# MEDICINA INTERNA

***Coordinadores: M. Isabel López Márquez. María Sánchez Moreno. Carlos Hernández Quiles***

**MEDICINA INTERNA ..... 1**
ADENOPATÍAS. ESPLENOMEGALIA ..... 2
EL ANCIANO FRÁGIL. DERIVACIÓN A HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y A LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS ..... 5
HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CRISIS HIPERTENSIVA. EMERGENCIA HIPERTENSIVA ..... 8
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA ..... 13
PATOLOGÍA POR CALOR ..... 20
SEDACIÓN TERMINAL ..... 24
SÍNDROME ANÉMICO ..... 29
SÍNDROME CONSTITUCIONAL ..... 34

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS del Hospital Universitario Virgen del Rocío.
ISBN: 978-84-09-24021-0
Copyright © 2020 Hospital Universitario Virgen del Rocío
Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

# ADENOPATÍAS. ESPLENOMEGALIA

*Moreno Verdejo, Fidel*
*Sánchez Moreno, María*
*López Márquez, M. Isabel*

Las adenopatías, linfadenomegalias o linfadenopatías son el aumento de tamaño o la alteración de la consistencia de los ganglios linfáticos.

Su tamaño normal es menor de 1 cm, a excepción de los ganglios inguinales en los que el límite se sitúa en 2 cm.

## ANAMNESIS

**IMPORTANTE RECOGER**

- Edad del paciente (menores de 30 años la etiología suele ser infecciosa/inflamatoria por encima de 50 años la etiología suele ser neoplásica).
- Sexo del paciente.
- Antecedentes personales y epidemiológicos.
- Tiempo de evolución y síntomas acompañantes.

## ENFOQUE DIAGNÓSTICO

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

- Tamaño.
- Características físicas: consistencia, adherencia a planos profundos.
- Localización:
  - Generalizada---2 o más áreas no contiguas afectadas.
  - Localizada: cervical, supraclavicular, axilar, inguinal…

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- Hemograma, frotis de sangre periférica.
- Bioquímica: función hepática, función renal, bilirrubina.
- Rx de tórax/abdomen.

## DERIVACIÓN DESDE URGENCIAS

**CRITERIOS DE INGRESO:**

- Signos de alarma.
- Imposibilidad de estudio ambulatorio.

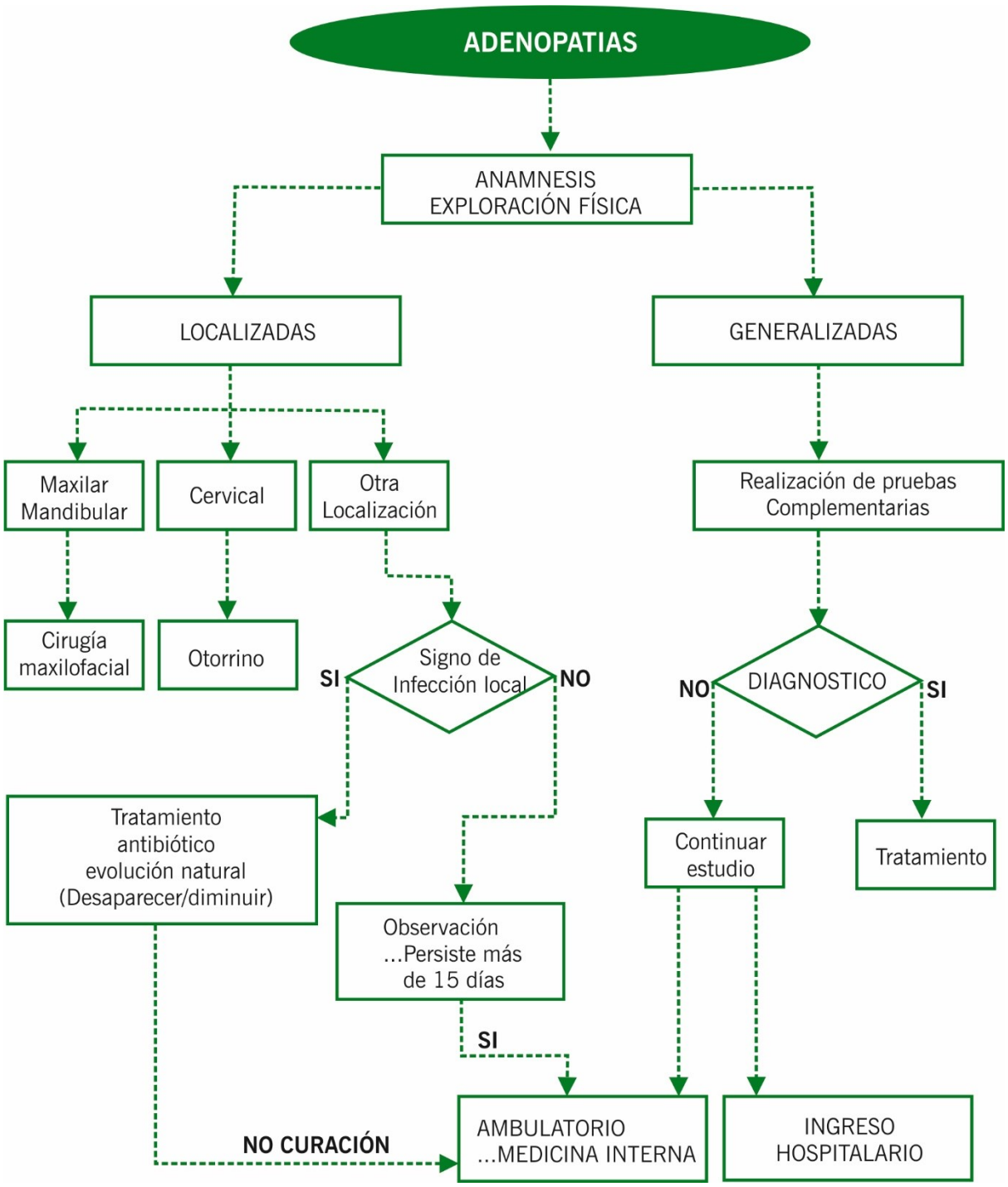
**CRITERIOS DE DERIVACIÓN:**

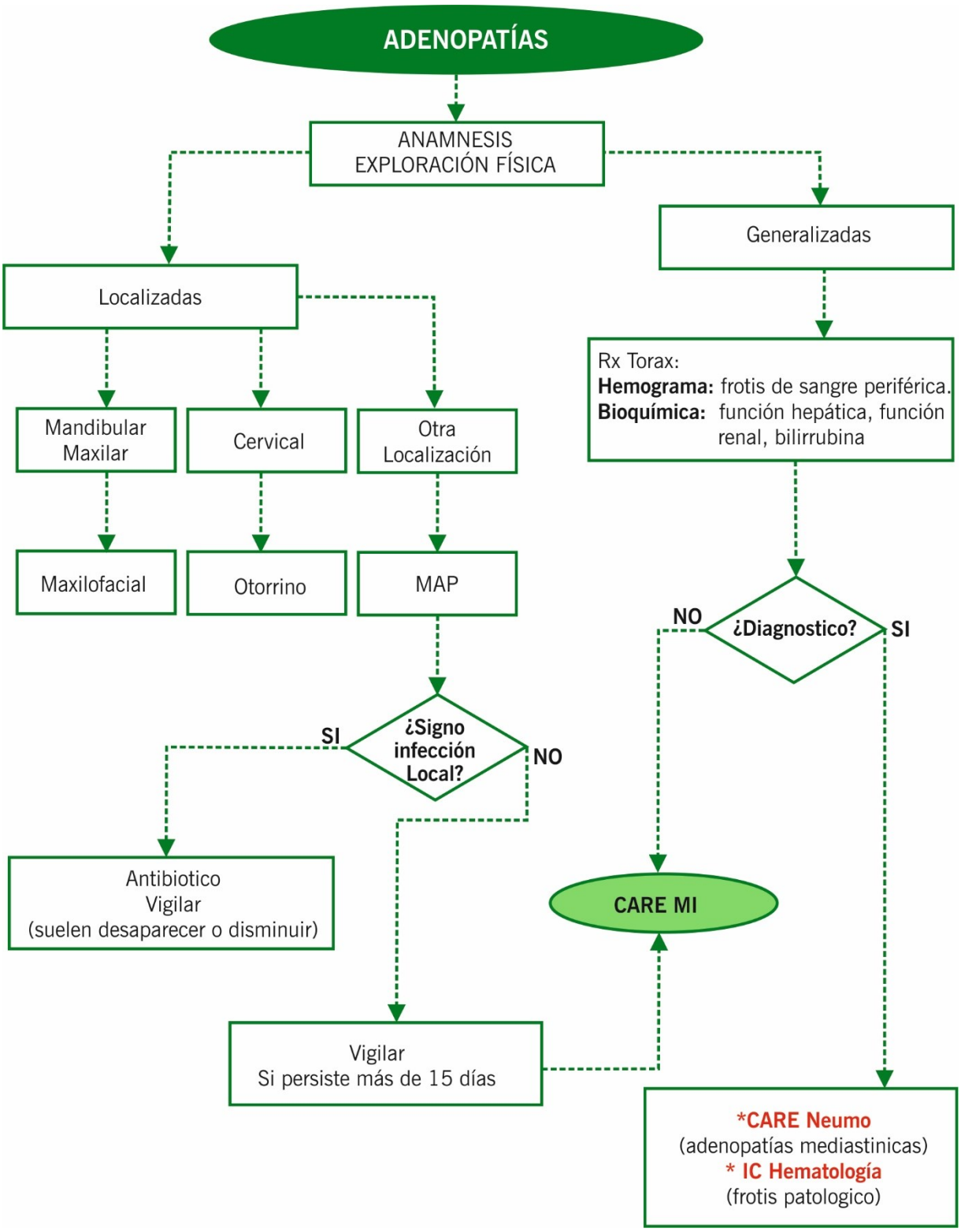
**Localizadas:**

- Adenopatías maxilares y mandibulares---CIRUGIA MAXILOFACIAL.
- Adenopatías cervicales: OTORRINOLARINGOLOGIA.

**Generalizadas:**

- ADENOPATIAS MEDIASTINICAS: NEUMOLOGIA.
- RESTO DE LOCALIZACIONES: MEDICINA INTERNA.


ADENOPATIAS
ANAMNESIS
EXPLORACIÓN FÍSICA
LOCALIZADAS
GENERALIZADAS
Maxilar
Mandibular
Cervical
Otra
Localización
Realización de pruebas
Complementarias
Cirugía
maxilofacial
Otorrino
SI
Signo de
Infección local
NO
NO
DIAGNOSTICO
SI
Tratamiento
antibiótico
evolución natural
(Desaparecer/diminuir)
Continuar
estudio
Tratamiento
Observación
...Persiste más
de 15 días
SI
NO CURACIÓN
AMBULATORIO
...MEDICINA INTERNA
INGRESO
HOSPITALARIO


ADENOPATÍAS
ANAMNESIS
EXPLORACIÓN FÍSICA
Localizadas
Generalizadas
Mandibular
Maxilar
Cervical
Otra
Localización
Maxilofacial
Otorrino
MAP
Rx Torax:
Hemograma: frotis de sangre periférica.
Bioquímica: función hepática, función renal, bilirrubina
¿Diagnostico?
NO
SI
¿Signo infección Local?
SI
NO
Antibiotico
Vigilar
(suelen desaparecer o disminuir)
CARE MI
Vigilar
Si persiste más de 15 días
*CARE Neumo
(adenopatías mediastinicas)
* IC Hematología
(frotis patologico)

# EL ANCIANO FRÁGIL. DERIVACIÓN A HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y A LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

***Muñoz Muñoz, Óscar***
***Rodríguez Vázquez, Aurora***
***Morilla Alfaro, Aurora***

Anciano frágil es aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar y de presentar episodios de hospitalización, institucionalización, caídas) y pérdida de función, discapacidad o dependencia. Existe cierto consenso en que la fragilidad es un estado prediscapacidad, por lo que tanto en su definición como en los instrumentos de medida no debieran aparecer determinantes de discapacidad evidente.

La hospitalización domiciliaria es un dispositivo asistencial que proporciona en el domicilio del paciente cuidados sanitarios diagnósticos y terapéuticos similares a los prestados por los hospitales, estos procedimientos son llevados a cabo con recursos materiales y humanos dependientes de ellos.

Objetivo principal: Atender al paciente en su propio domicilio, proporcionándole cuidados diagnósticos y terapéuticos de complejidad e intensidad comparables a los que se prestan en régimen de hospitalización convencional. Es útil para adelantar el alta de pacientes ingresados y para ofrecer una alternativa al ingreso en planta.

