pérdida del miembro, por daño irreparable de los vasos sanguíneos.

Los signos y síntomas que pueden aparecer son:

- _ Ligero hormigueo o pérdida de sensibilidad en la zona afectada.
- _ Piel pálida, muy fría, seca, a veces azulada y con entumecimiento de la zona.
- _ Endurecimiento y rigidez de la piel afectada, con sensación de pinchazos.
- _ Ampollas oscuras e inflamación en la zona.
- _ Grietas en la piel, ésta se abre y se pierde.



✓ Qué hacer:

- ✓ Conserve la calma y asegure el entorno.
- ✓ Retire a la víctima a un ambiente seco y caliente.
- ✓ Si tiene ropas mojadas o muy frías, retírelas y cámbielas por secas y calientes.
- ✓ Retire anillos, relojes, pulseras y cualquier otro elemento que pueda comprimir un miembro si éste se inflama.
- ✓ Mantenga elevada la zona afectada.
- ✓ Tome la temperatura a la víctima.
- ✓ Mueva a la víctima con cuidado, los movimientos bruscos pueden desencadenar problemas cardíacos.
- ✓ Llame al 112 informando de las circunstancias y del estado de la víctima.
- ✓ Intente calentar la zona afectada, sumergiéndola en agua tibia (40° C) de forma gradual.
- ✓ Si la víctima está consciente y orientada, administre líquidos calientes con azúcar.
- ✓ Si su respiración es muy débil y el pulso no palpable, esté preparado por si fuese necesario iniciar una [Reanimación cardiopulmonar](#).
- ✓ Reevalúe de manera continua el estado general de la víctima (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)) y esté atento a los cambios en el nivel de consciencia y respiración.
- ✓ Cuando los servicios de emergencias lleguen, explique las circunstancias del suceso, los síntomas referidos, las modificaciones del estado de la víctima y las medidas realizadas sobre ella, así como cualquier información de interés recogida (antecedentes, tratamientos).

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dejar sola a la víctima.
- ✗ Dar bebidas alcohólicas o tabaco.
- ✗ Frotar directamente la piel de la zona afectada.
- ✗ Aplicar directamente sobre la piel bolsas de calor ni aproximar demasiado a estufas o fuentes de calor.
- ✗ Romper ninguna ampolla.
- ✗ Calentar una zona si existiera nuevo riesgo de congelación.

Cómo prevenir:

- Evite que ancianos y niños salgan en días muy fríos a la calle poco abrigados durante mucho tiempo.
- Es caso de paseos por el monte, vaya protegido y abrigado. Lleve bebidas calóricas y alimentos energéticos.
- Lleve ropa y calzado adecuado con posibilidad de recambio seco en caso de necesidad.
- Si empieza a notar adormecimiento de alguna parte del cuerpo, retírese y no continúe la marcha.



Hipotermia

Se produce cuando la temperatura de una persona desciende por debajo de los 35°C y los mecanismos que tiene el cuerpo para evitar la pérdida de calor (redistribución de la sangre a los órganos importantes, escalofríos) comienzan a fallar. Además de la exposición continua o brusca a bajas temperaturas, factores como edades extremas, delgadez, consumo de alcohol u otras drogas o bañarse en aguas muy frías pueden favorecer una situación de hipotermia.

Los signos y síntomas que pueden aparecer son:

- _ Escalofríos o tiritona con piel fría, pálida, seca y algunas veces azulada.
- _ Cambios en el comportamiento de la persona (confusión, desorientación, irritación).
- _ Rigidez en brazos y piernas.
- _ Alteraciones de la consciencia.
- _ Andar de forma inestable y torpe.
- _ Respiración lenta.
- _ Pulso débil y lento.



✓ Qué hacer:

- ✓ Conserve la calma y asegure el entorno.
- ✓ Llame al 112 informando de las circunstancias y del estado de la víctima.
- ✓ Valore nivel de consciencia de la víctima (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)). Si la víctima está inconsciente, llame al 112 indicando la situación en la que se encuentra.
- ✓ Observe si respira. Si no respira o su respiración es ineficaz (boqueos, escaso movimiento torácico), inicie maniobras de [reanimación cardiopulmonar](#).
- ✓ Retire a la víctima a un ambiente seco y caliente.
- ✓ Si tiene ropas mojadas o muy frías, cámbielas por secas y calientes.
- ✓ Tape la cabeza de la víctima con un gorro o toalla.
- ✓ Tape con mantas, primero el tórax y luego piernas y brazos.
- ✓ Tome la temperatura.
- ✓ Mueva a la víctima con cuidado, pues los movimientos bruscos pueden desencadenar problemas cardíacos.
- ✓ Intente el calentamiento externo, sumergiéndola en agua tibia (40° C), acercándola a una fuente de calor, metiéndola en una cama arropada, pero siempre de forma gradual.
- ✓ Si está consciente y orientada, administre líquidos calientes con azúcar.
- ✓ Si la respiración es muy débil y el pulso no palpable, esté preparado por si fuese necesario iniciar una [Reanimación cardiopulmonar](#).



- ✓ Asegure su reposo en una posición recogida de brazos y piernas (ver capítulo [Posiciones de espera](#)).
- ✓ Reevalúe de manera continua el estado general de la víctima y esté atento a los cambios en el nivel de consciencia y respiración.
- ✓ Cuando los servicios de emergencias lleguen, explique las circunstancias del suceso, los síntomas referidos, las modificaciones del estado de la víctima y las medidas realizadas sobre ella, así como cualquier información de interés recogida (antecedentes, tratamientos).

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dejar sola a la víctima.
- ✗ Dar alcohol.
- ✗ Frotar directamente la piel para hacerla entrar en calor.
- ✗ Calentar agresivamente a la víctima, ya que podría empeorar la situación. Hágalo de forma gradual.
- ✗ Aplicar directamente sobre la piel bolsas de calor ni aproximar demasiado a estufas o fuentes de calor.

Cómo prevenir:

- Evite que ancianos y niños salgan en días muy fríos a la calle poco abrigados durante mucho tiempo.
- En caso de paseos por el monte, vaya protegido y abrigado. Lleve bebidas calóricas y alimentos energéticos.
- Lleve ropa y calzado adecuado con posibilidad de recambio seco en caso de necesidad.



Lesiones producidas por la electricidad y rayos

La corriente eléctrica, ya sea generada de forma natural o artificial, ocasiona lesiones de diversa consideración. El paso de la corriente a través del cuerpo puede aturdir a la víctima y/o provocar una parada cardiorrespiratoria. Produce, además, quemaduras, tanto al entrar como al salir del cuerpo y espasmos musculares que impiden al herido interrumpir el contacto con la fuente eléctrica.

Los niños, las mujeres y los ancianos son más vulnerables ya que su cuerpo ofrece menor resistencia.

Existen dos tipos de corrientes eléctricas:

- **Alto voltaje:** la de transporte presente en las líneas de los tendidos aéreos.
- **Bajo voltaje:** la utilizada en los hogares y lugares de trabajo.

Debemos recordar que el agua supone un riesgo adicional ya que es un buen conductor eléctrico. Tener las manos mojadas o estar sobre un suelo húmedo, incrementa mucho el riesgo de descarga eléctrica.

✓ Qué hacer:

- ✓ Conserve la calma y asegure el entorno antes de tocar a la víctima.
- ✓ Llame al 112 informando de las circunstancias y del estado de la víctima.
- ✓ Apague, desconecte la corriente.
- ✓ Permanezca sobre algún material seco y aislante, como una caja de madera o una esterilla de goma.
- ✓ Si no se puede desconectar, retire de la corriente eléctrica al accidentado utilizando un objeto no conductor, de madera o de plástico (escoba, silla, etc.) o una alfombra.
- ✓ Valore nivel de consciencia de la víctima (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)). Si la víctima está inconsciente, llame al 112 indicando la situación en la que se encuentra.
- ✓ Observe si respira. Si no respira o su respiración es ineficaz (boqueos, escaso movimiento torácico), inicie maniobras de [reanimación cardiopulmonar](#).
- ✓ Las quemaduras eléctricas se tratan de forma similar a las quemaduras térmicas, si tiene quemaduras o dificultades respiratorias, proceda según el capítulo [Lesiones producidas por calor: quemaduras](#).



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dejar sola a la víctima.
- ✗ Tocar a la víctima con las manos descubiertas mientras siga en contacto con la fuente de electricidad.
- ✗ Acercarse a menos de 6 metros de una persona que se está electrocutando con corriente eléctrica de alto voltaje hasta que el flujo de energía haya sido interrumpido.
- ✗ No mueva a la víctima de una lesión eléctrica a menos que esté expuesta a un peligro inmediato, siempre que esté garantizada su seguridad propia.



Ahogamiento

El ahogamiento por asfixia o inmersión se produce por la obstrucción de un medio líquido al paso del aire al interior de las vías aéreas, lo que supone una total o menor llegada de líquido a los pulmones.

El caso de atragantamiento, se produce por el bloqueo de las vías aéreas por algún objeto, pudiendo obstruir de manera total o parcial el paso del aire a los pulmones. Suele aparecer espasmo en la glotis (garganta), lo que dificulta el paso del aire (ver capítulo [Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño](#)).

[Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño](#).

Según el medio en que se produzca, la inmersión puede ser:

- En **agua de mar**, por sus características, provoca el paso de líquido hacia los pulmones llegando a producir lesiones graves.
- En **agua dulce**, por sus características, pasa rápidamente desde los pulmones hacia el torrente sanguíneo, produciendo lesiones graves.
- En **piscinas**, que tiene las características del agua dulce, con el agravante del cloro que produce acción tóxica en los pulmones.
- En **aguas contaminadas**, agravadas por la contaminación bacteriana y química.

✓ Qué hacer:

- ✓ En lugares donde se encuentre socorrista, llame su atención e indíquele el lugar.
- ✓ Si es posible, extraiga a la víctima del lugar donde se está produciendo el suceso. **Si no sabe nadar abstengase de iniciar el salvamento y llame al servicio de urgencias 112.**
- ✓ En caso de haber podido sacar a la víctima, valore su nivel de consciencia (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)). Si está inconsciente, llame al 112 indicando la situación en la que se encuentra.
- ✓ Observe si respira. Si no respira o su respiración es ineficaz (boqueos, escaso movimiento torácico), inicie maniobras de [reanimación cardiopulmonar](#).
- ✓ Maneje a la víctima como si existiera lesión de la columna cervical.
- ✓ Mantenga la temperatura corporal de la víctima tapándola con mantas.
- ✓ Ponga en [posición lateral de seguridad](#) a la víctima hasta la llegada de los servicios de urgencia.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Intentar salvar a la víctima si no sabe nadar.



Urgencias pediátricas

Avise al 112 si observa alguno de estos signos y síntomas:

- Alteración anormal de la conducta.
- Dificultad para respirar con normalidad.
- Alteraciones en la coloración de la piel.
- [Convulsiones](#).
- Vómitos persistentes.
- Fiebre alta.

Enfermedades más frecuentes:

Dificultad respiratoria

Posiblemente de origen viral (catarros, bronquitis, rinitis, laringitis). Estos procesos pueden complicarse, provocando inflamación en la garganta o cierre de los bronquios, ocasionando dificultad respiratoria.

Signos de alerta:

Avise al 112 si observa alguno de estos signos y síntomas:

- _ Respiración jadeante, dificultosa, con uso de la musculatura del tórax para ayudarse a respirar. Movimientos rápidos de las fosas nasales (aleteos).
- _ Presencia de ruidos o pitidos al respirar.
- _ Angustia.
- _ Tono muscular debilitado.
- _ "Tos perruna" (estridente).
- _ Color azulado en la piel y en las mucosas (labios).
- _ Bajo estado de ánimo, tendencia al sueño, bajo nivel de consciencia.
- _ Fiebre alta (más de 38 grados centígrados).

✓ Qué hacer:

- ✓ Incorpore al niño y siéntelo.
- ✓ Afloje su ropa.
- ✓ Llévelo a un lugar con aire fresco.
- ✓ Reevalúe de manera continua el estado general del niño.
- ✓ Cuando los servicios de emergencias lleguen, explique las circunstancias, los síntomas referidos y las modificaciones del estado de la víctima y las medidas realizadas sobre él, así como cualquier información de interés recogida (antecedentes, tratamientos).

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Administrar medicación por su cuenta.
- ✗ Desabrigarle.



Deshidratación

Es la pérdida de agua del organismo, provocada por problemas digestivos, como gastroenteritis aguda, o por la exposición a altas temperaturas.

Signos de alerta:

Avise al 112 si observa alguno de estos signos y síntomas:



- _ Inconsciencia.
- _ Que no orina.
- _ Ojos, lengua y labios secos.
- _ Que la piel se queda en forma de pliegue al pellizcarla.
- _ Fiebre muy alta.
- _ Convulsiones.

✓ Qué hacer:

- ✓ Si está consciente, dele de beber agua o líquidos con sales minerales y glucosa, a sorbitos.
- ✓ Reevalúe de manera continua el estado general del niño.
- ✓ Cuando los servicios de emergencias lleguen, explique las circunstancias, los síntomas referidos y las modificaciones del estado de la víctima y las medidas realizadas sobre él, así como cualquier información de interés recogida (antecedentes, tratamientos).

Fiebre

Normalmente provocada por procesos víricos o infecciones. Ocasionan [nerviosismo y ansiedad](#) y, en algunas ocasiones, la fiebre alta puede provocar [convulsiones](#).

✓ Qué hacer:

- ✓ Trate de bajar la temperatura corporal, enfriando progresivamente con paños húmedos aplicados sobre la frente, nuca, pliegues (axilas, ingles) o bañando al niño en agua tibia.
- ✓ Desarrobe al niño. Aléjelo de las corrientes de aire





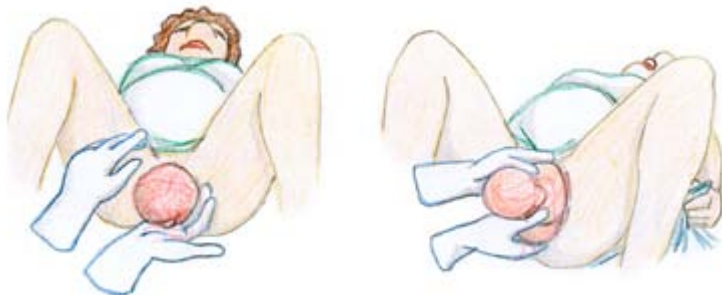
Parto de urgencia

El embarazo es el lapso de tiempo entre la concepción y la expulsión del feto, cuya duración aproximada es de 40 semanas. El parto es el periodo a través del cual, la madre expulsará al feto; va acompañado de otros procesos, que se dividen en tres fases:

- **Dilatación.** La madre comienza a sentir dolor abdominal, con intensidad y frecuencia en aumento, pudiendo extenderse a la zona lumbar (contracciones). Puede expulsar líquido amniótico (romper aguas) y tapón mucoso. El feto se encaja en la pelvis materna, y la salida del útero se dilata progresivamente.
- **Expulsión.** Consiste en la salida del feto del interior de la madre al exterior. Comienza con la visualización de la cabeza del feto hasta la salida completa de éste.
- **Alumbramiento.** Se trata de la salida de la placenta.

✓ Qué hacer:

- ✓ Conserve la calma y asegure el entorno
- ✓ Llame al 112 informando de las circunstancias y del estado de la mujer
- ✓ Pregunte a la víctima hora de inicio, frecuencia e intensidad del dolor, semanas de embarazo, número de partos anteriores, complicaciones o enfermedades previas.
- ✓ Valore la pérdida de líquido o sangre, coloración y cantidad aproximada.
- ✓ Colóquela en un lugar lo más tranquilo, cálido e íntimo posible; en decúbito supino, con las piernas flexionadas y separadas.
- ✓ Abríguela, retirando ropa mojada o que dificulte el parto.
- ✓ Lávese las manos.
- ✓ Anime a la víctima a empujar solo en el momento de la contracción y no entre éstas.
- ✓ Cuando visualice la cabeza del feto, proteja la zona inferior (periné) con una mano, para evitar desgarros.
- ✓ Con la otra mano, sujete la cabeza del feto. No tire, solo acompañe su salida.



- ✓ Si el cordón rodea la cabeza del feto, trate de retirarlo sin romperlo. Si no puede, ate fuertemente dos cordones separados entre sí, con dos nudos cada uno, y corte el cordón por el medio de los nudos.
- ✓ Ayude, sin ejercer fuerza, a rotar 90° la cabeza del feto: comenzará a ladearse sola.
- ✓ Acompañe, sin tirar, la salida del hombro superior del feto; posteriormente, la del inferior, e inmediatamente, la salida del resto del cuerpo.
- ✓ Sujete firmemente el cuerpo del recién nacido, puede resbalarse.



- ✓ Abrigue inmediatamente al recién nacido, no le limpie, y colóquelo sobre el pecho de la madre.
- ✓ Ate fuertemente un cordón, con dos nudos, a un palmo del recién nacido; y un segundo cordón, igualmente, a dos palmos.
- ✓ Valore el estado del recién nacido y de la madre: consciencia y respiración. Prepárese por si fueran necesarias maniobras de [RCP](#).
- ✓ Felicite a la madre, informe inmediatamente del sexo y estado del recién nacido.
- ✓ Espere el alumbramiento (salida de la placenta) 30 minutos después, y guárdela íntegra.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Introducir compresas en los genitales de la madre.
- ✗ Comprimir el abdomen de la madre.
- ✗ Traccionar del feto o del cordón durante el parto.

✓ Qué hacer sobre el recién nacido:

- ✓ Deposítelo sobre toallas, sábanas o mantas.
- ✓ Verifique su estado de consciencia: observe si llora, se mueve y respira espontáneamente o estimúlelo con suaves golpecitos en la planta del pie.
- ✓ Si no responde, inicie maniobras de [RCP](#).
- ✓ Limpie cuidadosamente la nariz y la boca.
- ✓ Abríguelo, especialmente cabeza, manos y pies. Evite las pérdidas de calor.
- ✓ Entrégueselo a la madre para que lo sostenga en sus brazos mientras espera la llegada de los servicios de emergencias.



Hemorragias por vía vaginal

Las hemorragias vaginales son aquellas hemorragias internas, debidas a varias causas, en las que se expulsa la sangre a través de los genitales femeninos. Si éstas se producen durante el embarazo, tienen una consideración especial.

✓ Qué hacer:









- ✓ Valore nivel de consciencia de la víctima (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)). Pregunte la hora de inicio del sangrado, así como la cantidad, consistencia y otros síntomas acompañantes (dolor, malestar, etc.).
- ✓ Compruebe la aparición de síntomas como palidez, sudoración o frialdad de la piel.
- ✓ Si la víctima permanece consciente, colóquela en decúbito supino, y sujete los miembros inferiores levantados y cruzados (ver capítulo [Posiciones de espera](#)).
- ✓ Mantenga esta posición hasta la llegada del servicio médico extrahospitalario o hasta que se deteriore el estado de la víctima.
- ✓ Pregunte además si la víctima está embarazada, así como las semanas de gestación, complicaciones previas o durante el embarazo.
- ✓ Si la víctima presenta embarazo evidente (abombamiento del abdomen), coloque, además ropa o un cojín bajo la cadera derecha o en [decúbito lateral flexionado](#).
- ✓ Indague sobre posibles traumatismos anteriores a la aparición de la hemorragia.
- ✓ Reevalúe de manera continua el estado general de la víctima.
- ✓ Comunique al personal del servicio médico extrahospitalario la información recogida y las medidas realizadas sobre la víctima, así como cualquier información de interés recogida (antecedentes, tratamientos, traumatismos).





✗ Qué NO hacer:

- ✗ Introducir nada o tratar de taponar los genitales.
- ✗ Presionar sobre el abdomen.



Posiciones de espera

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	INDICADO PARA	IMAGEN
Lateral de seguridad. PLS	Posición lateral estable que evita atragantamiento y aspiración de vómito.	Inconsciente sin traumatismos importantes.	
Decúbito supino	Tumbado boca arriba. Brazos y piernas estirados a lo largo del cuerpo.	Valorar e iniciar la asistencia. RCP. Mantener la alineación neutra en traumatismos graves de columna.	
Antishock	Tendido boca arriba con las piernas levantadas y arropada.	Recuperar mareos, pérdidas de conocimiento sin traumatismos graves.	
Trendelenburg	Tendido boca arriba con todo el cuerpo en progresiva elevación, quedando los pies más altos que la cabeza.	En traumatismos graves para recuperar mareos, pérdidas de conocimiento con tensión arterial baja.	
Antitrén	A la inversa de Trendelenburg.	Traumatismos craneoencefálicos sin pérdida de conocimiento.	
Decúbito prono	Tumbado boca abajo, con la cabeza ladeada, piernas y brazos estirados a lo largo del cuerpo.	Traumatismos en espalda, glúteos o parte trasera de las piernas.	
Decúbito lateral	Todo el cuerpo estirado y apoyado sobre un lateral.	Cuando precise lateralizar traumatismos graves para expulsión de vómito.	
Decúbito lateral flexionado	Apoyada, especialmente sobre el lado izquierdo, con las piernas flexionadas.	Embarazadas.	

Sentado	Como en una silla. Cuerpo erguido y la planta de los pies se apoya sobre el suelo.	Posible ataque cardíaco.	
Semisentado	Cabeza y espalda apoyada sobre un respaldo moderadamente inclinado y las piernas se estiran descansando completamente sobre una superficie.	Facilitar la respiración excepto en traumatismos de columna vertebral. Traumatismos en tórax .	
Defensa abdominal	Las piernas se flexionan sobre el abdomen apoyándose las plantas de los pies sobre la superficie.	Traumatismos en abdomen. Dolor interno en zona abdominal de origen no traumático.	
Fritz	Decúbito supino con las piernas cruzadas sobre los muslos.	Hemorragias exteriorizadas por el aparato genital femenino.	

Cómo realizar la posición lateral de seguridad (PLS)



- Colóquese en el lado elegido para el volteo.
- Siempre que no haya lesiones en los brazos: coloque el brazo de la víctima más cercano a usted en ángulo recto, con la mano hacia la cabeza. Coja el brazo contrario por la muñeca, en ángulo recto, dirigiéndolo hacia usted.
- Si no hay lesiones, eleve la rodilla del lado más alejado a usted en ángulo, apoyado el pie en el suelo.
- Ponga su mano derecha en el hombro más alejado de la víctima y la otra en el pliegue de la rodilla de ese mismo lado.
- Tire fuerte y lentamente hacia usted, haciendo rodar a la víctima hacia su posición.
- Una vez en esta posición, coloque la mano de la víctima más cercana a su cara debajo de ésta. Utilice la pierna que ha quedado encima como apoyo, para evitar que se mueva y pudiera quedarse boca abajo.



Si existen [lesiones en extremidades](#) no realice esta maniobra, manteniendo a la víctima en decúbito supino o en la posición en la que se encuentra si sus lesiones no permiten ningún movimiento.

Durante la espera, usted o algún ayudante deberán:

✓ Qué hacer:

- ✓ Vigilar el nivel de consciencia y las constantes (ver capítulo [Reconocimiento de la víctima](#)).
- ✓ Informar al 112 si el estado se agravara, especialmente si se inician maniobras de [RCP](#).
- ✓ Aflojar las ropas y el calzado. Retirar pañuelos y corbatas del cuello, y anillos, pulseras y relojes de miembros superiores con traumatismos.
- ✓ Abrigar contra el frío. Facilitar sombra contra el calor y el sol radiante.
- ✓ Mantener despierto y fortalecer su estado de ánimo.
- ✓ Alejar a curiosos no colaboradores o que traigan desaliento.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dar de comer o de beber y mucho menos de fumar a la víctima.
- ✗ Alterar el estado emocional de la víctima con comentarios inapropiados sobre su salud, transcurso del tiempo o lesiones graves o fallecimiento de otras víctimas.



Medidas de higiene personal

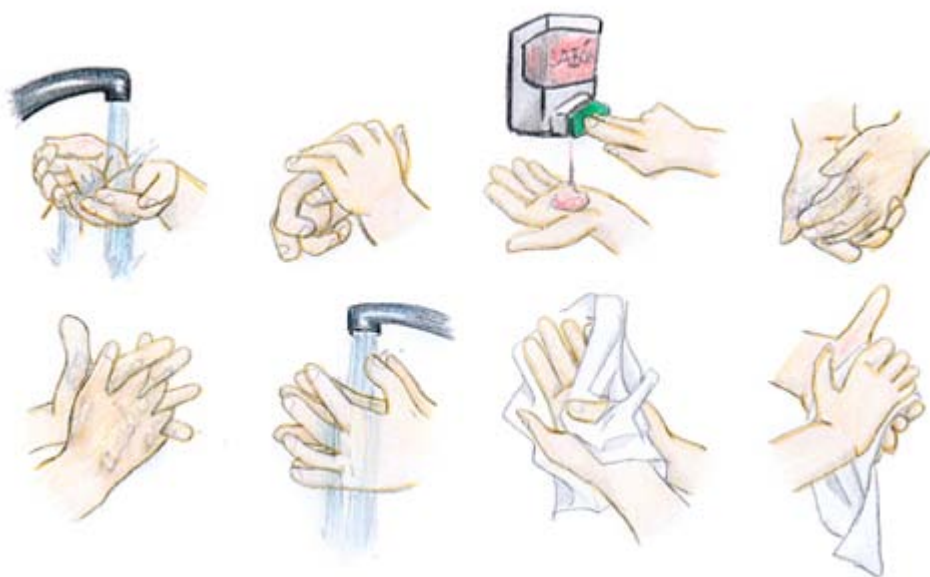
El mayor riesgo para una herida es la infección. Por ello, antes de comenzar su manipulación, deberá adoptar las siguientes **medidas universales de protección**:

- _ Lávese las manos antes y después del contacto con la víctima.
- _ En caso de tener alguna herida, cúbrala.
- _ Use gafas de protección ante acciones en las que pueda haber salpicaduras.
- _ Emplee filtros de barrera respiratoria en contacto con personas que padezcan o sospeche algún tipo de infección.



¿Cómo lavarse las manos correctamente?

- ✓ Abra el grifo con una toalla de papel.
- ✓ Mójese abundantemente las manos y los antebrazos.
- ✓ Lávese con jabón durante 20 segundos, entrelazando los dedos y frotando las palmas y la parte posterior de las manos en un movimiento circular.
- ✓ Lave las uñas con más jabón, utilizando las uñas de la otra mano o un cepillo.
- ✓ Aclárese abundantemente.
- ✓ Séquese completamente con la toalla de papel por aplicación y sin deslizar el papel sobre la piel desde los codos hasta la punta de los dedos de la mano.
- ✓ Cierre el grifo con otra toalla de papel seca.



Desinfección rápida

Si fuese necesaria una desinfección rápida de las manos, utilice una solución alcohólica desinfectante:

- ✓ Aplique una dosis del producto sobre las manos secas.
- ✓ Extienda el antiséptico, frotando las palmas y la parte posterior de las manos en un movimiento circular, entrelazando los dedos, hasta que queden completamente secas (30 segundos).
- ✓ Si hay restos de materia orgánica es aconsejable realizar primero limpieza rutinaria antes de este lavado especial de manos.

Limpieza del material de curas

Antes de utilizar material para realizar una cura (tijeras, pinzas), deberá limpiarlos cuidadosamente para evitar infectar la herida. Para ello, lávelo con agua y jabón, o imprégnelo en alcohol o una solución antiséptica, secándolo después con un paño limpio lo más estéril posible (un pañuelo de tela recién planchado es estéril) o con una toalla de papel seca.



Posibilidad de transmisión de enfermedades

Existen determinadas enfermedades que se transmiten de unas personas a otras. El desconocimiento en esta materia puede generar cierto temor en el momento de ayudar a una persona herida.

Las diferentes vías de transmisión son:

- Por contacto directo, a través de otras personas u objetos contaminados, como son los hongos, la varicela, el sarampión, el herpes.
- Por el aire, al inhalar las gotitas de saliva exhaladas, al toser o al estornudar. Se encuentran entre estas enfermedades la gripe, la tuberculosis.
- A través de fluidos corporales (VIH, hepatitis).
- A través de la sangre, en el intercambio de jeringuillas, bisturís.

Qué hacer en caso de contacto con fluidos corporales

En caso de posibles contactos o sospecha de contagios, comuníquese al personal sanitario actuante, quien le indicará los pasos a seguir; o diríjase a su hospital, para informar de lo sucedido. En el hospital le realizarán las pruebas necesarias y le administrarán la medicación profiláctica adecuada si estuviera indicada.



Prevención y actuación en accidentes de tráfico

Evitar o minimizar lesiones tras un accidente de tráfico es el objetivo de los *sistemas de seguridad del automóvil* que, tanto el conductor, como el resto de los ocupantes, deben utilizar responsablemente, así como cumplir los preceptos legales que popularmente se conocen como *Código de la Circulación*. Sobre la seguridad normativa podrá estar permanentemente actualizado si consulta

www.dgt.es.

Recomendaciones generales para la conducción:

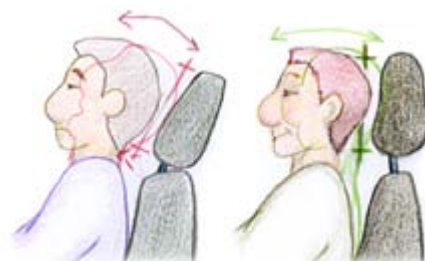


- No conduzca bajo los efectos del alcohol.
- En caso de tomar medicamentos, lea detenidamente el prospecto o siga las instrucciones de su médico. Algunos medicamentos provocan sueño o lentitud de reflejos.
- Si tiene sueño, baje las ventanillas del vehículo. No trate de seguir, aunque le quede poco trayecto, si el sueño es intenso.
- Evite comer copiosamente.
- Lleve ropa cómoda.
- No abuse de la calefacción, ya que le provocará sueño.
- Realice paradas cada 2 horas o 100 Km.

Circulando en turismos, furgonetas, camiones y autobuses

El cinturón de seguridad y el reposacabezas son elementos diseñados para proteger nuestro cuerpo, pero requieren de una correcta colocación para que cumplan bien su función:

1. Coloque el asiento casi en ángulo recto.
2. Desplace el reposacabezas hasta que la parte superior quede a la altura de los ojos y a una distancia de la cabeza inferior a 7 centímetros.
3. Confirme que todos los ocupantes llevan puesto el cinturón de seguridad de forma correcta. Este debe colocarse entre el cuello y el hombro y una vez enganchado debe agarrarse la correa torácica en la parte más cercana al anclaje y tirar firmemente hacia el hombro del brazo contrario. De esta manera la banda de la cadera quedará bien tensada.



✗ Qué NO hacer:

- ✗ Llevar en el cinturón de seguridad pinzas, protectores o dobleces que impidan su movimiento normal o puedan bloquearlo.
- ✗ Utilizar cojines, almohadas, o ropa demasiado voluminosa, que no permitan tener una posición correcta sobre el asiento, ya que eliminarán la eficacia del cinturón de seguridad.

Circulando en motocicletas y ciclomotores

✓ Qué hacer:

- ✓ Utilice guantes, cazadora con refuerzos, pantalón largo y calzado alto que cubra todo el pie y sujete el tobillo. También en verano.
- ✓ Utilice siempre el casco homologado y puesto en la cabeza. Ajústelo bien a la barbilla.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Utilizar prendas ligeras porque no protegen el cuerpo.
- ✗ Exponer cabeza, manos, brazos, piernas y pies directamente.
- ✗ Llevar bolsos o mochilas a la espalda.



En caso de accidente siga las siguientes reglas básicas:

✓ 1º Proteger

- _ Detenga su vehículo en el arcén con la luz de corto alcance y ambos intermitentes conectados a la vez ("warning").
- _ Póngase el chaleco reflectante.
- _ Tenga cuidado al salir del vehículo mirando por el retrovisor si es posible la salida sin peligro.
- _ Coloque los dispositivos de pre-señalización de peligro (triángulos) o dispositivo luminoso de emergencia en lugar bien visible.
- _ Valore los riesgos del entorno.
- _ No fume y preste atención a los derrames de combustible.
- _ Apague las luces de los vehículos accidentados y desconecte el contacto quitando las llaves.

✓ 2° Avisar

Llame al 112. Informe del tipo de accidente, número de heridos, localización exacta, posibles riesgos (derrames, incendios).

✓ 3° Socorrer

- _ Realice una estimación inicial de gravedad de las víctimas y proceda a prestar la asistencia básica.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Deambular por la calzada. Colóquese en el arcén para evitar ser atropellado.
- ✗ Introducirse en el vehículo siniestrado si está volcado o poco estable.



Prevención de accidentes en el medio natural (Actuación en el medio acuático, el campo y la montaña)

Prevención en la exposición solar:

- _ Evite quemaduras por exposición al sol, protegiéndose con cremas adecuadas a su tipo de piel. Aplíquese, al menos, media hora antes de la exposición y, de nuevo, dos horas después o tras el baño.
- _ Tras la exposición al sol, utilice cremas hidratantes para el cuerpo para recuperar la humedad de la piel.
- _ En niños, ancianos y personas sensibles, es recomendable cremas con alta protección y la utilización de sombreros y camisetas.
- _ Cúbrase los brazos y piernas.
- _ Utilice ropas ligeras y de colores claros.
- _ Utilice gafas con filtros contra rayos ultravioleta.
- _ Evite la exposición en las horas centrales del día.
- _ En la nieve, utilice protectores labiales con filtro solar.

Prevención en el baño:

- _ Utilice tapones en los oídos para prevenir enfermedades.
- _ En piscinas deberá utilizar siempre calzado de goma para evitar contagio de hongos.
- _ En ríos, lagos, estanques y piscinas, dúchese antes del baño o introdúzcase muy lentamente en el agua, para evitar el cambio brusco de temperatura.
- _ En playas, ríos, lagos y estanques infórmese de las zonas permitidas para el baño.
- _ Extreme las precauciones en aguas turbias o que no pueda ver el fondo. Observe las corrientes.
- _ En zonas de aguas estancadas y ríos utilice repelentes e insecticidas y cúbrase brazos y piernas.
- _ Los niños dentro del agua deberán llevar siempre dispositivos de seguridad, manguitos, flotadores o chaleco salvavidas.

✓ Qué hacer:

- ✓ Beba agua antes, durante y después de la actividad.
- ✓ Lleve siempre ropa adecuada al tipo de excursión (gorras, botas, etc) y suficiente avituallamiento.
- ✓ Si va a realizar una excursión por zonas desconocidas, informe al cuartel de la Guardia Civil de la zona, sobre el itinerario previsto de su travesía
- ✓ Respete las zonas habilitadas para el baño.
- ✓ Tenga en cuenta los colores de las banderas de información en playas, ríos, lagos y embalses.
- ✓ En piscinas siga siempre las indicaciones del socorrista.
- ✓ En ríos y aguas estancadas si ve a una persona en peligro y no es experto nadador, llame al 112 y no la pierda de vista.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Utilizar perfumes durante la exposición al sol.
- ✗ Hacer fuegos o fogatas en el campo.
- ✗ Bañarse durante una tormenta.
- ✗ Zambullirse de golpe al agua, especialmente si no ve el fondo o con gran oleaje.
- ✗ Intentar sacar a una víctima del agua si no es un experto nadador.
- ✗ Caminar descalzo dentro de los ríos, lagos o estanques.
- ✗ Bañarse o emprender una travesía si ha ingerido suficiente cantidad de alcohol.



Prevención en el hogar

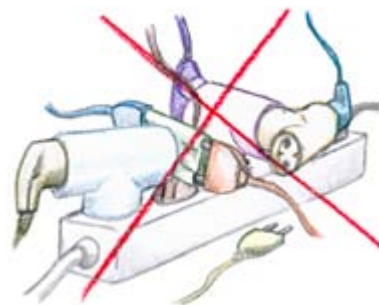
Prevención con la electricidad

✓ Qué hacer:

- ✓ Tenga siempre a mano linternas o aparatos similares que se utilicen con fuente de energía a pilas o baterías cargadas, para que nos ilumine en caso de apagón.
- ✓ Todos los hogares deben disponer de un sistema eléctrico de seguridad que desconecte la instalación en caso de descarga eléctrica o de cortocircuito.
- ✓ Deje espacio de aire alrededor de los electrodomésticos para prevenir sobrecalentamientos.
- ✓ En caso de persona electrocutada, intente cortar la tensión y nunca toque directamente a la víctima (ver capítulo [Lesiones producidas por la electricidad y rayos](#)).

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Dejar enchufados aparatos ni cargadores eléctricos sin necesidad y sobrecargar los enchufes con muchos aparatos conectados.
- ✗ Tocar enchufes y aparatos eléctricos con las manos mojadas y los pies descalzos.
- ✗ Utilizar agua para apagar fuegos donde exista tensión eléctrica.



Prevención con el gas

✓ Qué hacer:

- ✓ Si detecta olor a gas, cierre las llaves de paso de gas más cercanas al área de fuga y avise inmediatamente al servicio de mantenimiento, emergencia o bomberos y abra puertas y ventanas para que circule el aire.
- ✓ Si se enciende una llama, conserve la calma y trate de controlarla teniendo en cuenta:
 - _ No lo intente apagar de forma violenta. La llama irá disminuyendo a medida que baje el volumen y la presión del gas.
 - _ Aleje del área objetos y materiales incandescentes.

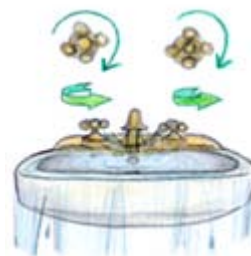
✗ Qué NO hacer:

- ✗ Es peligroso buscar el área de fuga con una llama, sólo debe hacerlo con agua jabonosa, si realmente hay una fuga de gas, brotarán burbujas rápidamente.
- ✗ Encienda y apagar la luz puede provocar una explosión o deflagración.

Prevención con el agua

✓ Qué hacer en caso de rotura o fuga:

- ✓ Detenga el flujo de agua rápidamente con la llave de cierre principal.
- ✓ Tenga cuidado con no resbalar en suelos húmedos.
- ✓ Retire los objetos eléctricos que estén próximos y desconéctelos si es posible



Prevención con los incendios

✓ Qué hacer:

- ✓ Si arde una sartén llena de aceite, no la eche agua, salpicaría y no se extinguiría. Utilice una tapadera grande o un trapo sobre la sartén para apagarlo.
- ✓ Las campanas extractoras acumulan grasa. Cambie o limpie los filtros con frecuencia.
- ✓ En la cocina debe usar los fuegos más próximos a la pared y no dejar los mangos de los utensilios que sobresalgan de la encimera.
- ✓ Al vaciar un cenicero asegurarse de que estén todas las colillas apagadas.

- ✓ En caso de utilizar velas, comprobar que estén apagadas cuando abandona la estancia.
- ✓ En caso de incendio conserve la calma, no provoque el pánico general gritando ni corriendo y llame al servicio de emergencia o bomberos (ver capítulo [Intoxicaciones producidas por inhalación de humo](#)).



Si el incendio es **dentro de casa**:

- ✓ Busque el extintor más cercano e intente combatir el fuego. Retire la anilla del seguro del extintor, colóquese a una distancia de 3 m. y dirija la boquilla a la base de las llamas, apriete el gatillo manteniendo el extintor en posición vertical y mueva la boquilla de lado a lado lentamente, atacando por la base toda la parte frontal del fuego.
- ✓ Si no puede apagar el fuego salga de su casa hacia la calle cerrando las puertas.
- ✓ Si se ha quedado atrapado, cierre las puertas y rendijas, asómese a las ventanas y haga señales para que puedan verle desde la calle.
- ✓ Si se incendia su ropa no corra, tírese al suelo, ruede lentamente y si fuera posible, cúbrase con una manta para apagarlo.
- ✓ Si hay humo, colóquese lo más cerca posible del suelo desplazándose a gatas y si es posible con un trapo húmedo tápese la nariz y boca.

Si el incendio es **en una planta inferior**:

- ✓ No salga, seguramente el humo habrá invadido el hueco de la escalera.
- ✓ Cierre las puertas y tape las rendijas con trapos mojados para evitar que entre el humo. Asómese a las ventanas y haga señales.

• Si el incendio es **en una planta superior**:

- _ Abrir la puerta de casa y si el hueco de la escalera no tiene humo, salir a la calle cogiendo las llaves y cerrando todas las puertas.
- _ Si hay demasiado humo vuelva dentro de casa y actúe como en el caso anterior.
- _ Durante la evacuación, nunca use ascensores y acate las instrucciones del personal especializado.

• Si la puerta es la única salida, verifique que la chapa no esté caliente antes de abrirla; si no está seguro de si hay fuego al otro lado, no abra la puerta.

✗ Qué NO hacer:

- Dar la espalda al fuego.
- Secar la ropa sobre estufas y aproximar cortinas a estufas de butano o eléctricas.
- Fumar en la cama o tumbado en el sofá.
- Dejar velas encendidas sin vigilancia, en corrientes de aire o cerca de materiales combustibles.



Prevención con los niños

✓ Qué hacer:

- ✓ Mantenga cerillas y encendedores, pilas de botón y objetos pequeños fuera de su alcance.
- ✓ Tenga mucha precaución con la plancha y no deje al niño estar cerca. El vapor de la plancha puede producir quemaduras.
- ✓ Ponga tapas cubriendo los enchufes.
- ✓ Guarde utensilios de afeitar y cortar; costureros, herramientas, productos de limpieza y detergentes; medicamentos y bebidas alcohólicas, en lugares altos y seguros como muebles con cierre de seguridad o llave.
- ✓ Acostar siempre al bebé boca arriba para prevenir la muerte súbita.
- ✓ Ponga protectores a la cuna del bebé y fíjese que la cabeza del niño no quepa entre los barrotes.
- ✓ Retire todos los objetos de tamaño pequeño de su alcance.
- ✓ Ponga puertas de seguridad en los accesos a la escalera. Utilice sistemas de bloqueo en puertas, ventanas y cajones que solo se puedan abrir por un adulto.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Permitir que se acerquen a chimeneas, estufas o radiadores.
- ✗ Poner insecticidas o raticidas en lugares a su alcance.
- ✗ Poner a su alcance medicamentos o hacerles creer que son caramelos.
- ✗ Dejar sin vigilancia, o a cargo de otro menor, en la bañera, tampoco con un animal o mascota por muy domesticado que esté.
- ✗ Abrigar en exceso por la noche y con ropa de cama pesada que impida que se puedan mover con libertad.
- ✗ Dormir en la misma cama, durante el sueño puede darse la vuelta y aplastar o asfixiar al niño.
- ✗ Dejar cables, cuerdas, cintas y bolsas de plástico a su alcance, ya que podrían ahorcarse.
- ✗ Dejar que se llenen en exceso la boca o que coman acostados.
- ✗ Que jueguen saltando mientras comen, podrían tener una obstrucción de las vías respiratorias.
- ✗ Poner la cama, mesa u otro tipo de muebles cercanos a las ventanas.





Prevención en lugares públicos

Prevención en la calle

✓ Qué hacer:



- ✓ Camine por zonas peatonales por el interior de la acera y no por el bordillo, prestando atención a las salidas de garajes.
- ✓ Camine en carretera siempre por su izquierda ya que verá mejor a los vehículos que se aproximan. En horas de poca iluminación lleve chaleco o bandas reflectantes para aumentar su visibilidad.
- ✓ Cruce la calzada por los semáforos o pasos de peatones, utilice los pasos superiores e inferiores para peatones. No cruce plazas ni rotondas, rodéelas.
- ✓ Si tiene que cruzar una carretera, hágalo con cuidado y por el lugar de mejor visibilidad, mirando a la izquierda y a la derecha asegurándose de que no se aproxime ningún vehículo.
- ✓ Evite salir a caminar, correr o andar en bicicleta con auriculares puestos ya que reduce la capacidad de reacción al verse limitado el sentido de audición.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Cruzar la calzada sorteando vehículos, puede sorprenderle alguna moto o bicicleta que pase entre ellos.
- ✗ Llevar animales sueltos cuando pasee por la calles.
- ✗ Correr cuando está lloviendo, puede sufrir caídas.
- ✗ Caminar solo por lugares desconocidos, oscuros, solitarios y peligrosos. Esté alerta ante cualquier persona que se acerque en actitud extraña, alejándose de ella lo más rápido posible.
- ✗ Acudir baños públicos en áreas desoladas, en estaciones de servicio que se encuentran a la vuelta de la misma o aquellos al final de largos corredores.
- ✗ Llevar objetos de valor que llamen la atención a los ladrones o sacar grandes sumas de dinero en público.



Prevención en recintos públicos

✓ Qué hacer:



- ✓ Si es trabajador, conozca los planes de emergencia de la empresa, donde están las salidas de emergencias, los extintores y medios contra incendios y mantenga todos los lugares de trabajo limpios y ordenados. Guíe a otras personas que lo necesiten, neutralice el pánico y la histeria y evite aglomeraciones y empujones.
- ✓ Si es cliente siga las instrucciones que escuche por megafonía y, conservando la calma, deje todo lo que está haciendo. No se pare a recoger sus pertenencias, no deje nada en zonas de paso y abandone el local manteniendo el orden y la calma en la evacuación, siguiendo las señales que indican la salida y respetando el orden. No detenerse junto a las puertas de salida, deben permanecer libres.
- ✓ Identifique los accesos, pueden ser siempre una salida de emergencia.
- ✓ En caso de altercado o acto violento, intente separarse del lugar.

✗ Qué NO hacer:

- ✗ Utilizar ascensores o montacargas en caso de incendio.
- ✗ Pararse en las puertas o pasillos de acceso a las localidades.

- ✗ Subir a barandillas, verjas y otros lugares no destinados a estos fines.

Prevención con los niños

✓ Qué hacer:

- ✓ Lleve en brazos o de la mano a los niños.
- ✓ Explique al niño del peligro de cruzar la calle sin comprobar los colores del semáforo, sin mirar hacia un lado y otro en los pasos de peatones y sin ir agarrado de la mano de un adulto.
- ✓ En el parque de juegos, observe al niño desde una cierta distancia, que en caso de necesidad pueda ayudarle y tenga cuidado con los bordes cortantes y el buen mantenimiento de las atracciones.
- ✓ Cuando elija una guardería o colegio para el niño cuide de que cumpla todos los requisitos de seguridad.
- ✓ Para jugar a un determinado deporte, es importante la presencia de al menos un monitor adulto y responsable, con capacidad de prestar los primeros auxilios.



Colaboradores

- **Alberto Barberá Gómez** (Técnico de emergencias sanitarias / enfermero / Voluntario Protección Civil)
- **Juan Antonio Barbolla García** (Técnico de emergencias sanitarias)
- **María del Carmen del Castillo Ruiz de Apodaca** (Técnico de emergencias sanitarias / enfermera / Voluntario Protección Civil)
- **Jesús Fernández Gallego de Lerma** (Técnico de emergencias sanitarias / enfermero)
- **Alberto Fueyo Gallego** (Técnico de emergencias sanitarias / Voluntario Protección Civil)
- **Daniel González Rodríguez** (Técnico de emergencias sanitarias / enfermero / Voluntario Protección Civil)
- **Emilio José Muñoz Hermosa** (Técnico de emergencias sanitarias)
- **Rosa Belén Recio de Nuero** (Técnico de emergencias sanitarias)
- **Mónica Penín López** (Técnico de emergencias sanitarias)
- **Cynthia Sánchez Leirado** (Técnico de emergencias sanitarias / enfermera / Voluntario Protección Civil)

.....Ilustraciones:

.....Alba Tofiño Pajares (Técnico de emergencias sanitarias / Voluntario Protección Civil)

Bibliografía y Material de consulta

- [Manual de Procedimientos SAMUR - Protección Civil](#)
- **American Heart Association** [sede Web]. [Aspectos destacados de las guías de la American Heart Association de 2010 para RCP y ACE](#) 32 páginas.
- Fernández Ayuso, D. "Enfermería en Emergencias Prehospitalaria y Rescate" Ed. Aran, 2002.
- Cabrera, F. Domínguez, F. "Urgencias médicas". Ed Marban 2010.
- "Manual Primeros Auxilios" Cruz Roja. Ed. Person Alhambra, 2002.
- "Manual de Primeros Auxilios". Cruz Roja. 5ª edición. Ed. El País Aguilar, 2008.
- Chapleau, W. "Técnico en Emergencias Sanitarias". Ed. Elsevier, 2008
- Chameides L, et al. Salvacorazones Primeros Auxilios con RCP y DEA. American Heart Association; 2003.
- Moreno P., Primeros auxilios para la crisis de ansiedad. Editorial, Desclee de Bower. Edición castellano. Madrid 2004.
- Hernández Coronado A., Nevado Rey M., Intervención psicológica en situaciones de emergencia. Revista electrónica de intervención psicosocial. 2006, Vol. 1, nº 1 Enero, Pág., 40-46.
- Conde Gómez J., Enfermería Psiquiátrica y de la Salud Mental. Ed. UEM. Madrid 2009.
- Cléries Xavier. La comunicación, una competencia esencial para los profesionales de la salud. Editorial: Masson-Elsevier. Barcelona 2006.
- Manual de Habilidades de Comunicación y Apoyo Psicológico en Situaciones de Crisis, Desastres y Catástrofes. Miguel Saldaña, F. (ISBN: 84-95074-39-7 Edición Mayo 2008).
- Primeros Auxilios para las Crisis de Ansiedad y el trastorno del Pánico. Moreno, P., Doctor en Psicología Especialista en Psicología Clínica.
- [Clínica de la Ansiedad de Madrid](#)
- First Aid Headquarters, Departments of The Army, The Navy, and The Air Force, December 2002.
- Biblioteca Nacional de EE.UU., Buscador: Medlineplus castellano. Primeros auxilios en caso de envenenamiento o intoxicación. Madrid 2010.
- Ministerio del Interior. Dirección General de Protección Civil. Guía técnica de actuación en caso de intoxicación. Madrid 2010.
- Medical Emergency First Aid. Riesgos tóxicos, Cap. 2, Pág. 55-85. Editorial: Ashford Press. Londres 2008.
- Gutiérrez E., Gómez J.L., Primeros Auxilios. Editorial: Editex. Madrid 2008.
- Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía. Protocolo de actuación en emergencias sanitarias en centros educativos. Capítulo 12.1 Intoxicaciones, Pág. 64-67. Sevilla 2009.
- Manual de enfermería en emergencia prehospitalaria y rescate. Ed. Arán, 2002.
- Flemming, A. Ruschulte, F. "Medicina de Urgencias". Ed. Panamericana, 2008.
- Pérez Salvador P., Campuzano Fernández Colina J.A., Manual de Técnicos de Transporte Sanitario. Cap. 28, Mordeduras y Picaduras, Pág., 565-572, Edición: Aran. Madrid 2009.
- Moreno Millán E., Del Busto Prado F., Soporte Vital Básico, 2º Edición, Cap., 41 Mordeduras y Picaduras, Pág., 275-280. Arán. Madrid 2006.
- Varios A., RCP básica y primeros auxilios. Tema 8, Mordeduras y Picaduras. Pág., 193-212. Editorial: Vértice. Málaga 2008.
- Chapleau Will. Emergency first responder. Cap. 9, Pág., 209-226. Editorial: Elsevier edición castellano. Madrid 2007.
- PHTLS soporte vital básico y avanzado. Asistencia de los traumatismos en la naturaleza. Pág., 545-562. Editorial: Elsevier. Madrid 2006.
- García J.A., García- Vega F. J., Familiares y Amigos primeros auxilios. Ed. American Heart Association, AHA. Castellano. Madrid 2010.
- Medidas de protección y prevención ante temporales de nieve y frío. Ministerio del Interior. Dirección General de Protección Civil. Madrid 2010.
- Díaz Hernández, B., Guía de procedimientos de primeros auxilios. Capítulo 5, Congelaciones. Mailxmail. Madrid 2005.
- Comín, E., De la Fuente, I., Gracia, A., Hernández, J.L., Ibarz, J.A., Pardillos, J.M. Guía Práctica de Primeros Auxilios en la Empresa. Editorial: Maz, Servicio de Prevención. Madrid 2005.
- Cánovas, E. Manual de Primeros Auxilios. Madrid: Fraternidad. Madrid 1998.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (NTP-524 Primeros Auxilios: Quemaduras).
- Del Busto Prado F., Arcos González P., García Peliz M. Enfermería y Urgencias. Cap. 13 Electrocución, Pág. 263-267. Editorial: ARAN. Madrid 2001.
- Manual de Primeros Auxilios Central Sindical Independiente y de Funcionarios
- Biblioteca Nacional de Estados Unidos. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Instituto Nacional de la Salud. (MedLine Plus).
- Castro Vázquez J.M., Nociones Básicas de Auxilio. Editorial: Ideas Propias. Vigo 2006.
- Rivera Menor, E. Legislación sobre tráfico, circulación y seguridad vial. Cizur Menor (Navarra): CIVITAS; 2008.
- Penín López, M et als. (2007): Programa de Recomendaciones para la Prevención de Lesiones Menores en Accidentes de Tráfico, Subdirección General SAMUR- Protección Civil Ciudad de Madrid. Comunicación presentada al II Congreso de Urgencias y Emergencias de Castilla La Mancha y Madrid, Cuenca.



Urxencias
Sanitarias

061

GUÍAS RÁPIDAS DE CONSULTORÍA TELEFÓNICA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA



XUNTA
DE GALICIA

GUÍAS RÁPIDAS DE CONSULTORÍA TELEFÓNICA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

XUNTA
DE GALICIA

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

Edita: Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

Lugar: A Estrada (Pontevedra)

Año: 2022

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

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

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

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

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

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

José Flores Arias
Gerente del Servicio Gallego de Salud

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

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

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

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

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

COORDINACIÓN

Román Gómez Vázquez

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

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Arantza Briegas Arenas

Ramón Casal Aldonza

Joaquín González Olveira

Responsable de Comunicación

Secretario de Coordinación

Secretario de Calidad y Relación con el Usuario

AUTORES

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

- Juan González Bernárdez
- Gloria González Cristobo
- Virginia González López
- Diego González Peña
- M.ª Encarnación Guzmán Sáez
- Germán Hawkins González
- Adán Jorge Pastor
- Mercedes Paz Viña
- M.ª Jesús Ladra González
- Juan López Lazcano
- Rogelio Manuel Leira Muiño
- Sofía López Agreda
- Francisco López Agreda
- Joaquín Martín Lázaro
- María del Carmen Marcos Bravo
- M.ª Dolores Martín Rodríguez
- Romina Martínez Liñares
- Mónica Martínez Martínez
- Ana Martínez Moraña
- Galo Alberto Martínez Nieto
- Juan Ramón Meis Fernández
- Pilar Menéndez Parras
- Carlos Mirás Bello
- Valentina Nicolay Eiras
- M.ª Elena Núñez Esperón
- Marta Pena Seijo
- Manuel Pereira Carnero
- Anxela Pousa Ortega
- Indhira Miosotis Pérez Medrano
- M.ª Rosa Parceros Oubiña
- Mercedes Paz Viña
- Angel Pichel Loureiro
- Corsina Prado Pico
- Jose M.ª Prieto González
- Jorge Puente Hernández
- Daniel Rey Aldana
- M.ª José Rey Rey
- José Manuel Rey Vieites
- Jorge Ricoy Gabaldón
- Paulino Rivadulla Barrientos
- Javier Riveiro Villanustre
- Higinio Rodríguez Núñez
- Antonio Rodríguez Rivera
- M.ª Jesús Rodríguez Pedreira
- Manuel Rodríguez Yáñez
- Leticia Ruanova Abalde
- Antonio Rodríguez Rivera
- Ana Salgado Portabales
- Javier San Martín Lens
- Paula Sánchez Sobrino
- Laura M.ª Sebio Lago
- Carlos Sevillano Torrado
- Jorge Somoza Digón
- Ricardo Valdes Bernárdez
- Carlos Vidal Redondo

Enfermero de consulta. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría. Hospital da Costa.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico adjunto. Servicio de Cirugía. CHUS.

Médico coordinador adjunto FPUSG-061.

Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría CHUS.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico asistencial. FPUSG-061.

Médico adjunto. Servicio de Alergología. HULA.

Médico adjunto. Servicio de Alergología. CHUVI.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Enfermero de consulta. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Técnica en Epidemiología. Salud Pública. SERGAS.

Médico adjunto. Servicio de Digestivo. CHOP.

Médico adjunto. Servicio de Ginecología. H. del Salnés.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador. Urgencias. CHUVI.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Jefe de Servicio. Neurología CHUS.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico adjunto. Atención Primaria. A Estrada.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Enfermero. UCI. CHUS.

Médico adjunto. Servicio de Neumología. CHUS.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Formador FPUSG-061.

Médico adjunto. Servicio de Urología. CHOP.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico adjunto. Servicio de Neurología. CHUS.

Enfermera. UCI CHOP.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico coordinador adjunto. FPUSG-061.

Médico adjunto. Servicio de Endocrinología. CHOP.

Médico adjunto. Servicio de Ginecología. CHUS.

Médico adjunto. Servicio de Oftalmología. H. del Salnés.

Médico coordinador adjunto FPUSG-061.

Médico Adjunto. Unidad de Cuidados Paliativos. CHUS.

Médico adjunto. Servicio de Otorrinolaringología CHUS.

ABREVIATURAS

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

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

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

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

ÍNDICE

1 La comunicación

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

2 Aparato cardiocirculatorio

- Dolor torácico
- Palpitaciones
- Síncope
- Parada cardiorrespiratoria

3 Piel y faneras

- Lesiones dermatológicas
- Urticaria
- Edema cutáneo

4 Aparato Digestivo

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

5 Aparato Endocrino

- Hiperglucemia
- Hipoglucemia
- Errores con administración de insulina

6 Factores externos

- Mordeduras/ Plcaduras
- Quemaduras

7 Farmacología

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

8 Aparato genital femenino y mamas

- Amenorrea

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

9 Aparato respiratorio

- Disnea
- Hemoptisis
- Tos

10 Sistema nervioso

- Cefalea
- Coma-estupor
- Ictus

11 Patología oftalmológica y anejos

- Lesiones oftalmológicas
- Lesiones palpebrales

12 Aparato auditivo

- Epístaxis
- Mareo y vértigo
- Otagia

13 Problemas psicológicos

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

14 Aparato locomotor

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

15 Aparato urinario y genital masculino

- Síndrome miccional
- Síndrome escrotal agudo
- Hematuria
- Oligoanuria

16 Problemas generales

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

1. LA COMUNICACIÓN

LA COMUNICACIÓN Y SUS VARIABLES EN LA COORDINACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Introducción

Las habilidades comunicativas del médico coordinador tienen dos bases fundamentales:

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

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

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

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

COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Introducción

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

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

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

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

INTERROGATORIO CLÍNICO TELEFÓNICO

Introducción

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

Abordaje del interrogatorio clínico telefónico

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

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

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

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

2. APARATO CARDIOCIRCULATORIO

DOLOR TORÁCICO

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

Si el dolor sugiere cardiopatía isquémica, se puede indicar nitratos si hasta en tres ocasiones separados de 5-10 min, incluso media aspirina masticada. En caso de patología menor, se pueden indicar analgésicos atendiendo a los AP del paciente. Si sospechamos ansiedad, comenzar con técnicas de respiración y si tienen ansiolíticos de crisis previas administrar (alprazolam 0,25-0,5 mg, diazepam 2,5-5 mg...).

Respuesta desde CCUS-061

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

PALPITACIONES

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none">- Taquicardia mal tolerada- Dolor torácico opresivo o mal definido con cortejo acompañante- Disnea- Pérdida de conocimiento	<ul style="list-style-type: none">- Sospecha de arritmia de nueva aparición, siendo bien tolerada por el paciente y sin datos de alarma (dolor torácico, mareo, disnea, cortejo vegetativo)- Arritmia conocida con frecuencias altas y repercusión del estado general o datos de alarma- FC por encima de 100 sin causa aparente- Ansiedad que no se controla	<ul style="list-style-type: none">- Situaciones de estrés severo que no conseguimos desplazar al paciente o reacción de duelo- Persona mayor con fiebre- Paciente paliativo

SÍNCOPE

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado (*)	Derivación telefónica a médico/enfermero consultor	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none">- Todo paciente en PCR en que se inician medidas de RCP- Si AM está ocupada o no es posible, se enviará ASVB y médico (éste por sus medios si se demora la asistencia). (*) Se movilizará el recurso más próximo con capacidad de desfibrilación	<ul style="list-style-type: none">- Para realización de RCP guiada	<ul style="list-style-type: none">- PCR no susceptible de RCP compatible con éxitus esperado- PCR con signos evidentes de muerte

3. PIEL Y FANERAS

LESIONES DERMATOLÓGICAS

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

URTICARIA

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

EDEMA CUTÁNEO

Interrogatorio

1. ¿Desde cuándo está así?

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

2. ¿Dónde está localizado?

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

3. ¿Cómo es el edema?

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

4. ¿Qué cree que lo ha podido desencadenar?

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

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

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

4. APARATO DIGESTIVO

DIARREA

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

DISPEPSIA

Interrogatorio

1. ¿Desde cuándo está así?

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

2. ¿Dónde se localiza la molestia?

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

3. ¿Qué cree que puede desencadenarla?

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

4. ¿Qué cree que puede mejorarla?

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

5. ¿Presenta otros síntomas?

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

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

DOLOR ABDOMINAL

Interrogatorio

1. ¿Desde cuándo tiene el dolor?

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

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

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

3. ¿Cómo es el dolor?

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

4. ¿Se le alivia con alguna acción?

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

5. ¿Tiene algún síntoma asociado?

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

6. ¿Padece alguna enfermedad -AP-?

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

DOLOR BUCODENTAL

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

ESTREÑIMIENTO

Interrogatorio

1. ¿Cuántos días hace que está estreñado?

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

2. ¿Cómo es el estreñimiento?

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

3. ¿Tiene otros síntomas asociados?

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

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

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

HEMATEMESIS

Interrogatorio

1. ¿Habla normal, respira normal?

- Si no es así, pasa al protocolo correspondiente.

2. ¿Desde cuando está así?

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

3. ¿Cómo es la hemorragia?

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

4. ¿Frecuencia e intensidad de la hemorragia?

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

5. ¿Presenta otros síntomas?

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

6. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-?

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

HIPO

Interrogatorio

1. ¿Cuándo empezó el hipo?

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

2. ¿Tiene otros síntomas asociados?

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

3. ¿Padece de alguna enfermedad -AP-?

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

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

Respuesta desde CCUS-061

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

SANGRADO RECTAL

Interrogatorio

1. ¿Desde cuando tiene el sangrado?

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

2. ¿Cómo es el sangrado?

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

3. ¿Cómo es la defecación y las heces?

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

4. ¿Presenta otros síntomas?

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

5. ¿Padece alguna enfermedad -AP-?

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

NÁUSEAS-VÓMITOS

Interrogatorio

1. ¿Desde cuándo está así?

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

2. ¿Cómo es el vómito?

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

3. ¿Tiene otros síntomas?

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

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

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

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

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

5. APARATO ENDOCRINO

HIPERGLUCEMIA

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Identificar causas de hiperglucemia:

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

Medidas específicas

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

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

Respuesta desde CCUS-061

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

HIPOGLUCEMIA

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

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

Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado y pasar a médico de CCUS-061	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none">- Hipoglucemia severa- Signos de gravedad	<ul style="list-style-type: none">- Secundaria a ADO- Causa desconocida- Causa orgánica no diagnosticada- Persistencia de síntomas a pesar de normalizar la glucemia	<ul style="list-style-type: none">- Rechazan ir a Urgencias.- Encamados / HADO

ERRORES CON LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas específicas según el tipo de insulina:

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

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

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

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

Respuesta desde CCUS-061

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

6. FACTORES EXTERNOS

MORDEDURAS/PICADURAS

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

QUEMADURAS

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

7. FARMACOLOGÍA

FÁRMACOS EMBARAZO

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

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

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

FÁRMACOS LACTANCIA

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

FÁRMACOS LACTANCIA

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

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

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

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

FÁRMACOS LACTANCIA

CATEGORÍA RIESGO

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

Aparato digestivo

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

Sangre y órganos hematopoyéticos

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

Aparato cardiovascular

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

Dermatología

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

FÁRMACOS LACTANCIA

Aparato genitourinario

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

Endocrino

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

Antiinfecciosos

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

Osteomuscular

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

Aparato respiratorio

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

FÁRMACOS LACTANCIA

Sistema nervioso central	
Analgésicos narcóticos	Metadona: uso aceptado a dosis moderadas Posibilidad de dependencia física del lactante
Antidepresivos	A valorar: <ul style="list-style-type: none">• Amitriptilina, imipramina• Sertralina
Antiepilépticos	• Carbamazepina, ácido valproico (B)
Antipsicóticos	Risperidona, olanzapina A valorar: <ul style="list-style-type: none">• Clorpromazina, haloperidol (B)
Sedantes/hipnóticos	• Benzodiacepinas: tratamientos cortos • Lorazepam
Otros	
Contrastes radiológicos	Evitar la lactancia en las 24 h siguientes
Acamprosato	B
Azetazolamida	A

FÁRMACOS MÁS USADOS EN PEDIATRÍA

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

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

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

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

FÁRMACOS MÁS USADOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

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

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

ANEXOS

ANEXO 1: Amoxicilina

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

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

ANEXO 2: Amoxicilina/ Ác clavulánico

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

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

ANEXO 3:
Azitromicina

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

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

ANEXO 4:
Cefixima

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

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

ANEXO 5:
Cefuroxima
axetilo

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

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

ANEXO 6:
Claritromicina

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

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

ANEXO 7:**Desloratadina**

Dosificación	según edad
Intervalo de dosis	c/24 horas

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

ANEXO 8:**Dextrometorfano**

Dosificación	1-2 mg/kg/día
Intervalo de dosis	c/6-8 horas

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

ANEXO 9:
Eritromicina

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

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

ANEXO 10:
Fosfomicina

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

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

ANEXO 11:
Ibuprofeno

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

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

ANEXO 12:
Loratadina

Dosificación 0,2 mg/kg/día

Intervalo de dosis c/24 horas

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

ANEXO 13:
Paracetamol

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

Peso (kg)	Dosificación/6 horas	Equivalencia	
		gotas (100 mg/ml)	solución (100 mg/ml)
4	60 mg/6 h	0,60 ml/6 h	
6	90 mg/6 h	0,90 ml/6 h	
8	120 mg/6 h	1,2 ml/6 h	
10	150 mg/6 h	1,5 ml/6 h	
12	180 mg/6 h	1,8 ml/6 h	
14	210 mg/12 h	2,1 ml/6 h	
16	240 mg/6 h	2,4 ml/6 h	
18	270 mg/6 h		2,7 ml/6 h
20	300 mg/6 h		3 ml/6 h
25	375 mg/6 h		3,75 ml/6 h
30	450 mg/6 h		4,5 ml/6 h
33	495 mg/6 h		4,95 ml/6 h

ANEXO 14:
Prednisolona

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

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

ANEXO 15:
Terbutalina

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

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

FÁRMACOS DIABETES MELLITUS

A. ANTIDIABÉTICOS ORALES

1. BIGUANIDAS: inhiben la neoglucogénesis hepática.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL®	PRESENTACIÓN (comprimidos)	DOSIS	DURACIÓN (horas)
EXENATIDA	BYETTA pluma precargada	Diaria: 5 ug/dosis y 10 ug/dosis	10-20 ug /12 h	3
	BYDUREON susp iny	Semanal: 2 mg	2 mg/sem	
LIRAGLUTIDA	VICTOZA XACENDA		1,2-1,8 mg	13
LIXISENATIDA	LYXUMIA	10 ug/dosis 20 ug/dosis	20 ug	3
DULAGLUTIDA	TRULICITY	0'75, 1'5 mg	0,75 mg/ sem	4,5 días
ALBIGLUTIDA	EPERZAN	30, 50 mg	30 mg/sem	5 días

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

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

B. COMBINACIONES DE FÁRMACOS MÁS USADOS

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

C. MANEJO DE INSULINA

INSULINA			NOMBRE COMERCIAL	INICIO	PICO	DURACIÓN
Prandiales	Ultrarápidas	ASPART ^a	NovoRapid FlexPen®	10-15 m	1-2 h	3-5 h
		LISPRO ^a	Humalog 100 KwikPen® Humalog 200 KwikPen®			
		GLULISINA ^a	Apidra SoloStar®			
	Rápida		Actrapid InnoLet®	30 m	2-4 h	6 h
Basales	Intermedias	NPH	Insulatard FlexPen® Humulina NPH KwikPen	1-2 h	4-8 h	12 h
		DETEMIR ^a	Levemir FlexPen® Levemir InnoLet®		Sin pico	16-20 h
	Prolongadas	GLARGINA ^a	U 100: Lantus SoloStar® Abasaglar KwikPen U 300: Toujeo SoloStar®			20-24 h 36 h
		DEGLUDEC ^a	Tresiba FlexTouch	30-90 m		42 h
Mezclas	Rápida + NPH ^a		Mixtard 30 InnoLet Humulina 30/70 KwikPen	30 m	Tiene dos picos	12 h
	ASPART ^a + NPA ^a		NovoMix 30 FlexPen NovoMix 50 FlexPen NovoMix 70 FlexPen®	10-15 m	Uno por cada insulina	
	LISPRO ^a + NPL ^a		Humalog Mix 25 KwikPen Humalog Mix 50 KwikPen			
^a análogo de insulina						

8. APARATO GENITAL Y MAMAS

AMENORREA

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

- Tranquilizar a la paciente

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE URGENCIA

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

HEMORRAGIA GENITAL

Interrogatorio

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

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

2. ¿Cómo es el sangrado?

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

3. ¿Presenta otros síntomas?

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

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

• Métodos anticonceptivos:

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

• Valorar la edad:

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

Consejo telefónico

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

Respuesta desde CCUS-061

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

HEMORRAGIA GESTACIONAL (incluye PUERPERAL)

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

- Tranquilizar a la paciente

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

MAMA

Interrogatorio

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

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

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

• **SECRECIÓN MAMARIA:**

• **BILATERAL: galactorrea fuera de embarazo:** Generalmente bilateral: valorar hipotiroidismo, IR o hepática, hiperprolactinemia.

• **UNILATERAL: NINGUNA.** Descartar malignidad.

• Funcional (mastopatía fibroquística) serosa y escasa, generalmente a la presión.

• Inflamatoria: galactoforitis (purulenta) o ectasia ductal (verde grisáceo).

• Tumoral: espontánea, no asociada a trauma, sanguinolenta (telorragia) o clara y transparente (telorrea): benigna (papilomas, adenomas pezón), o maligna 5-8% sobre todo si se asocia a masa palpable.

• **TUMORACIÓN O BULTOMA:** considerar todo nódulo mamario de nuevo, persistente 2-3 semanas que no desaparece tras la menstruación. Criterios clínicos benignidad: 18-40 años, Nódulos elásticos, lisos, delimitados, móviles, 2-3 cm, No dolorosos. No retraen la piel ni el complejo areola-pezón. No adheridos. Pueden ser múltiples y bilaterales.

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

METRRORRAGIA

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

- Tranquilizar a la paciente.

Medidas específicas:

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

Respuesta desde CCUS-061

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

PARTO

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias
<ul style="list-style-type: none">- Periodo expulsivo- Complicaciones: parto pretérmino, hemorragia en posparto precoz, sospecha de shock hemorrágico, sospecha de rotura uterina, estado hipertensivo, distocia de hombros, malposición fetal o alteraciones del cordón.	<ul style="list-style-type: none">- Pérdida de líquido sin otros datos de parto.- Probable trabajo de parto, pero no parto inminente.

SÍNTOMAS MAMARIOS EN MUJER LACTANTE

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

9. APARATO RESPIRATORIO

DISNEA

Interrogatorio

1. **¿Habla, contesta?** Si no habla, seguirá protocolo del inconsciente.
2. **¿Desde cuándo está así?**
 - Aguda: neumotórax, TEP, EAP, asma, edema glotis, inhalación de humos, ansiedad, atragantamiento.
 - Crónica: ICC, derrame pleural o pericárdico, bronquitis crónica, enfisema, obesidad, embarazo.
3. **¿Habla seguido o entrecortado? ¿Tiene ruidos sobreañadidos?** Indica severidad del cuadro.
4. **¿Coloración labial?** Cianosis, palidez: indica severidad del cuadro.
5. **¿Dolor torácico?**
 - Pleurítico: empeora al respirar. Neumotórax, neumonía, derrame pleural, TEP.
 - Opresivo: SCA con ICC o TEP. Valorar el protocolo de dolor torácico.
 - Fugaz, en varias localizaciones: perfil psicógeno.
6. **¿Ortopnea, DPN, nicturia, edemas?** Fallo cardíaco.
7. **¿Tos, sibilancias...?** Asma, EPOC, ICC.
8. **¿Fiebre, escalofríos, síntomas de vías respiratorias altas?** Perfil infeccioso.
9. **¿Crisis emocional, disestesias, temblor, palpitaciones?** Perfil ansioso.
10. **¿Uso de fármacos, drogas?** Enf. intersticial: amiodarona, bloqueantes, penicilina, sulfamidas, nitrofurantoína, quimioterápicos. EAP: heroína, metadona, hidroclorotiacida, contrastes, propoxifeno. Asma: AINES, bloqueantes, colinérgicos, penicilina, cefalosporinas.
11. **¿Padece de alguna enfermedad-AP-?** Asma, EPOC, cardiopatía, enf. neuromusculares, inmunosupresión, O₂ domiciliario.

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

- Paciente **asmático**, con una crisis aguda, que relata como igual a la de otras ocasiones. Se le indicará que se coloque con el tronco elevado y, si es posible, sentado y con los brazos apoyados. Si dispone de inhaladores (simpaticomiméticos β_2) se le dirá que administre un par de inhalaciones. Si el paciente no es capaz de inhalar, se le puede indicar que utilice una cámara de inhalación o cámara casera.
- Si se sospecha **fallo cardíaco**, se le indicará que permanezca sentado y si es posible, con las piernas colgando.
- Si se sospecha **patología isquémica cardíaca**, se recomendará permanecer sentado y en reposo. Al mismo tiempo se indicará la administración de nitroglicerina sublingual y medio comprimido de aspirina.
- Ante disnea tras **traumatismo torácico**, se recomendará colocar al paciente con el tronco elevado, indicando que sea movilizado lo menos posible.
- Si sospecha **hiperventilación psicógena**, se le recomendará que respire su propio aire en una bolsa.

Respuesta desde CCUS-061

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

HEMOPTISIS

Interrogatorio

1. ¿Desde cuándo tiene el sangrado?

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

2. ¿Cuál es la cantidad del sangrado?

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

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

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

4. ¿Cómo es el esputo?

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

5. ¿Presenta otros síntomas?:

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

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

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

Interrogatorio

1. ¿Desde cuándo?

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

2. ¿Cómo es la tos?

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

3. ¿Cuándo aparece la tos?

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

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

10. SISTEMA NERVIOSO

CEFALEA

Interrogatorio

1. ¿Desde cuándo tiene el dolor?

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

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

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

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

4. ¿Síntomas acompañantes?

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

5. ¿Padece de algo -AP-?

- TCE previos, sobre todo en pacientes anticoagulados.
- Neoplasia: descartar expansión tumoral.
- Cirugía craneal previa: descartar meningitis, descartar patología ORL.
- Fármacos: vasodilatadores cerebrales, antihistamínicos H_2 , simpáicomiméticos, corticoides, anticonceptivos y estrógenos, anfetaminas. El abuso de analgésicos puede perpetuar la cefalea.

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas (se iniciarán lo antes posible)

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

Respuesta desde CCUS-061

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

COMA-ESTUPOR

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

ICTUS

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas: valorar la inclusión en el código ictus.

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

Respuesta desde CCUS-061

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

11. PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y ANEJOS

LESIONES OFTALMOLÓGICAS

Interrogatorio

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

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

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

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

4. ¿Tiene otros síntomas oculares?

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

5. ¿Presenta otros síntomas generales?

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

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

Consejo telefónico

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

LESIONES PALPEBRALES

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

12. APARATO AUDITIVO

EPÍSTAXIS

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

MAREO Y VÉRTIGO

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

OTALGIA

Interrogatorio

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

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

2. ¿En dónde localiza el dolor?

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

3. ¿Tiene otros síntomas locales?:

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

4. Valorar síntomas generales:

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

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
- Pérdida de conciencia - Emergencia hipertensiva	- Paciente oncológico - Hipertensión mal controlada - Inestabilidad hemodinámica - Vómitos incohercibles	- Paciente encamado - Paciente muy afectado y que no acepta o no tolera traslado

13. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA

Interrogatorio

1. ¿Desde cuándo está así?

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

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

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

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

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

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

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

7. ¿Presenta otros síntomas ?

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

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

ALTERACIONES DEL SUEÑO

Interrogatorio

1. ¿Desde cuándo le cuesta dormir?

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

2. ¿Cómo es la característica del sueño?

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

3. ¿Presenta otros síntomas?:

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

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

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

IDEACIÓN SUICIDA

Interrogatorio

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

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

Valorar otros factores de riesgo:

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

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

Consejo telefónico

Si el alertante es diferente del paciente

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

Si el alertante es el propio paciente

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

Respuesta desde CCUS-061

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

TRASLADO INVOLUNTARIO

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Respuesta desde CCUS-061

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

14. APARATO LOCOMOTOR

ACCIDENTE/ LESIÓN DOMICILIARIA

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Respuesta desde CCUS-061

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

DOLOR DE ESPALDA

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

DOLOR DE MIEMBRO INFERIOR

Interrogatorio

1. ¿Cuánto tiempo lleva con el dolor?

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

2. ¿Dónde se localiza?

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

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

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

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

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

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

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

Consejo telefónico

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

DOLOR DE MIEMBRO SUPERIOR

Interrogatorio

1. ¿Cuánto tiempo lleva con el dolor?

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

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

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

3. ¿Tiene algún otro síntoma?:

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

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

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

Consejo telefónico

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none">- Traumatismo con afectación del estado general- Dolor de miembro superior sugestivo de SCA disección aórtica- Dolor de miembro superior sugestivo de embolismo arterial	<ul style="list-style-type: none">- Trauma reciente (sospecha fractura, luxación)- Dolor articular con fiebre- Síntomas neurológicos sugestivos de radiculopatía cervical- Dolor de etiología desconocida o mal controlado- Brote de dolor crónico con pobre respuesta a la analgesia	<ul style="list-style-type: none">- Mismos supuestos, pero en pacientes con imposible derivación (encamado, terminal)- Dolor oncológico

15. APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

SÍNDROME MICCIONAL

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas.

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

Respuesta desde CCUS-061

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

SÍNDROME ESCROTAL AGUDO

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

HEMATURIA

Interrogatorio

1. ¿Desde hace cuánto tiempo tiene el sangrado?

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

2. ¿Cuándo tiene el sangrado?

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

3. ¿Cómo es el sangrado?

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

4. ¿Tiene otros síntomas asociados?

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

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none">- Alteraciones de la coagulación o que tomen anticoagulantes- Retención de orina- Tras traumatismo reciente- Tras cirugía abdomino-pélvica reciente- IRC- Fiebre- Trasplantado renal	<ul style="list-style-type: none">- Pacientes cuya situación funcional o basal impida acudir a un centro sanitario

OLIGOANURIA

Interrogatorio

1. ¿Desde cuándo?

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

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

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

4. ¿Tiene otros síntomas acompañantes?

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

5. ¿Padece alguna enfermedad -AP-?

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

Consejo telefónico

Medidas generales

- Tranquilizar al paciente y familia.

Medidas específicas

• Si sospecha etiología prerrenal, según causa:

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

• Si sospecha etiología renal o postrenal, según causa:

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

Respuesta desde CCUS-061

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

16. PROBLEMAS GENERALES

ATragantamiento Resuelto

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas

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

Respuesta desde CCUS-061

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

ÉXITUS ESPERADO

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

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

Respuesta desde CCUS-061

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

FIEBRE

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Medidas específicas. En este apartado el enfermero puede preguntar:

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

Respuesta desde CCUS-061

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

SÍNTOMAS MAL DEFINIDOS

Interrogatorio

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

Consejo telefónico

Medidas generales

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

Respuesta desde CCUS-061

Recurso medicalizado	Derivación a Urgencias	Visita a domicilio
<ul style="list-style-type: none">- Alteración nivel de conciencia: estupor/ coma, de comienzo reciente (minutos, horas)- Disnea- Crisis convulsivas- Dolor torácico- Signos de cortejo vegetativo- Hemorragias con posibilidad de complicación aguda (abundante, coagulopatías, tratamiento con anticoagulantes, etc)	<ul style="list-style-type: none">- Dolor abdominal inespecífico- Movimientos anormales- Incontinencia de esfínteres de debut- Hemorragias banales- Mareo inespecífico- Cuadros de desorientación- Signos de focalidad neurológica	<ul style="list-style-type: none">- Pacientes cuya situación funcional o basal impida acudir a un centro sanitario

