

PROTOCOLOS DE ATENCION EN URGENCIAS DEL HUSL A LOS PACIENTES QUE ACUDAN CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DENTRO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ACV

- PATOLOGÍA ISQUÉMICA ARTERIAL AGUDA:

Ante la presencia de Clínica sugerente de la misma (dolor, frialdad, palidez, ausencia de pulsos, hipoestesia y paresia en la extremidad) llamar al busca 956095 URGENTE.

Sería ideal ir pidiendo al paciente un preoperatorio:

- Hemograma, BQ con CPK, EC completo (reflejar la medicación antiagregante o anticoagulante que tome el paciente)
- EKG.
- Rx tórax (creo que se pide siempre)
- Cruzar 2x [GR]
- Rasurar y sondar
- Sobre poner heparina: NO HBPM. Según la situación, solicitaremos un bolo de 5000 UI Hep Na.

Tratamiento.-

1.- Dieta absoluta. Ctes habituales. Reposo en cama con protección de talones con venda de algodón SIN APLICAR VENDAJE DE NINGÚN TIPO

2.- Fluidoterapia: 1500 cc SFS en 24 horas.

3.- Medicación:

- Omeprazol i.v
- Analgesia que demande, incluyendo opiáceos que deberán ser la primera línea.
- Profilaxis antibiótica: 2 gr Cefazolina i.v si no es alérgico.

NOTA: el resto de medicación que tome el paciente y dosis, si fuese posible debería estar reflejado en la historia de urgencias.

-PATOLOGÍA ISQUÉMICA CRÓNICA EN SITUACIÓN DE ISQUEMIA CRÍTICA:

Paciente con FRV y ausencia de pulsos con dolor en reposo o lesiones tróficas, derivar al paciente a **CONSULTAS EXTERNAS** ya que se trata de una *urgencia demorable*. La cita se les dará esa misma semana. En este caso, agradeceríamos el que se le tratase de derivar con analítica con coagulación, Rx del pie en caso de lesión, toma de cultivo previa a la instauración de antibioterapia en caso de lesión y analgesia ajustada.

El tratamiento antiagregante con Clopidogrel (o cualquier antiagregante que no sea AAS 100 mg) debería ser suspendido de ser posible, modificándolo a AAS 100 mg +/- HBPM

según se estime oportuno. Esto es, paciente que esté antiacoagulado con Sintrom o NOAC, debe pasar a HBPM a dosis anticoagulante. Paciente que esté doblemente antiagregado, podría pasar a AAS 100 mg + HBPM a dosis profiláctica.

La analgesia, según escala de dolor y/o protocolo de unidad del dolor del HUSL.

En caso de existir lesiones, en principio AUGMENTINE 1 g cada 8 horas, o bien, Levofloxacin 500 mg cada 24 horas +/- Clindamicina 600 mg cada 8 horas v.o.

- PIE DIABÉTICO:

Paciente con **PIE DIABÉTICO NEUROPÁTICO SÉPTICO** (con pulsos distales) o **NEUROISQUÉMICO SÉPTICO**, llamar al busca 956095 para determinar si se ingresa al paciente es mismo día o bien, se le dará cita en consultas externas. De nuevo en estos casos, agradeceríamos una Rx del pie y una toma de cultivo previo a la antibioterapia.

Si la decisión es ingresar al paciente, antes de instaurar el tto antibiótico, se tomarán dos **hemocultivos** (incluso si no hay fiebre):

Preoperatorio.-

- Hemograma, BQ con CPK, EC completo (reflejar la medicación antiagregante o anticoagulante que tome el paciente)
- EKG.
- Rx tórax (creo que se pide siempre)

Tratamiento.-

- | 1.- | Medidas | Generales: |
|-----|--|------------|
| - | Dieta para diabético 1500 kcal, pobre en sal o no dependiendo de HTA. | |
| - | Ctes habituales con Dx por turno. | |
| - | Reposo en cama con protección de talones con venda de algodón SIN APLICAR VENDAJE DE NINGÚN TIPO. | |
| - | Cura con betadine | |
| 2.- | Fluidoterapia: 1500 cc SFS en 24 horas. | |
| 3.- | Medicación: | |
| - | Omeprazol i.v | |
| - | Profilaxis de ETEV con HBPM | |
| - | Analgesia que demande, incluyendo opiáceos. | |
| - | Piperazilina/ Tazobactam 4/0.5 i.v cada 8 horas. (En casos más graves Vancomicina+ Imipenem, será consensuado) | |
| - | El resto de medicación que tome el paciente (si fuese posible debería estar reflejado en la historia de urgencias) | |

- PATOLOGÍA AÓRTICA AGUDA:

Ante la sospecha de un **ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SINTOMÁTICO** (dolor abdominal, shock, masa abdominal pulsátil), solicitar de forma inmediata una **ecografía abdominal**. De confirmarse el mismo, avisar de forma URGENTE al busca 956095 y a la UCI. Si la situación lo permitiese, en el Servicio de Radiología se le deberá realizar un **tac abdominopélvico con contraste**.