## RESQUISITOS GENERALES PARA DERIVAR A HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

- Admitir voluntariamente la asistencia en Hospitalización domiciliaria.
- Vivir en la zona de cobertura.
- Disponer de familiar/cuidador y teléfono.
- Situación clínica estable.
- Diagnóstico establecido.
- Necesidad de cuidados de rango hospitalario.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA DERIVAR A HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

- Rechazo del paciente/familia.
- Situación de desequilibrio entre las necesidades de cuidados del paciente y la competencia de los cuidadores, con los recursos profesionales sociales y sanitarios disponibles en la zona.
- Entorno inadecuado para el cuidado según valoración realizada por la enfermera responsable de atención domiciliaria.

## SOLICITUD DE DERIVACIÓN A HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Remitir a un familiar a la secretaria de la unidad ubicada en el control sur de la segunda planta. Debe reseñarse en el informe de alta el motivo de derivación y confirmar que se cumplen todos los criterios antes señalados. La secretaria de la unidad reunirá los datos del paciente para contactar con ellos telefónicamente.

# PATOLOGÍAS ABORDABLES POR LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

## PROCESOS MÉDICOS

**Enfermedades crónicas descompensadas o complicadas:**

- Atención geriátrica del anciano frágil descompensado.
- Asistencia al paciente pluripatológico reagudizado.
- Secuelas de procesos neurológicos (disfagia, úlceras por decúbito, etc..)
- Exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Descompensación de diabetes.
- Complicaciones del SIDA.
- Complicaciones de procesos neoplásicos.

**Enfermedades agudas:**

- De tipo infeccioso (celulitis, bacteriemias, endocarditis).
- De otra naturaleza (nefropatías agudas, TVP, TEP…).
- Manejo de pacientes aplásicos en el transcurso de un trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas y de pacientes con neutropenia febril en el contexto de una aplasia postquimioterapia.

## PROCESOS QUIRÚRGICOS

- Postoperatorios no complicados de todo tipo de cirugía (apoyo a programas de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía de Corta Estancia en sus fases iniciales de implantación, cirugía del trasplante, etc.)
- Complicaciones postquirúrgicas de la herida (dehiscencia, seroma, hematoma, infección, fístula, etc.) o bien por la presencia de patología médica asociada (de novo o por descompensación de una enfermedad crónica)
- Curas complejas de heridas no quirúrgicas (úlceras isquémicas, úlceras del pie diabético, úlceras por decúbito.

## TRATAMIENTOS ENDOVENOSOS*

- Programas de antibioterapia endovenosa de larga duración (endocarditis, osteomielitis, fungemias en inmunodeprimidos, infecciones oportunistas en pacientes con Sida, etc.)
- Enfermedades que precisan de ciclos de medicación endovenosa.
- Administración de hemoderivados.

*valorar si es subsidiario de Unidad De Día.

## CUIDADOS PALIATIVOS

Tanto oncológicos como no oncológicos que precisan tratamiento del dolor y otros síntomas: disnea, anorexia, deshidratación, etc.

## NUTRICIÓN ARTIFICIAL

En procesos digestivos, neoplásicos, neurológicos, sistémicos, etc. que cursan con desnutrición.

# CRITERIOS DE INGRESO EN LA UCP

Debe valorarse el ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) en aquellos casos que los pacientes requieran cuidados hospitalarios para el control de síntomas y que sufren una enfermedad progresiva que probablemente les cause la muerte antes de doce meses. No cumplen los criterios de derivación, aquellos que no tengan diagnóstico firme, que requieran exploraciones complejas, o que, pese a estar en situación de terminalidad, se encuentran estables clínicamente y el motivo de acudir a urgencias responde a factores socio-familiares.

Los pacientes que ingresen en la UCP deben de cumplir las siguientes características:

- Pacientes oncológicos que presenten una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado.
- Pacientes no oncológicos con presencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible.

El ingreso desde el Servicio de Observación o de Urgencias, será previa valoración de los facultativos de la UCP contactando con ellos telefónicamente. A partir de las 20:00 hs y los fines de semana debe consensuarse con el facultativo de guardia de medicina interna. En caso de discrepancia puede utilizarse el Índice PALIAR (ANEXO 1).

**ANEXO 1**: Índice PALIAR. Modelo predictivo desarrollado en pacientes con enfermedad crónica avanzada no oncológica. Mortalidad pronosticada a los 6 meses según puntuación. 0 puntos: mortalidad 21%; entre 3-3.5 puntos: 32%, entre 6-7 puntos: 46%; >7.5 puntos mortalidad del 62%.

| VARIABLES | PUNTUACIÓN |
|---|---|
| Demográficas | |
| >85 años. | 3 |
| Características clínicas. | |
| Anorexia. | 3.5 |
| Clase funcional IV de NYHA y/o MRC. | 3.5 |
| Presencia de úlceras por presión. | 3 |
| Parámetros analíticos. | |
| Albuminemia <2.5g/dl. | 4 |
| Estado funcional. | |
| ECOG-PS≥3. | 4 |
| | 0-21 |

# HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CRISIS HIPERTENSIVA. EMERGENCIA HIPERTENSIVA

***Moreno Verdejo, Fidel***
***Lanseros Tenllado, Julia***
***Hernández Quiles, Carlos***

La forma de presentación más habitual de la Hipertensión Arterial (HTA) en el Servicio de Urgencias, es en forma de Crisis Hipertensiva, siendo el aspecto más importante explorar la presencia de daño de órgano agudo, y no el valor absoluto de las cifras de Presión Arterial (PA).

Definimos Crisis Hipertensiva como toda elevación aguda de la PA ≥ 180 mmHg de PAS y/o 110 mmHg de PAD. Distinguimos fundamentalmente tres entidades:

- **URGENCIA** hipertensiva: Elevación de PA SIN daño de órgano. Presentándose la mayoría de los pacientes asintomáticos, o con síntomas inespecíficos (cefalea, nerviosismo, palpitaciones, etc.).
- **PSEUDOCRISIS:** Elevación de PA en relación con procesos reactivos y transitorios por estimulación del Sistema Nervioso Simpático (estrés, dolor, ansiedad, ejercicio físico, fármacos, etc.).
- **EMERGENCIA** hipertensiva: elevación de AP que asocia lesión de órgano, que puede ser irreversible. En función del órgano afecto y la situación clínica, la actitud a seguir será diferente.

**Tabla: Actuación y tratamiento de Crisis HTA según forma de presentación**

| SITUACIÓN CLÍNICA | OBJETIVO | ACTUACIÓN | TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO RECOMENDADO |
|---|---|---|---|
| **Pseudocrisis hipertensiva** | Consultas<br>Control del agente estresante. | • Anamnesis: causa desencadenante<br>• Tratar causa subyacente<br>• Reevaluar: si normalización de cifras de PA, si no valorar inicio de terapia antihipertensiva. | No tratamiento antihipertensivo específico, hay que tratar la causa subyacente. |
| **Urgencia hipertensiva** | **Consultas**<br>Reducción en HORAS o DÍAS < 160/100 mmHg | • Anamnesis: síntomas, descartar daño de órgano diana, vigilar cumplimiento terapéutico farmacológico/higiénico dietético.<br>• **Primer episodio**: control analítico, estudio elemental de orina, ECG, y Radiografía de tórax, para confirmar que no existe daño de órgano diana.<br>• Iniciar tratamiento oral, preferiblemente con <u>Doble terapia (salvo > 80 años)</u>. | • HTA sin lesión órganos diana:<br>* 1º:IECA/ARAII + Calcioantagonistas o diuréticos.<br>* 2º: Triple terapia.<br>* 3º: Antialdosterónicos.<br>• HTA + Cardiopatía isquémica:<br>* 1º:IECA/ARAII + Betabloqueantes o Calcioantagonistas +/- diuréticos.<br>* 2º: Triple terapia.<br>* 3º: Antialdosterónicos.<br>• HTA en ERC:<br>* 1º: IECA/ARAII + Calcioantagonistas o diuréticos.<br>* 2º: Triple terapia.<br>* 3º: Antialdosterónicos. |

**Tabla: Actuación y tratamiento de Crisis HTA según forma de presentación. (Continuación)**

| SITUACIÓN CLÍNICA | OBJETIVO | ACTUACIÓN | TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO RECOMENDADO |
|---|---|---|---|
| | | • Remitir al alta a su MAP, quien valorará la necesidad de derivación a Unidad de Hipertensión Arterial y Lípidos, y ajuste de tratamiento. | En cualquier escalón valorar Betabloqueantes.<br>• HTA en IC con FEVI reducida:<br>* 1º: IECA/ARAII + Betabloqueantes + diuréticos.<br>* 2º: añadir Antialdosterónicos.<br>• HTA y FA:<br>* 1º: IECA/ARAII + Betabloqueantes o Calcioantagonistas no dihidropirimidínicos. O bien Calcioantagonistas+Betabloqueantes<br>* 2º: IECA/ARAII + Betabloqueantes+ Calcioantagonistas no dihidropirimidínicos o diuréticos. O bien Calcioantagonistas no dihidropirimidínicos +Betabloqueantes+ diuréticos. |

## EMERGENCIA HIPERTENSIVA, SEGÚN ÓRGANO AFECTO Y SITUACIÓN CLÍNICA.

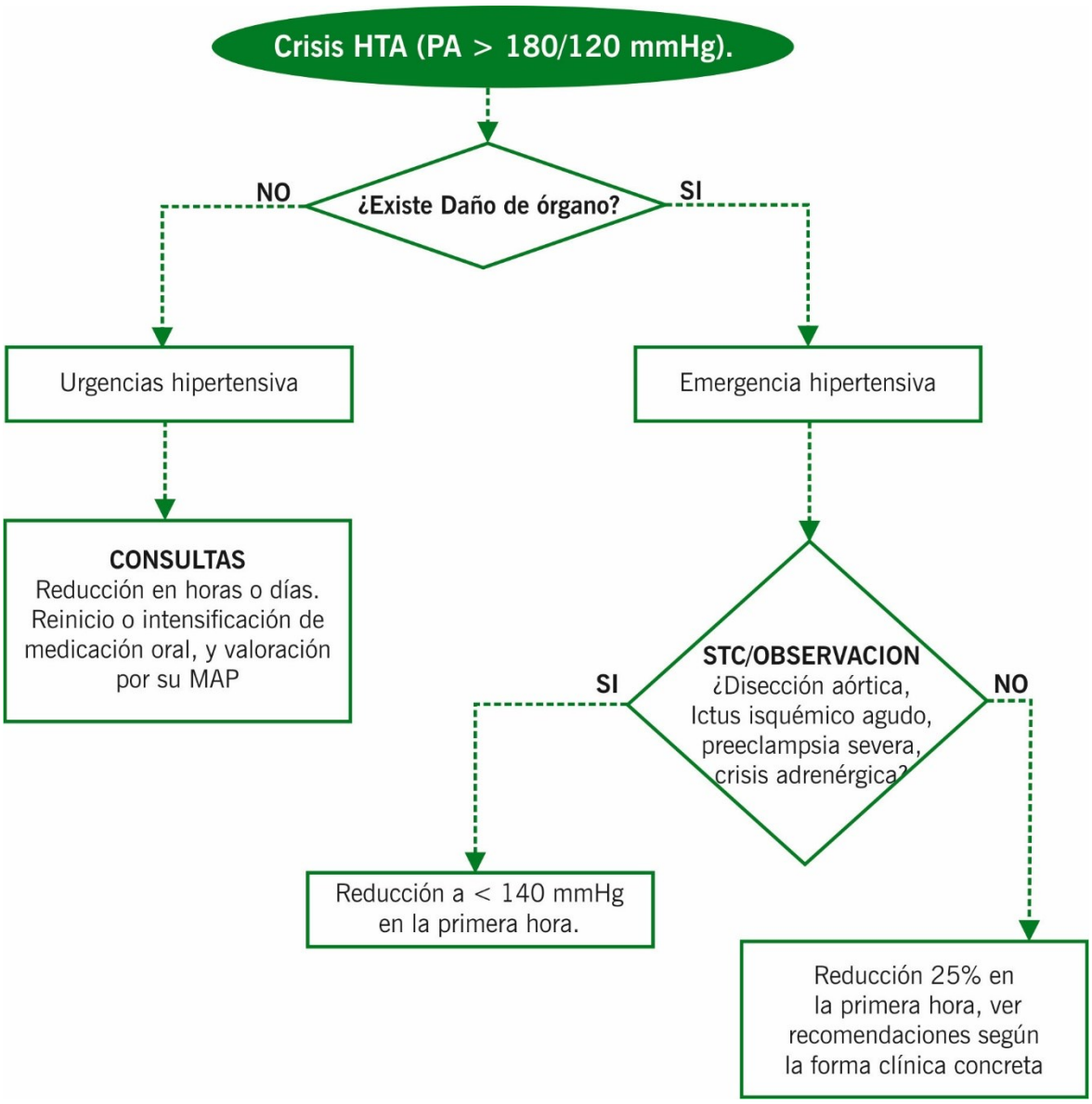
| SITUACIÓN CLÍNICA | OBJETIVO | ACTUACIÓN | TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO RECOMENDADO |
|---|---|---|---|
| **SCA** | **STC/OBS** según ECG y persistencia de síntomas Reducción en MINUTOS de PAS < 140 mmHg. | • Canalizar acceso venoso.<br>• Analítica con fermentos cardiacos, ECG 12 derivaciones, Radiografía de tórax | • **Nitroglicerina**: 25 mg en 500 cc SG5%, ritmo 0,5-2 mg/h (10-40 cc/h). Precaución MHO, Estenosis Aórtica grave.<br>• **Morfina**: Como coadyuvante al dolor. Bolos de 2-3 mg iv.<br>• **Alt:**<br>* Labetalol, Esmolol: (NO usar en caso de IC aguda). Tener presente como efectos secundarios importantes de los betabloqueantes la bradicardia, bloqueo AV, hipotensión, y el broncoespasmo.<br>* Urapidilo. |
| **FVI** | **OBS Críticos** Reducción en MINUTOS de PAS < 140 mmHg. | • Canalizar acceso venoso.<br>• Analítica con fermentos cardiacos, GSV, ECG 12 derivaciones, Radiografía de tórax.<br>• Valorar la necesidad de soporte respiratorio con **VMNI**. | • **Nitroglicerina**: 25 mg en 500 cc SG5%, ritmo 0,5-2 mg/h (10-40 cc/h). Precaución MHO, Estenosis Aórtica grave.<br>• **Furosemida**: 250 mg en 250 cc SSF o SG5%, bolo inicial de 20-40 mg, seguido de infusión a ritmo de 10-40 mg/h.<br>• **Morfina**: Bolos de 2-3 mg iv.<br>• **Alt:**<br>* Urapidilo.<br>* Nimodipino. |

**Tabla: Emergencia hipertensiva. (Continuación)**

| SITUACIÓN CLÍNICA | OBJETIVO | ACTUACIÓN | TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO RECOMENDADO |
|---|---|---|---|
| **Síndrome aórtico agudo** | **OBS Críticos**<br>Reducción en MINUTOS de PAS < 120 mmHg y FC < 60 lpm. | • Canalizar dos accesos venosos.<br>• Analítica con fermentos cardiacos, GSV, ECG 12 derivaciones, Radiografía de tórax.<br>• Cuidados propios de SAA (Angie-TC, ETT, Cirugía cardiaca vs vascular…). | • **Labetalol**: 400 mg en 100 cc SG5%, bolo inicial de 0,25-0,5 mg/Kg, ritmo de infusión de 2-4 mg/min (15-60 cc/h). Preferible CVC. Contraindicado en intoxicación por cocaína.<br>• **Nitroglicerina**: 25 mg en 500 cc SG5%, ritmo 0,5-2 mg/h (10-40 cc/h). Precaución MHO, Estenosis Aórtica grave. |
| **Ictus hemorrágico** | **OBS**<br>Tratar si PA ≥ 180/105 mmHg, Reducción PAS < 140 mmHg en la primera hora. | • Canalizar acceso venoso.<br>• Analítica con coagulación, TC +/- Angio-TC cráneo.<br>• Valoración por Neurocirugía/Neurología.<br>• Si tratamiento anticoagulante previo valorar el agente reversor apropiado (Idarucizumab, Complejo protrombínico, plasma…). | • **Labetalol**: Bolos de 0,25-0,5 mg/Kg (10-20 mg) cada 10 min, si tras el 3º bolo no hay respuesta, instaurar perfusión de 400 mg en 100 cc SG5%, ritmo de infusión de 2-4 mg/min (15-60 cc/h). Contraindicado en intoxicación por cocaína. Tener presente como efectos secundarios importantes de los betabloqueantes la bradicardia, bloqueo AV, hipotensión, y el broncoespasmo.<br>• **Urapidilo:** Bolos de 25 mg, si no hay respuesta tras el 3º bolo, instaurar perfusión con 250 mg en 500 cc de SG5%, iniciar a ritmo de 5 mg/h (10cc/h).<br>• **Alt:**<br>* Nitroprusiato.<br>* Nimodipino. |
| **Ictus isquémico agudo** | **STC/OBS**<br>Evitar reducciones bruscas de PA, en la fase aguda NO < 140 mmHg de PAS. Objetivo diferente en función de tratamiento con fibrinolíticos | • Canalizar acceso venoso.<br>• Analítica con coagulación, TC +/- Angio-TC cráneo.<br>• Valorar activación código ictus.<br>• Valorar si tratamiento anticoagulante previo. | TROMBOLISIS: Objetivo PA<180/105 mmHg y mantener las 24 h posteriores a la misma.<br>• **Labetalol**: Bolos de 0,25-0,5 mg/Kg (10-20 mg) cada 10 min, si tras el 3º bolo no hay respuesta, instaurar perfusión de 400 mg en 100 cc SG5%, ritmo de infusión de 2-4 mg/min (15-60 cc/h). Contraindicado en intoxicación por cocaína. Tener presente como efectos secundarios importantes de los betabloqueantes la bradicardia, bloqueo AV, hipotensión, y el broncoespasmo.<br>• **Urapidilo:** Bolos de 25 mg, si no hay respuesta tras el 3º bolo, instaurar perfusión con 250 mg en 500 cc de SG5%, iniciar a ritmo de 5 mg/h (10cc/h).<br>• **Alt:**<br>* Nitroprusiato.<br>* Nimodipino.<br>NO TROMBOLISIS: Tratar solo si PA≥ 220/120 mmHg, reducción del 15% en la primera hora.<br>• **Labetalol**: en bolos de 20-40 mg (0,25-0,5 mg/Kg).<br>• **Urapidilo** en bolos de 25 mg.<br>• **Alt:**<br>* Nitroprusiato.<br>* Nirmodipino.<br>• Si < 180/105 mmHg reintroducir tratamiento oral. |

**Tabla: Emergencia hipertensiva. (Continuación)**

| SITUACIÓN CLÍNICA | OBJETIVO | ACTUACIÓN | TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO RECOMENDADO |
|---|---|---|---|
| **Encefalopatía hipertensiva** | **OBS** Reducción en la PRIMERA HORA del 20-25%, y mantener las próximas 24 horas. | • Canalizar acceso venoso.<br>• Analítica con calcio, fósforo, magnesio, TC +/- Angio-TC cráneo. | • **Labetalol**: Bolos de 0,25-0,5 mg/Kg (10-20 mg) cada 10 min, si tras el 3º bolo no hay respuesta, instaurar perfusión de 400 mg en 100 cc SG5%, ritmo de infusión de 2-4 mg/min (15-60 cc/h). Contraindicado en intoxicación por cocaína. Tener presente como efectos secundarios importantes de los betabloqueantes la bradicardia, bloqueo AV, hipotensión, y el broncoespasmo.<br>• **Urapidilo:** Bolos de 25 mg, si no hay respuesta tras el 3º bolo, instaurar perfusión con 250 mg en 500 cc de SG5%, iniciar a ritmo de 5 mg/h (10cc/h).<br>• **Alt:**<br>* Nitroprusiato.<br>* Nimodipino. |
| **Hipertensión maligna +/- Insuficiencia Renal Aguda** | **STC/OBS** Reducción en VARIAS HORAS de un 20-25% PAM. | • Canalizar acceso venoso.<br>• Analítica, GSV, elemental de orina con iones, ECG 12 derivaciones, Radiografía de tórax.<br>• Fondo de ojo. | • **Labetalol**: Bolos de 0,25-0,5 mg/Kg (10-20 mg) cada 10 min, si tras el 3º bolo no hay respuesta, instaurar perfusión de 400 mg en 100 cc SG5%, ritmo de infusión de 2-4 mg/min (15-60 cc/h). Contraindicado en intoxicación por cocaína. Tener presente como efectos secundarios importantes de los betabloqueantes la bradicardia, bloqueo AV, hipotensión, y el broncoespasmo.<br>• **Alt:**<br>* Urapidilo. |
| **Preeclampsia grave y Eclampsia** | **Hospital Maternal** Reducción en MINUTOS de PAS < 160 mmHg y PAD < 105 mmHg.<br><br>Evitar en general descensos bruscos por riesgo de daño fetal. | • Canalizar acceso venoso.<br>• Analítica con perfil hepático, estudio de coagulación, GSV, elemental de orina con iones, ECG 12 derivaciones. | • Sulfato de Magnesio.<br>• Terapia antihipertensiva oral:<br>* Metildopa hasta 500 mg/8h.<br>* Labetalol hasta 200 mg/8h.<br>* Nifedipino retard 30 mg, si precisa.<br>• Terapia endovenosa:<br>* **Labetalol**: Bolos de 0,25-0,5 mg/Kg (10-20 mg) cada 10 min, si tras el 3º bolo no hay respuesta, instaurar perfusión de 400 mg en 100 cc SG5%, ritmo de infusión de 2-4 mg/min (15-60 cc/h). Contraindicado en intoxicación por cocaína. Tener presente como efectos secundarios importantes de los betabloqueantes la bradicardia, bloqueo AV, hipotensión, y el broncoespasmo.<br>* Alt: Nimodipino. |
| **HTA peri y postoperatoria** | Reducción en HORAS | • Controlar en primer lugar dolor y otras situaciones que generan HTA reactiva. | • Urapidilo.<br>• Labetalol.<br>• Alt: Nitroglicerina. |


Crisis HTA (PA > 180/120 mmHg).
¿Existe Daño de órgano?
NO
SI
Urgencias hipertensiva
Emergencia hipertensiva
CONSULTAS
Reducción en horas o días. Reinicio o intensificación de medicación oral, y valoración por su MAP
STC/OBSERVACION
¿Disección aórtica, Ictus isquémico agudo, preeclampsia severa, crisis adrenérgica?
SI
NO
Reducción a < 140 mmHg en la primera hora.
Reducción 25% en la primera hora, ver recomendaciones según la forma clínica concreta

# INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

*Hernández Quiles, Carlos*
*Grande Trillo, Antonio*
*Sobrino Márquez, José Manuel*

La Insuficiencia Cardiaca (IC) es un síndrome clínico caracterizado por síntomas típicos que puede ir acompañado de signos (causados por una anomalía cardiaca estructural o funcional) que producen una reducción del gasto cardiaco o una elevación de las presiones intracardiacas en reposo o en estrés.

| SÍNTOMAS TÍPICOS | SIGNOS | CLASIFICACIÓN SEGÚN LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN (FE) |
|---|---|---|
| Disnea.<br><br>Ortopnea.<br><br>Disnea paroxística nocturna.<br>Tolerancia al ejercicio disminuida.<br><br>Fatiga, cansancio, más tiempo hasta recuperarse del ejercicio<br>Inflamación de tobillos | Aumento de presión venosa yugular elevada<br>Crepitantes pulmonares<br>Edema periférico<br>Reflujo hepatoyugular<br>Tercer sonido cardiaco (ritmo galopante)<br>Impulso apical desplazado lateralmente | **FE reducida**<br>Síntomas ± signos + FEVI <40%<br><br>**FE moderadamente reducida**<br><br>Síntomas ± signos + FEVI 40-49% + Elevación de NT-ProBNP + Enfermedad cardiaca estructural relevante o Disfunción diastólica<br><br>**FE Conservada**<br><br>Síntomas ± signos + FEVI>50% + Elevación de Nt-PRoBNP + Enfermedad cardiaca estructural relevante o Disfunción diastólica |

## SHOCK CARDIOGÉNICO

- PAS<90 durante 30 minutos o estar en tratamiento vasopresor para lograr TAS>90.
- Presencia de congestión pulmonar o presiones de llenado de VI elevadas.
- Presencia de signos de hipoperfusión.
- Alteración estado mental.
- Piel fría y húmeda.
- Oliguria.
- Aumento de lactato sérico.

## PERFIL HEMODINÁMICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

| | No congestivo. | Congestivo.<br>Congestión pulmonar.<br>Ortopnea/Disnea Paroxística nocturna.<br>Ingurgitación yugular.<br>Hepatomegalia.<br>Ascitis.<br>Reflujo hepatoyugular.<br>Congestión intestinal. |
|---|---|---|
| **Bien perfundido** | Caliente seco. | Caliente Húmedo. |
| **Hipoperfundido**<br>• Extremidades frías y sudorosas.<br>• Oliguria.<br>• Confusión mental.<br>• Mareo.<br>• Presión de pulso estrecha.<br><br>HIPOPERFUSIÓN NO ES SINONIMO DE HIPOTENSIÓN, aunque frecuentemente se acompaña de hipoperfusión. | Frío seco. | Frío húmedo. |

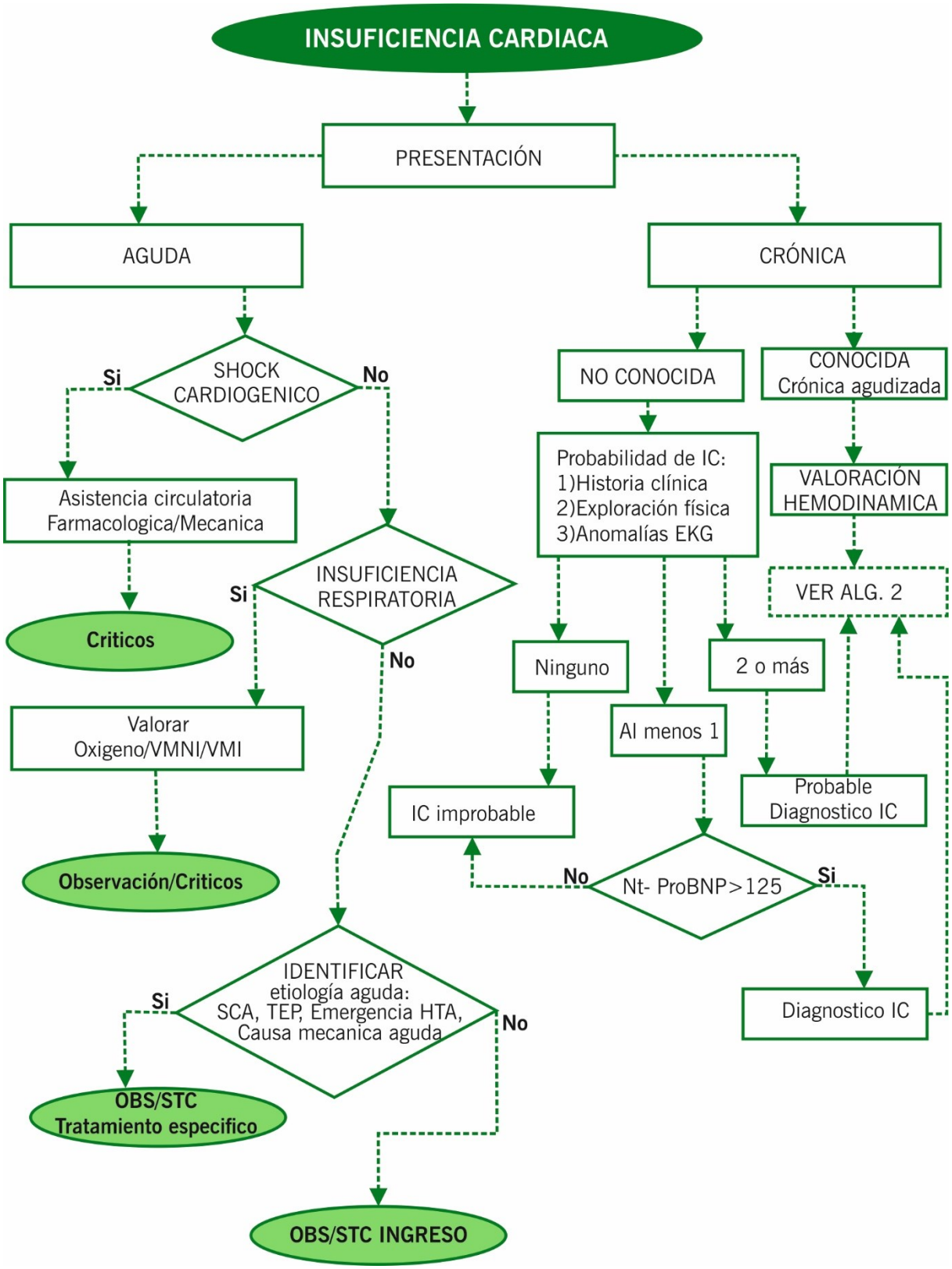
## DESENCADENANTES DE LA DESCOMPENSACIÓN DE LA IC

- Factores relacionados con los pacientes: incumplimiento terapéutico y la transgresión dietética.
- Factores relacionados a la enfermedad: arritmias o presencia de isquemia.
- Infecciones, por frecuencia respiratoria y urinaria.
- Anemia, HB menores de 10 gr/dl deben ser corregidas en caso de descompensación de IC.
- Fracaso renal agudo.
- Otras causas: uso de drogas antinflamatorias no esteroides, consumo excesivo de alcohol, anormalidades endocrinas (alteraciones de la función tiroidea), metabólicas, patología pulmonar, la subutilización de la medicación, enfermedades pericárdicas, etc.

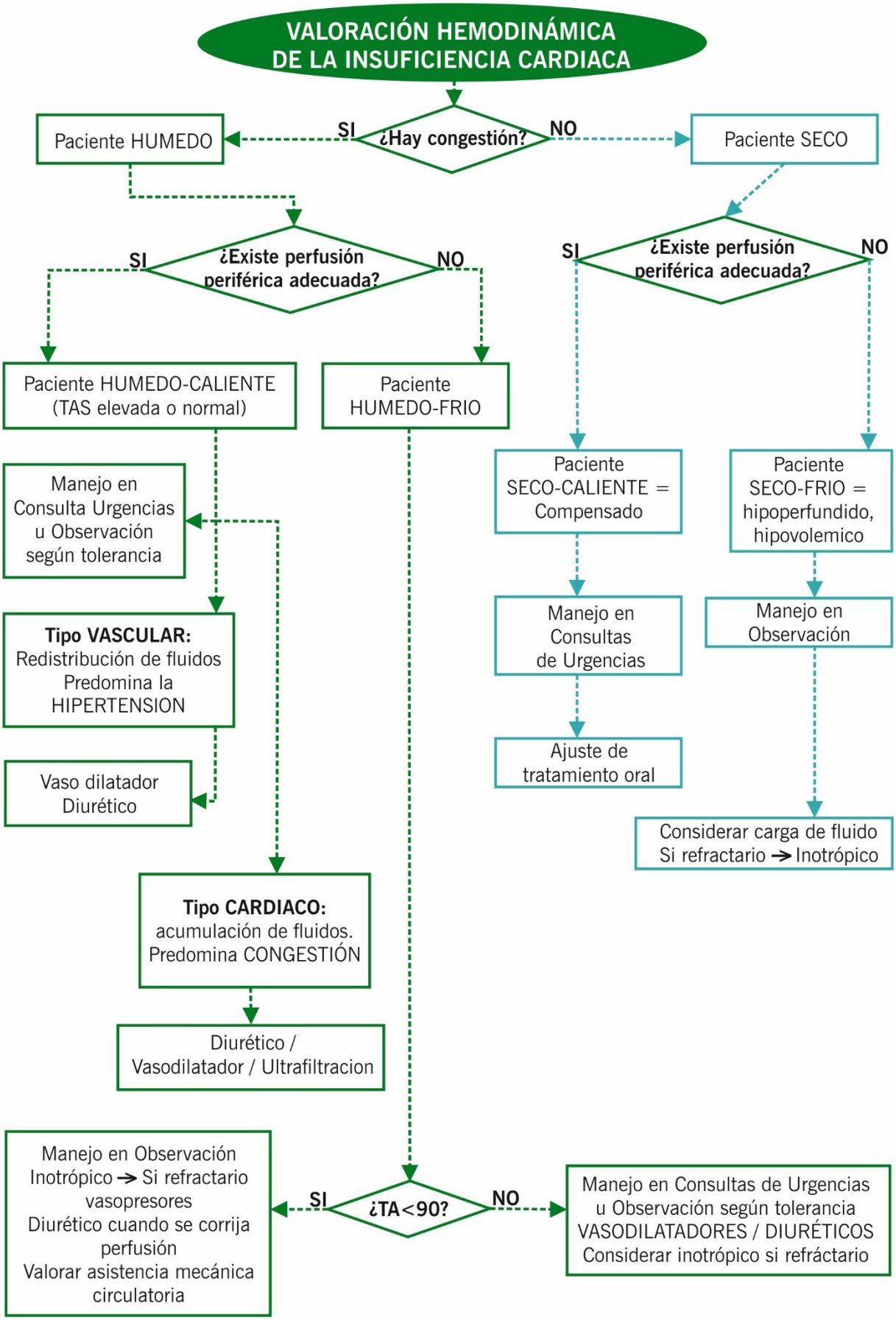
## DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN DE IC EN URGENCIAS

| | | |
|---|---|---|
| Hemograma<br><br>Bioquímica: Urea/Creatinina. Sodio/Potasio | EKG | Radiografía de Tórax P/A y Lateral |

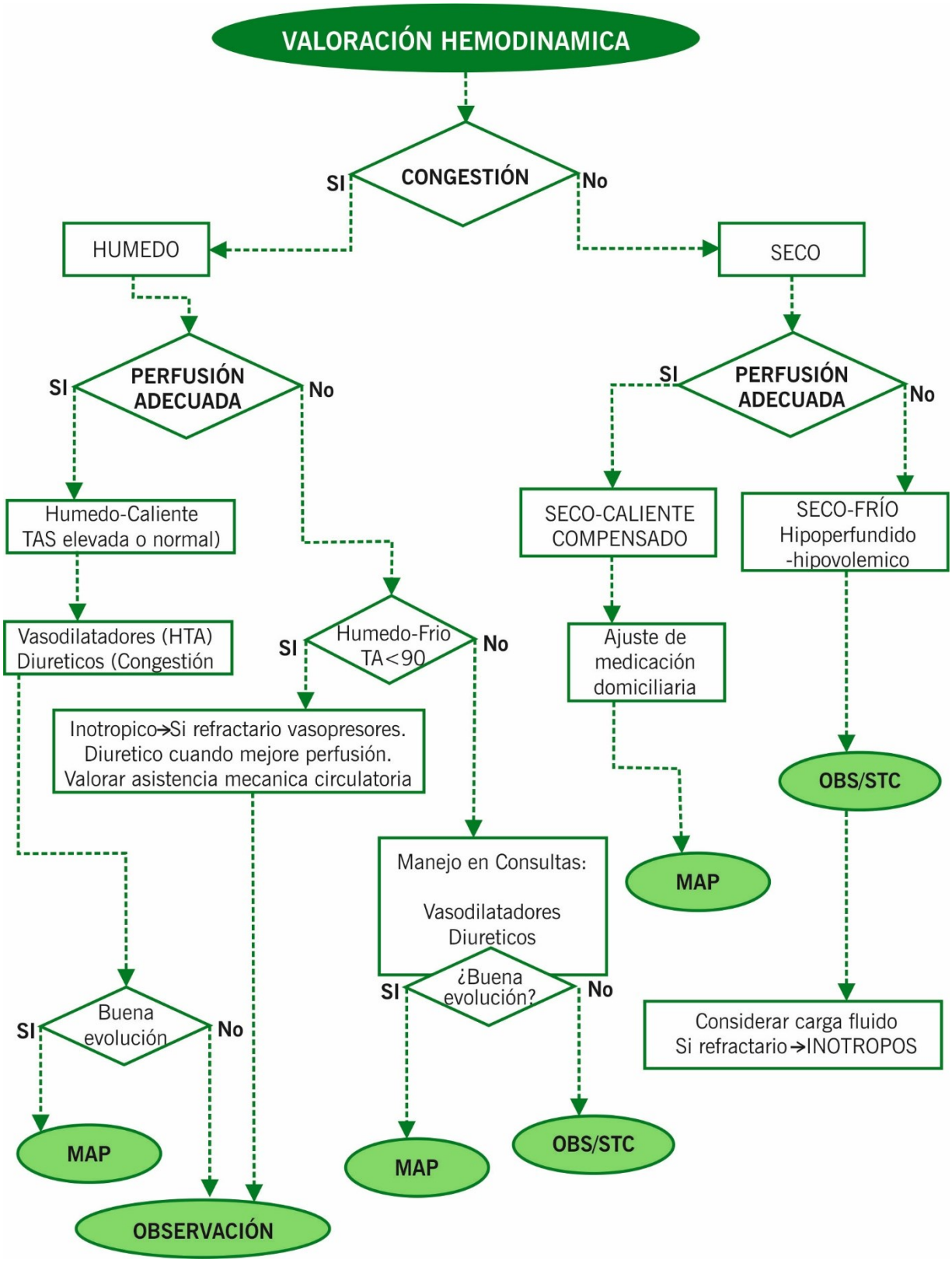
**ALGORITMO Diagnóstico y aproximación inicial de la ic en urgencias.**



**ALGORITMO Aproximación terapéutica según el fenotipo hemodinámico de la ic.**



**ALGORITMO Localización para manejo terapéutico.**



## CONSEJOS TERAPÉUTICOS

| En caso de IC con FE reducida: | Uso de diuréticos: |
|---|---|
| • Revisar toma de tratamiento correcto estandarizado según guías de práctica clínica:<br>o IECA/ARA II.<br>o Betabloqueantes.<br>o Antagonistas del receptor de mineralocorticoides.<br>o Inhibidordual de la neprilisina y del receptor de la angiotensina. (Sacubitrilo/valsartan) No puede administrarse con IECA/ARAII.<br>• En caso de no estar presente asegurar si existe contraindicación de uso y en caso de no existir plantear su introducción una ve estabilizado por especialista correspondiente. | • Según el estudio DOSE (*) estableció que la dosis más efectiva y sin afectación de la función renal a las 72 horas es usar 2,5 veces la dosis ambulatoria en bolo o en perfusión continua. |

## DERIVACIÓN A CONSULTAS DE ESPECIALIDAD

| | | |
|---|---|---|
| Criterios de Derivación a Consultas externas de especialidad | Insuficiencia cardiaca de debut con síntomas leves bien tolerados<br>Pacientes con alta frecuentación de asistencia sanitaria: > 2 episodios de urgencias en los últimos 3 meses por IC<br>Estabilidad hemodinámica: TAS >90 y < 160 mmHg (salvo cor pulmonale), síntomas bien tolerados.<br>Uso de dosis altas de diuréticos de asa (> 160 mg de furosemida al día)<br>Uso de diuréticos de varios tipos | |
| Unidad de Consultas | Cardiología | • IC de debut en pacientes que no cumplan criterios de paciente pluripatológico y con buena capacidad funcional previa.<br>• Pacientes en seguimiento por Unidad de IC de Cardiología.<br>• Sospecha de Insuficiencia Cardíaca Avanzada contactar con Unidad de IC-Trasplante Unidad de IC-Trasplante H Duques del Infantado CCEE de Cardiología si ya eran evaluados allí previamente. De novo a las consultas de Cardiología (HDI-ICC) con carácter preferente si no se veían previamente en las consultas de Cardiología.<br>• Unidad de IC-Trasplante Unidad de IC-Trasplante (cita en horario de mañana –tfno 955012330 ó 312330) (si en horario de tarde o fin de semana tomar datos de filiación y teléfono para contactar-citar al paciente). |

**(Continuación)**

## DERIVACIÓN A CONSULTAS DE ESPECIALIDAD

| | | |
|---|---|---|
| | Medicina Interna | • Pacientes que cumplan criterios de pluripatológico según el Proceso asistencial Integrado.<br>• Pacientes no pluripatológicos, pero con capacidad funcional reducida (Barthel menor de 60)<br>• Pacientes en seguimiento por Medicina Interna<br>Solicitar cita con Internista de Referencia de Centro de Salud a través de Médico de Familia |

## INGRESO HOSPITALARIO

| | | |
|---|---|---|
| Criterios de ingreso | Insuficiencia cardiaca aguda con síntomas moderados o severos.<br>Falta de respuesta a tratamiento correcto y corrección de posibles desencadenantes tras 24-48 horas en área de observación en pacientes estables hemodinámicamente | |
| Unidad de Ingreso | Cardiología | • IC de debut en pacientes sin comorbilidad y con buena capacidad funcional previa<br>• Pacientes en seguimiento por Unidad de IC de Cardiología. |
| | Medicina Interna | • Pacientes que cumplan criterios de pluripatológico según el Proceso asistencial Integrado.<br>• Pacientes no pluripatológicos, pero con capacidad funcional reducida (Barthel menor de 60)<br>• Pacientes en seguimiento por Medicina Interna |

# PATOLOGÍA POR CALOR

*Beltrán Rubio, Inmaculada*
*López Barrios, Álvaro*
*Morilla Alfaro, Aurora*

## FACTORES PREDISPONENTES EN LA PATOLOGIA POR CALOR

- Edades extremas (>65 años y < 4 años).
- Ejercicio físico intenso en condiciones climáticas adversas.
- Personas que vivan en la calle o en condiciones sociales desfavorecidas.
- Personas dependientes para las ABVD y encamados.
- Personas con enfermedades crónicas.
- Personas que toman medicación: diuréticos, neurolépticos, antiparkinsonianos, etc.
- Alcoholismo.
- Trastorno mental grave.
- Antecedente de golpe de calor.

---

## CALAMBRES MUSCULARES POR CALOR

- Síndrome de menor gravedad.
- Sujetos jóvenes que realizan actividad física prolongada e intensa en ambientes calurosos.
- Sudoración profusa que produce pérdida de agua y sodio (5-50 mEq/h).
- Excelente pronóstico.

**DIAGNÓSTICO:**

- Anamnesis y exploración física compatibles: calambres musculares dolorosos, breves e intermitentes en las zonas ejercitadas y sudoración copiosa.
- Analítica con perfil bioquímico, coagulación e ionograma: aumento de la urea y la hemoglobina. Hiponatremia. Rabdomiólisis.

**TRATAMIENTO**

- Si sólo se repone agua se produce hiponatremia que da lugar a los calambres.
- Reposición hidroelectrolítica con suero salino isotónico (reposición salina oral y si no traga, 3000 cc de SSF al 0.9%) y reposo en lugar fresco.

**CRITERIOS DE INGRESO:**

- Hiponatremia moderada o grave (Na < 130 mEq/l).
- Sintomatología muy intensa.
- Coexistencia con patología de base.
- Cuando no pueda asegurarse correcta hidratación en domicilio.

---

## AGOTAMIENTO POR CALOR

- Es la patología por calor más frecuente.
- Exposición a altas temperaturas durante varios días.
- Consecuencia de una depleción de líquido.
- Predomina la hipovolemia y el déficit de perfusión tisular.

### CLÍNICA

- Inespecífica: debilidad, fatiga, cefalea, alteraciones del razonamiento, náuseas, vómitos y calambres musculares. Piel pálida con sudoración pegajosa.
- Hipotensión y taquicardia.
- Temperatura corporal normal o ligeramente elevada.
- Sudoración profusa.
- No alteraciones graves del SNC.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Hemograma: hemoconcentración.
- Bioquímica: parámetros de deshidratación.
- EO si existe insuficiencia renal.
- EKG para descartar arritmias.
- GAB si existe hiperventilación.

### CRITERIOS DE INGRESO

- Varían según la patología de base y la intensidad de la clínica.
- Paciente anciano con factores predisponentes.
- Deshidratación importante.
- Síntomas que no ceden con la rehidratación inicial.
- Tª > 38-39ºC.

### TRATAMIENTO

- Reposo en ambiente fresco.
- Reposición de la volemia: SSF hasta reponer volumen.
- Si puede ser alta: limonada alcalina 3 l/día.
- Si precisa ingreso hospitalario: suero glucosado si predomina el déficit de agua y fisiológico si predomina el de sodio
- Tratamiento sintomático.

## GOLPE DE CALOR

- Característicamente se define por:
  - Fiebre > 40ºC.
  - Anhidrosis (piel seca y caliente).
  - Disminución del nivel de consciencia.
  - Antecedente de exposición a temperatura elevada o ejercicio físico intenso.
- Hay una forma clásica (pacientes debilitados que durante varios días han estado expuestos a altas temperaturas) y otra secundaria a la realización de ejercicio físico intenso en situaciones de alta temperatura.
- Presenta una alta mortalidad (17-70%).

### CLÍNICA

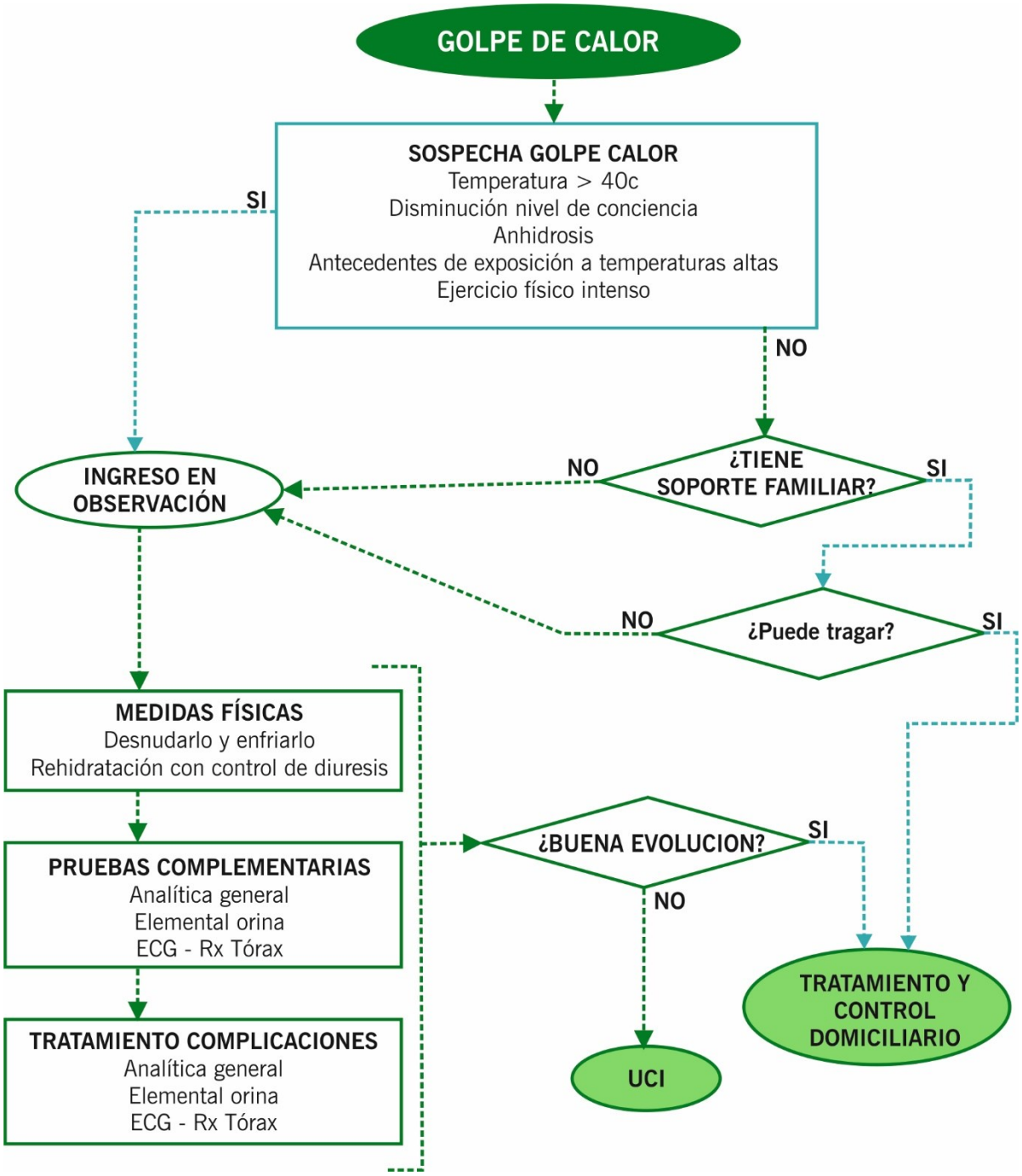
- Además de lo anterior pueden aparecer síntomas inespecíficos los días previos.
- Musculares: mialgias calambres que pueden acompañarse de rabdomiólisis.
- Cardíacos: respuesta hiperdinámica con aumento del gasto cardíaco e hipotensión (en jóvenes) o hipodinámica (ancianos) con disminución del gasto cardíaco y taquicardia.
- Renales: oligoanuria prerrenal y necrosis tubular aguda, potenciado por la deshidratación y la rabdomiólisis.
- Hematológicos: leucocitosis y hemoconcentración. Diátesis hemorrágica y CID.
- Gastrointestinales: náuseas, vómitos y diarreas. Insuficiencia hepática.
- Alteraciones electrolíticas típicas de la hiperkaliemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. ALTERACIONES ANALÍTICAS

- Aumento de la urea y de la creatinina.
- Aumento de la CPK.
- Aumento de las transaminasas.
- Acidosis metabólica con hipoxemia e hipocapnia.
- CID.
- Potasio normal o disminuido.
- Hiperamilasemia.
- Hipocalcemia e hiperfosfatemia.
- EO: hematuria y proteinuria. Mioglobinuria en caso de rabdomiólisis.

### TRATAMIENTO

- Enfriamiento inmediato: desnudar al paciente. Medidas físicas: compresas de agua helada y ventilador. Sueros intravenosos fríos y lavados gástricos a través de SNG. El objetivo es bajar la temperatura por debajo de 39ºC.
- Soporte hemodinámico: mantener diuresis y TA.
- Se iniciará perfusión de líquidos y electrolitos:
  - Inicialmente 500 cc de Ringer Lactato en 20 minutos.
  - Continuar con unos 2000 cc de SF en 4 horas.
- Si no se corrige la hipotensión se deben emplear drogas vasoactivas excluyendo agonistas alfa-adrenérgicos (noradrenalina) ya que producen vasoconstricción que impedirá la pérdida de calor por la piel y por tanto el enfriamiento.
- Otros fármacos:
  - Clorpromazina 25 mg IV si hay escalofríos.
  - Midazolam 0.1 mg/kg si agitación.
  - Haloperidol 5 mg IV si agitación.
  - Dopamina 5 mcg/kg/min si shock.
  - Furosemida para forzar diuresis.
  - Diazepam IV si convulsiones.


GOLPE DE CALOR
SOSPECHA GOLPE CALOR
Temperatura > 40c
Disminución nivel de conciencia
Anhidrosis
Antecedentes de exposición a temperaturas altas
Ejercicio físico intenso
SI
NO
INGRESO EN OBSERVACIÓN
NO
¿TIENE SOPORTE FAMILIAR?
SI
NO
¿Puede tragar?
SI
MEDIDAS FÍSICAS
Desnudarlo y enfriarlo
Rehidratación con control de diuresis
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Analítica general
Elemental orina
ECG - Rx Tórax
TRATAMIENTO COMPLICACIONES
Analítica general
Elemental orina
ECG - Rx Tórax
¿BUENA EVOLUCION?
SI
NO
TRATAMIENTO Y CONTROL DOMICILIARIO
UCI

# SEDACIÓN TERMINAL

***Rodríguez Vázquez, Aurora***
***Muñoz Muñoz, Óscar***
***Morilla Alfaro, Aurora***

La sedación paliativa terminal es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios ante una enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático.
La sedación terminal implica la renuncia del paciente a experimentar conscientemente la propia muerte. Debe estar siempre bien indicada y efectuada. Son elementos fundamentales el consentimiento informado, la administración de fármacos a dosis adecuadas y la evaluación continua del paciente.

| INDICACIONES DE SEDACIÓN TERMINAL | NO INDICACIONES DE SEDACIÓN TERMINAL |
|---|---|
| • Situación extrema de delirium hiperactivo.<br>• Nauseas/vómitos, disnea, dolor, hemorragia masiva, ansiedad, pánico que no haya respondido a los tratamientos indicados y aplicados durante un tiempo razonable.<br>• Sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios. | • Alivio de la pena de los familiares o la carga laboral.<br>• Angustia de las personas que atienden al paciente. |

Es imprescindible:

- Que el enfermo, o en defecto, su familia ha otorgado el consentimiento informado.
- Que el enfermo haya tenido la oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, espirituales y sociales.
- Dejar constancia en la historia clínica, especificando la naturaleza e intensidad de los síntomas y las medidas que fueron empleadas para aliviaros.
- Evaluar continuamente el nivel de sedación.

## EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL NIVEL DE SEDACIÓN. ESCAL DE RAMSAY

| | |
|---|---|
| **NIVEL I** | Agitado, angustiado. |
| **NIVEL II** | Tranquilo, orientado y colaborador. |
| **NIVEL III** | Respuesta a estímulos verbales. |
| **NIVEL IV** | Respuesta rápida a la presión glabelar o estímulos dolorosos. |
| **NIVEL V** | Respuesta perezosa a la presión glabelar o estímulos dolorosos. |
| **NIVEL VI** | No respuesta. |

| FÁRMACO DE ELECCIÓN | VÍA DE ELECCIÓN | |
|---|---|---|
| 1ª Midazolam*.<br>*Dosis techo 150-200 mg diarios.* | Subcutánea. | Endovenosa. |
| 2º Clorpromazina/Levomepromacina.<br>*Dosis techo 300 mg diarios.* | Subcutáneo. | Endovenoso. |
| 3º Fenobarbital. | Subcutáneo. | Intramuscular. |
| 4º Propofolpronalol. | Intravenosa. | |

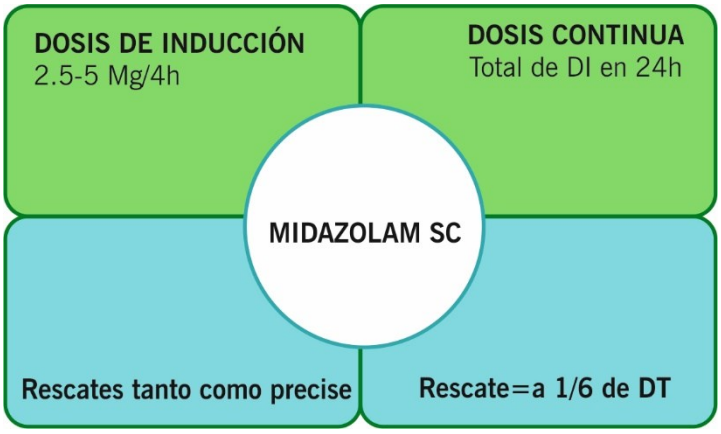
*Salvo si el síntoma refractario es el delirium, siendo de elección la levomepromacina.

## SEDACIÓN CON MIDAZOLAM POR VÍA SUBCUTÁNEA

**Dosis de inducción**: 2.5-5 mg cada 4 horas, administrada en bolo, individualizando la dosis en función del estado de conciencia de partida y fragilidad del paciente. Si el paciente ha desarrollado tolerancia a benzodiacepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será 5-10 mg.

Aplicar dosis de rescate si tras inducción el paciente presenta agitación o mantiene el síntoma refractario. Repetirse tantas veces como precise hasta alcanzar la sedación, siempre teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía subcutánea requiere de 10 a 15 min. La vida media del midazolam puede fluctuar entre 2 y 5 horas.

**Dosis continua:** se calcula la dosis de infusión continua, sumando todas las dosis (inducción + rescates) administradas en las últimas 24 horas. Se obtiene así la cantidad a cargar en un infusos de 24 horas, o bien dividiendo dicha cantidad total entre 24, obteniendo así los mg/hora a administrar mediante bomba de infusión continua. La dosis extra de rescate será de 1/6 de la dosis total diaria.

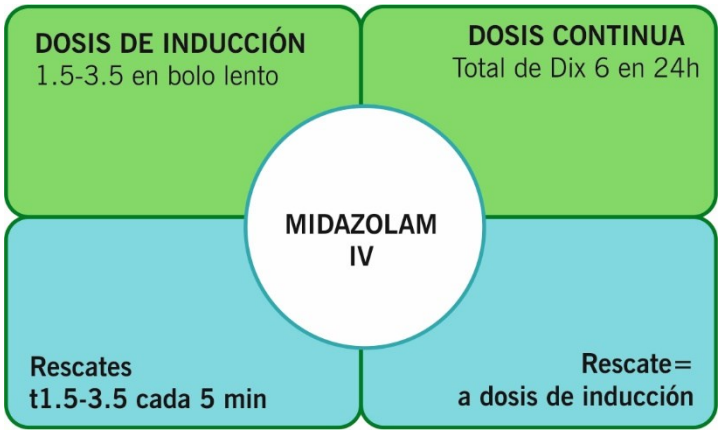



***Dosis total**

## SEDACIÓN CON MIDAZOLAM POR VÍA ENDOVENOSA

**Dosis de inducción:** entre 1,5-3,5 mg en bolo lento, repitiendo la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el alivio del síntoma refractario. La suma de las dosis que han sido necesarias se denominan dosis de inducción.

**Dosis continua:** multiplicando la dosis de inducción por 6, a administrar en 24 horas. Las dosis de rescates serán las mismas que las dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sea necesario.

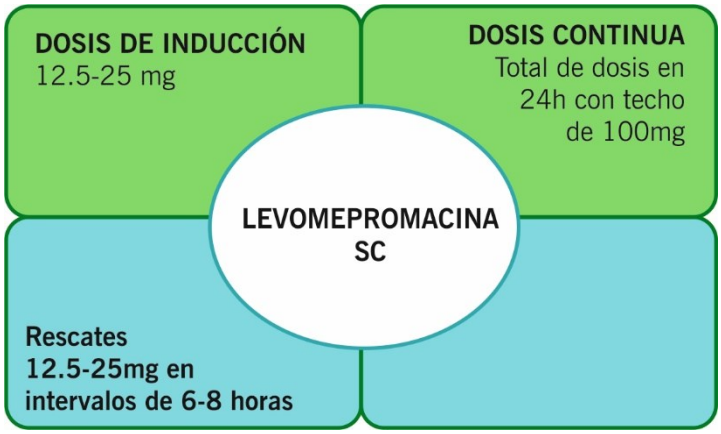


## SEDACIÓN CON LEVOMEPROMACINA POR VÍA SUBCUTÁNEA.

**Dosis de inducción:** 12.5-25 mg, con intervalo de 6-8 horas. Este fármaco tiene una vida media de 15-30 horas.

**Dosis continua:** suma de las dosis administradas en las primeras 24 horas, siendo habitualmente 100 mg diarios.

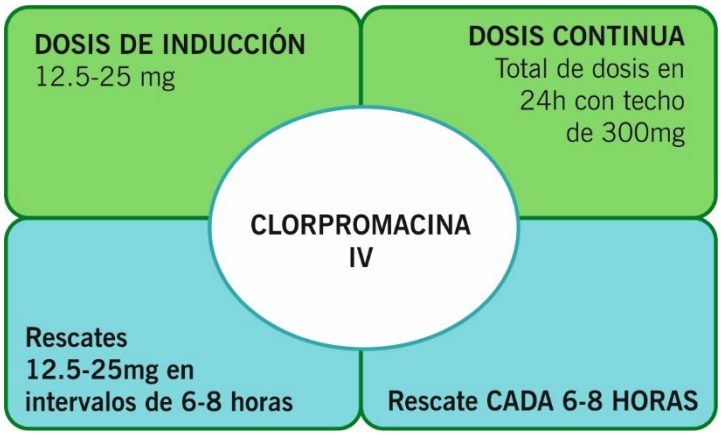
*Si el paciente está bajo intento de sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de este fármaco al 50% en el día de la inducción con levomepromacina, intentando rebajar la dosis de midazolam progresivamente.*




## SEDACIÓN CON CLORPROMACINA POR VÍA ENDOVENOSA.

**Dosis de inducción:** 12.5-25 mg, con intervalo de 6-8 horas.

**Dosis continua:** 12.5-50 mg cada 6-8 horas, con dosis techo de 300 mg diarios.

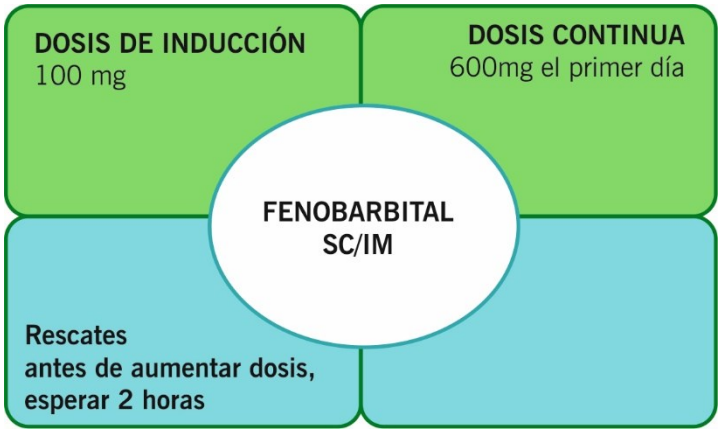


## SEDACIÓN CON FENOBARBITAL POR VÍA SUBCUTÁNEA O INTRAMUSCULAR

Suspender previamente el tratamiento con benzodiacepinas y neurolépticos y reducir el tratamiento opioide al menos a la mitad de la dosis.

**Dosis de inducción:** 100 mg. Esperar 2 horas a que alcance su concentración máxima.

**Dosis continua:** 600 mg el primer día, ajustando en los sucesivos hasta alcanzar una sedación adecuada.



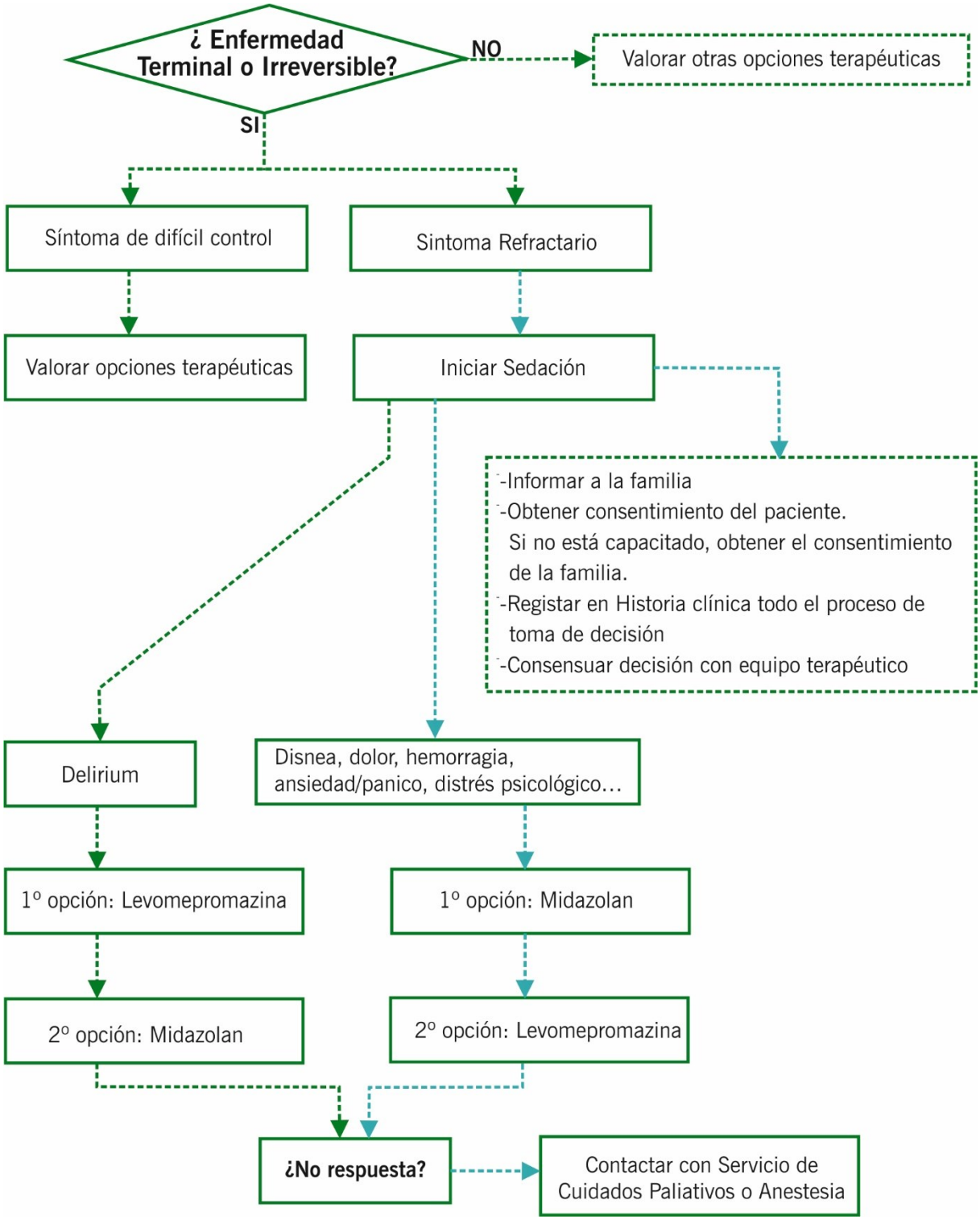

## SEDACIÓN CON FENOBARBITAL VÍA ENDOVENOSA

**Dosis de inducción**: 2 mg/kg inducción lenta.

**Dosis de mantenimiento**: 1 mg/kg/hora.

## OTROS FÁRMACOS ESENCIALES

| FÁRMACOS | INDICACIONES |
|---|---|
| Hioscina. | Prevención de secreciones bronquiales (estertores premorten).<br>Dosis: 20-40 mg cada 8 horas IV/SC. |
| Morfina. | Sedante. |
| Escopolamina bromhidrato. | Prevención de secreciones bronquiales (estertores premorten).<br>Dosis: 0.5-1 mg cada 4 horas IV/SC. |


¿ Enfermedad Terminal o Irreversible?
NO
Valorar otras opciones terapéuticas
SI
Síntoma de difícil control
Sintoma Refractario
Valorar opciones terapéuticas
Iniciar Sedación
-Informar a la familia
-Obtener consentimiento del paciente.
Si no está capacitado, obtener el consentimiento de la familia.
-Registar en Historia clínica todo el proceso de toma de decisión
-Consensuar decisión con equipo terapéutico
Delirium
Disnea, dolor, hemorragia, ansiedad/panico, distrés psicológico…
1º opción: Levomepromazina
1º opción: Midazolan
2º opción: Midazolan
2º opción: Levomepromazina
¿No respuesta?
Contactar con Servicio de Cuidados Paliativos o Anestesia

# SÍNDROME ANÉMICO

*Mezquita Romero, Lucía*
*López Márquez, M. Isabel*
*Sánchez Moreno, María*

## DEFINICIÓN

Descenso de la masa eritrocitaria y de las cifras de hemoglobina que ocasiona una disminución de la capacidad de trasporte de oxígeno a las células.

Hb <13g/dl para varón adulto.
Hb < 12 g/dl en mujer adulta.
Hb <11 g/dl en la embarazada.

## SÍNTOMAS

Astenia, disnea, cefalea, alteración del sueño y disminución de la capacidad de concentración.

En caso de anemia severa: exacerbación de insuficiencia cardiaca, angina o síncope.

Síntomas y signos asociados a la causa de la anemia.

## DIAGNÓSTICO

**Anamnesis:**

- Posibles causas de pérdidas (digestivas, ginecológicas y urológicas).
- Exposición a fármacos, alcohol o toxinas, tipo de dieta.
- Antecedentes de trasfusiones.
- Infecciones y enfermedades subyacentes (hepatopatía, hipotiroidismo, insuficiencia renal).
- Antecedentes familiares.

**Exploración:** palidez mucocutánea, taquicardia y soplo sistólico eyectivo en ápex.

**Pruebas complementarias:**

- Hemograma
- Recuento de eritrocitos.
- Frotis sangre periférica.
- Bioquímica: LDH, bilirrubina.
- Estudio de anemia. Hoja de interconsulta adjunta a la solicitud de urgencias, añadir un EDTA más.

## TRATAMIENTO

EL FACTOR MÁS IMPORTANTE PARA DETERMINAR LA NECESIDAD DE TRASFUSIÓN ES LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL ENFERMO, Y NO UNICAMENTE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO.

Un concentrado de hematíes aporta un volumen de 200-300 cc e incrementa la hemoglobina de paciente aproximadamente 1 g/dl.

La dosis empleada será la mínima necesaria para eliminar la sintomatología.

| TIPO DE ANEMIA | TRATAMIENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS |
|---|---|---|---|
| **ANEMIA FERROPÉNICA SIN INDICACIÓN TRASFUSIÓN** | Sales ferrosas. | Fero Gradumet (160 mgr Fe elemental). | 1 comp/12-24h. |
| | | Tardiferon (80 mgr Fe elemental). | 1 gragea/12h. |
| | | Ferro Sanol/Ferbisol (100 mgr Fe elemental). | 1 cáps/12-24h. |
| | | Glutaferro gotas (30mgr/ml Fe elemental). | 3,3-6,2 ml/día. |
| | | Cromatombic Ferro(37,5 mgr Fe elemental). | 1-2 viales/8 h. |
| | Suplementos férricos. | Ferroprotina/Kylor (40 mgr Fe elemental). | 1 sobre/12-24h. |
| | | Ferplex 40/Lactoferrina (40 mgr Fe elemental). | 1 vial/12-24h. |
| | Hierro intravenoso. | Venofer (hierro sacarosa). | |
| | | Ferinject (hierro carboximaltosa). | |
| | | ***Déficit de Fe (mgr) = [Peso(kg) x (Hb deseada (g/dl) – Hb observada (gr/dl) x 2,4 ] + 500.*** | |
| **ANEMIA MEGALOBLÁSTICA** | | | |
| Déficit de Vit B12. | Vit B12 vim. | Cromatombic B12 1000 $\mu$g (Unidad de Día MI-HDI. Realizar solicitud procedimiento). | 1 mgr vim/d, 1ª sem.<br>1 mgr/sem,1 mes.<br>1 mgr/mes, de por vida. |
| | Vit B12 vo. | Hidroxil B12-B6-B1. | 1-3 comp/día. |
| | | Menalgil B6. | 1-2 comp/día. |
| Déficit Ác. Fólico. | Ác. Fólico. | Acfol 5 mgr. | 5 mgr/día, 4 meses (asociada si es necesario a Vit B12). |
| **ANEMIA CON CRITERIO DE TRASFUSIÓN URGENTE** | | Causa no filiada:<br>ESTUDIO DE ANEMIAS (EDTA y IC Hematología). Al alta derivar a UCAMI. Solicitud de concentrados de hematíes e identificar al paciente.<br>Firmar consentimiento informado de trasfusión. Trasfusión en STC vs OBS. | Un concentrado de hematíes aporta un volumen de 200-300 cc e incrementa la hemoglobina de paciente ± 1 g/dl. |
| **ANEMIA CON CRITERIO DE TRASFUSIÓN NO URGENTE** | | Causa no filiada:<br>ESTUDIO DE ANEMIAS (EDTA y IC Hematología). Al alta derivar a UCAMI. Plantear trasfusión hemoderivados, Vit B12 vim ferroterapia viv en Unidad de Día MI-HDI y realizar solicitud procedimiento.<br>CONTACTO TELEFÓNICO 8-15 lab.<br>Solicitud de concentrados de hematíes e identificar al paciente (entregar pulsera al alta). Firmar consentimiento informado de trasfusión (se le adjunta con el alta de urgencias). | |

## ANEMIA AGUDA

Sueroterapia intensiva

+

Trasfusión de hematíes (CH)

Según la pérdida de volemia

Según la caída en la hemoglobina

**Previa a la trasfusión**
(si procede):
- Consentimiento informado
- Estudio de anemias

1CH = 240 cc = ↑1g/dL

| | |
|---|---|
| Grado I (< 15%) | No trasfundir |
| Grado II (15-30%) | Trasfundir si enf. cardiovascular |
| Grado II (15-30%) | Trasfundir |
| Grado IV (> 40%) | Trasfundir siempre |

| | |
|---|---|
| Hb > 10 g/dL | No trasfundir |
| Hb < 10 g/dL | Trasfundir si ICC, TCE grave, cardiopatía isquémica previa. |
| Hb < 8 g/dL | Trasfundir si hemorragia o FR * |
| Hb < 7 g/dL | Trasfundir |

*** FR = DM, mayor de 65años, AVCA, enfermedad cardiaca o pulmonar.**

## ANEMIA CRÓNICA

| Hb < 5 g/dL | Hb 5-10 g/dL | | Hb > 10 g/dL | |
|---|---|---|---|---|
| Trasfundir | Sintomática | Asintomática | Poco sintomática | Muy sintomática |
| | Trasfundir | Actitud expectante | Actitud expectante | Trasfundir |

**ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE**
- Trasfundir sólo cuando sea estrictamente necesario
- Fraccionamiento de los CH en 100cc
- Infundir muy lento
- Si tuviera auto Ac fríos, calentar a 37ºC

**En hemopatías malignas mantener Hb > 8g/dL**

## REACCIONES AGUDAS MÁS FRECUENTES

**Hemólisis** → Dolor lumbar, Escalofríos, Fiebre, Hipotensión, Shock → Sueroterapia intensiva, Furosemida, Corticoides

Evolución → Hipotensión, Fracaso renal, Trombopenia

**CID** → Hipotensión, Fracaso renal, Trombopenia + Alter. coagulación: Tiempos coag.↑, Dímeros D↑, Fibrinógeno↓ → Sueroterapia intensiva, Furosemida, Corticoides

**TRALI** → Disnea, ↓Saturación O2, Roncus pulmonares, EAP no cardiogénico a las 2-4h de la trasfusión → Soporte respiratorio (VMNI / IOT). No está indicado el empleo de diuréticos

**Reacción febril no hemolítica** → Fiebre → Antipiréticos

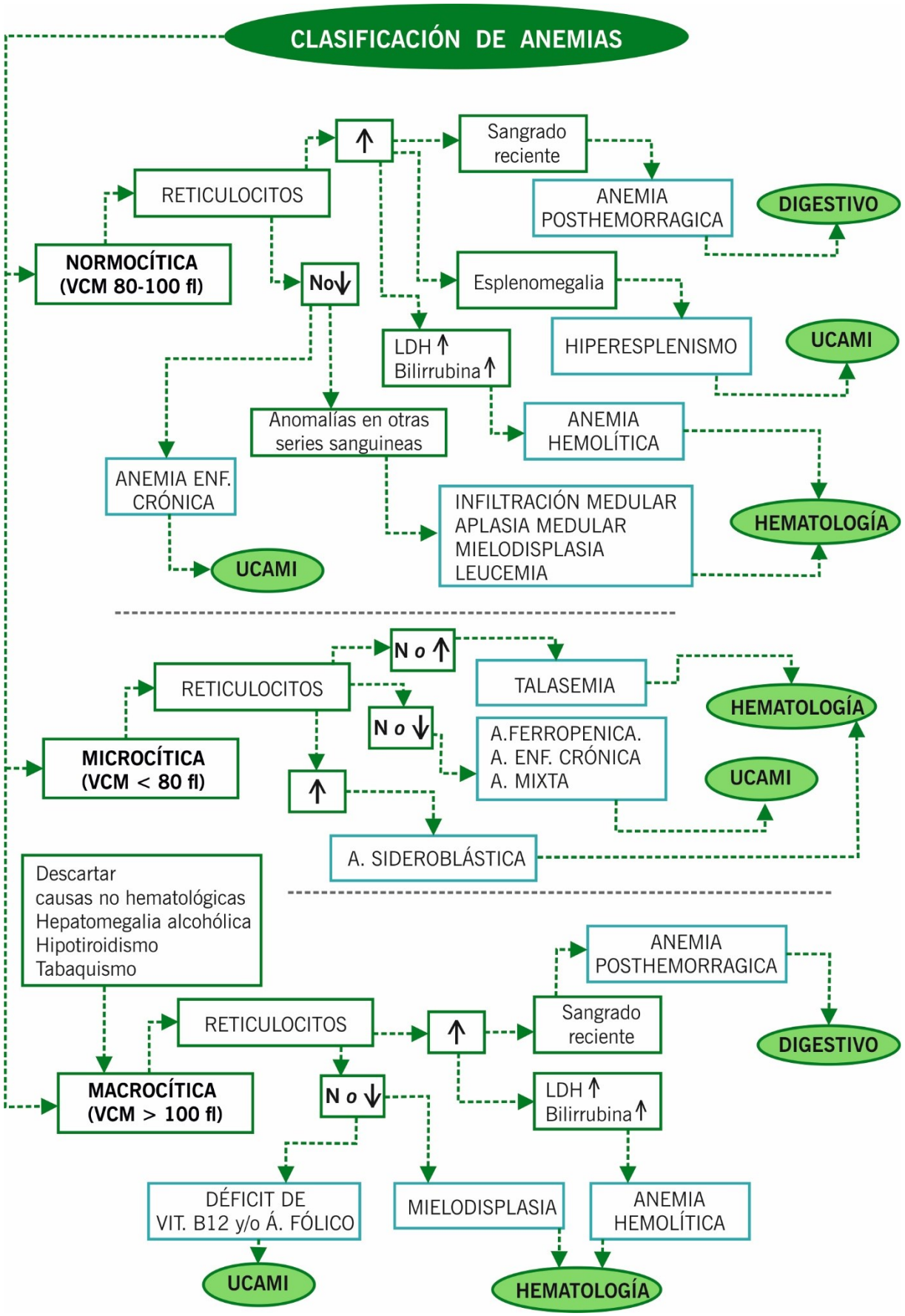
**Sobrecarga circulatoria** → Disnea, ↓Saturación O2, Crepitantes, Pacientes cardiópata o nefrópata. Trasfusión de > 2-4ml/kg/h → Soporte respiratorio (O2/VMNI/IOT), Diuréticos

**Reacción alérgica** → Eritema, Prurito, Disnea, Edema → Antihistamínicos, Corticoides

**Reacción anafiláctica** → Eritema, Prurito, Disnea, Edema, Broncospasmo, Laringospasmo, Shock → Antihistamínicos, Corticoides + Adrenalina

+

Interrupción inmediata de la transfusión
Control estrecho de constantes (TA, FC, FR, Sat O2, diuresis…)
Comunicación inmediata al Banco de Sangre mediante impreso de Notificación de reacción transfusional
Verificar registro, etiquetas e identificación de bolsa y paciente
Enviar bolsa sellada y sistema de trasfusión a Banco de Sangre + muestra del paciente (EDTA y suero)


CLASIFICACIÓN DE ANEMIAS
NORMOCÍTICA (VCM 80-100 fl)
RETICULOCITOS
↑
Sangrado reciente
ANEMIA POSTHEMORRAGICA
DIGESTIVO
No↓
Esplenomegalia
HIPERESPLENISMO
UCAMI
LDH ↑ Bilirrubina ↑
ANEMIA HEMOLÍTICA
Anomalías en otras series sanguineas
ANEMIA ENF. CRÓNICA
UCAMI
INFILTRACIÓN MEDULAR
APLASIA MEDULAR
MIELODISPLASIA
LEUCEMIA
HEMATOLOGÍA
MICROCÍTICA (VCM < 80 fl)
RETICULOCITOS
N o ↑
TALASEMIA
HEMATOLOGÍA
N o ↓
A.FERROPENICA.
A. ENF. CRÓNICA
A. MIXTA
UCAMI
↑
A. SIDEROBLÁSTICA
Descartar
causas no hematológicas
Hepatomegalia alcohólica
Hipotiroidismo
Tabaquismo
ANEMIA POSTHEMORRAGICA
DIGESTIVO
RETICULOCITOS
↑
Sangrado reciente
MACROCÍTICA (VCM > 100 fl)
N o ↓
LDH ↑ Bilirrubina ↑
DÉFICIT DE VIT. B12 y/o Á. FÓLICO
MIELODISPLASIA
ANEMIA HEMOLÍTICA
UCAMI
HEMATOLOGÍA

# SÍNDROME CONSTITUCIONAL

*Lanseros Tenllado, Julia*
*Jiménez de Juan, Carlos*
*López Márquez, M. Isabel*

## GENERALIDADES

### DEFINICIÓN

Astenia, anorexia, pérdida de peso (5% en 6 meses)

Ausencia de síntomas guía

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1.Enfermedades orgánicas.
- Neoplasias (gastrointestinal, genitourinario, mama, pulmón).
- Enfermedades autoinmunes sistémicas.
- Enfermedades endocrinas.
- Enfermedades infecciosas (TBC).
- Insuficiencias orgánicas (renal).

2. Enfermedades siquiátricas.
- Depresión.

## DIAGNÓSTICO

### ANAMNESIS POR APARATOS

| | |
|---|---|
| Gastrointestinal | Dispepsia.<br>Disfagia.<br>Diarrea.<br>Rectorragia. |
| Cardiorrespiratorio | Disnea.<br>Edemas.<br>Tos.<br>Hemoptisis.<br>Disfonía. |
| Locomotor | Artritis.<br>Lumbalgia.<br>Subaguda. |
| Genitoruinario | Hematuria.<br>Metrorragia.<br>Hidrocele. |

### EXPLORACIÓN FÍSICA

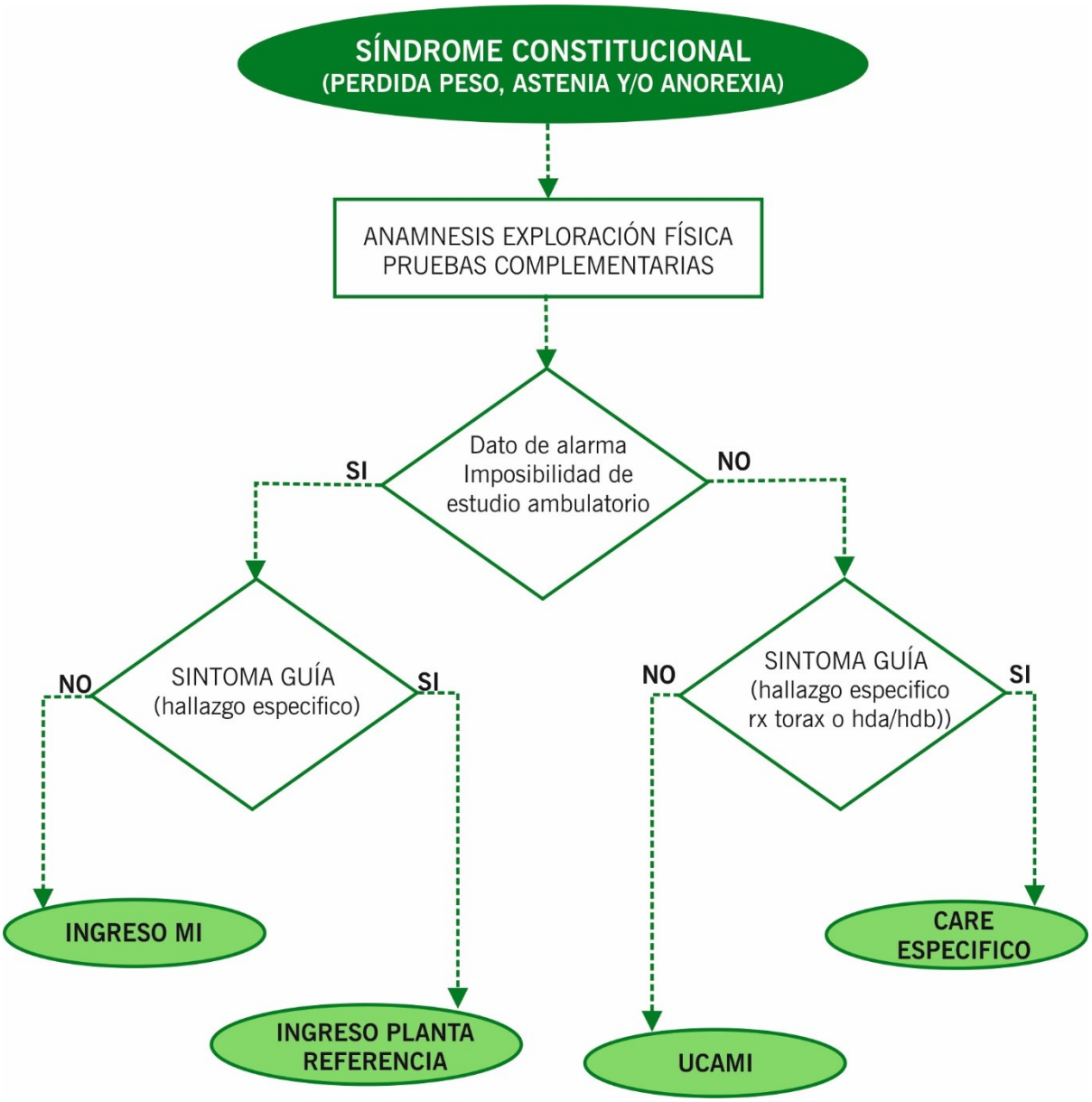
Atención!
Signos de alarma que requieran ingreso, principalmente:
- Datos de SIRS.
- Desnutrición severa (caquexia extrema, alteraciones cardiológicas, etc.).

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica: hemograma, función renal, función hepática e ionograma, coagulación.
- Rx de tórax.
- ECG.

# PLAN DE ACTUACIÓN

| INGRESO | DERIVACIÓN A ESPECIALISTA | |
|---|---|---|
| • Datos de alarma que precisen ingreso.<br>• Imposibilidad de llevar a cabo estudio ambulatorio. | • Si síntoma guía o hallazgo específico exploración/PPCC: derivación a especialista correspondiente según protocolos específicos.<br>• En caso contrario: Derivación a consulta de Medicina Interna. | Ej:<br>• Masa pulmonar en Rx de tórax: Neumología.<br>• Rectorragia: Digestivo. |



## BIBLIOGRAFÍA


1. Castro Alvirena JD, Verdejo Bravo C. Protocolo diagnóstico y tratamiento del síndrome constitucional en los pacientes mayores. Medicine 2014;11(62):3720-4
2. Brea Feijoo, JM. Síndrome constitucional, guía de práctica clínica. 2017. https://medymel.blogspot.com/2017/08/sindrome-constitucional-guia-de.html
3. Torné Cachot J, Baucells Azcona JM, Blanch Falp J, García Pont J, Camell Ilari H. Isolated involuntary weight loss: Epidemiology and predictive factors of malignancy. Med Clin (Barc). 2018;S0025-7753(18)30512-8.