El **SD AÓRTICO AGUDO** (pseudoaneurisma postraumático, disección tipo B, úlcera penetrante) o **ANEURISMA DE AORTA TORÁCICO SINTOMÁTICO**, llamar al busca 956095 para la atención EMERGENTE y posteriormente a la UCI del HUSL. Es muy importante el que, independientemente que las imágenes del TAC con contraste se puedan ver en el Selene, se solicite el CD de la exploración al Servicio de Radiología.

Al paciente se le deberá solicitar además del preoperatorio, pruebas cruzadas y reservar [GR] y FFP (plasma fresco congelado). Asimismo, se deberá sondar y rasurar (desde mamilas a medio muslo)

Hasta la llegada de UCI y muy importante, **MONITORIZAR** y mantener la paciente en **HIPOTENSIÓN CONTROLADA**. Oxígeno en mascarilla. No intubar.

- LOS TRAUMATISMOS Y LOS POLITRAUMATISMOS SIN TCE.

Como interesa a otras especialidades entiendo que debe realizarse con consenso de ambas direcciones y Jefes de Servicio implicados (Traumatología, Cirugía General...). En principio, entendemos que debería ser el **adjunto de guardia de estas especialidades**, al estar además de presencia física en el Centro, el que avisase al especialista en ACV (y otras posibles especialidades afectas como CMF, ORL, CPR...) cuando lo estimase oportuno.

- LAS URGENCIAS POR PATOLOGÍA VENOSA. INSUFICIENCIA VENOSA

Flebitis, varicorragia y úlcera flebotásica complicada. Derivar al paciente a **CONSULTAS EXTERNAS** ya que se trata de una *urgencia demorable*. La cita se les dará esa misma semana. Al paciente en todo caso se le recomendarán las medidas posturales habituales (elevación de la extremidad, evitar estar en pie mucho tiempo y cuando lo haga sea deambulando....)

Flebitis superficial.- En caso de afectación que incluya al tercio superior del muslo o tercio superior de la cara posterior de la pierna, avisar al busca 956095. Si no es así, pautar calor local, HBPM a dosis anticoagulante, AINE tipo Ibuprofeno durante 4 días y vendaje elástico.

Varicorragia.- Elevar la extremidad, aplicar vendaje elástico desde raíz de dedos tipo *crepé*. Dar de alta tras 1 hora en urgencias. Aunque en la mayoría de las ocasiones la hemorragia no tiene repercusión, evidentemente no está de más solicitarle una analítica con hemograma al paciente.

Úlcera flebotásica complicada.- Tomar 2 muestras, tras lavar la úlcera con suero, para cultivo y antibiograma. La úlcera flebotásica complicada duele, por lo que también pautaremos AINEs. La antibioterapia en este caso se compondrá de una quinolona. El tratamiento tópico, con un apósito con plata y aplicar un vendaje elástico desde raíz de dedos (siempre que hayamos comprobado primero la existencia de pulso distal)

-LAS URGENCIAS DERIVADAS POR FAV Y OTROS ACCESOS VASCULARES.

Al estar sometidas a concierto con otras clínicas, entiendo que deberán ser derivadas a esas clínicas. Aún así, y sin caer en demagogia, cualquier paciente que acuda a urgencias de nuestro centro afecto de una patología dentro de la cartera de servicios de ACV tiene derecho, y es nuestra obligación, a que se le preste la atención que requiera.

NOTA:

-Paciente senil, encamado, demenciado, con gangrena en la extremidad... que no estiméis candidato para revascularización (lo que sería por "sentido común" médico) no sería para ingresar al no aportar nada la atención por un especialista en Angiología y Cirugía Vascular. En caso de duda, contactar con el busca para consultar con el cirujano vascular de guardia el cual tomará la decisión consensuada con vosotros.

- La **ETEV** en principio como hasta el momento se realiza en el HUSL. Aunque como bien sabéis está dentro de la cartera de servicios de ACV, se trata de una patología que trata Medicina Interna en nuestro medio y por tanto, entendemos que debería ser tratada de la misma manera. Cuando vayamos avanzando en el tiempo y tengamos un servicio con más especialistas...quizá, pero mucho me temo que no nos podemos hacer cargo por ahora. En este momento priorizamos la patología arterial.

Jorge Cuenca Manteca MD, FEBVS
Jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario Santa Lucía
Cartagena, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia