

## Sumario

- INTRODUCCIÓN
- INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
- CRISIS HIPERTENSIVAS
- EDEMA AGUDO DE PULMÓN
- DOLOR
- INTOXICACIÓN O SOBREDOSIFICACIÓN POR OPIÁCEOS Y BENZODIAZEPINAS
- REACCIONES ALÉRGICAS AGUDAS
- CRISIS ASMÁTICA
- LARINGOTRAQUEÍTIS (CROUP)
- CONVULSIONES
- PACIENTE AGITADO
- HIPOGLUCEMIA GRAVE
- VÓMITOS
- BIBLIOGRAFÍA

## MEDICAMENTOS PARA EL MALETÍN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

### INTRODUCCIÓN

Las características del trabajo en atención primaria hacen que la actividad asistencial no siempre se preste en el propio centro de salud, sino que, en ocasiones, haya que desplazarse al domicilio del paciente (1).

La selección de medicamentos a incluir en el maletín depende de diversos factores como son las características de la población que atiende el médico, los motivos de consulta, la proximidad al hospital de referencia o la disponibilidad de transporte sanitario en la zona. Debe contener medicamentos que sean seguros y sencillos de manejar. La utilización de medicamentos más sofisticados, como los empleados en las urgencias cardiacas, debe reservarse para el medio hospitalario (2).

Tan importante como la selección de los medicamentos es poder garantizar que éstos se encuentren en condiciones adecuadas cuando se necesiten. Para ello hay que tener en cuenta ciertas consideraciones logísticas, sencillas pero indispensables, como el número mínimo de unidades de cada medicamento, el establecimiento de revisiones periódicas de caducidad, el circuito de reposición o el rotulado del nuevo periodo de validez de medicamentos de conservación en frigorífico.

El objetivo de este boletín es proponer una selección de medicamentos a incluir en el maletín para atender **los procesos más frecuentes en la atención domiciliaria**, así como unas normas mínimas que garanticen su adecuado mantenimiento.

*El maletín debe contener medicamentos seguros y sencillos de manejar.*

### INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (2, 3, 4, 5)

El infarto agudo de miocardio (IAM) requiere el traslado inmediato del paciente al hospital. El tratamiento mientras llega la ambulancia puede incluir:

**Ácido acetilsalicílico:** Todos los pacientes en los que se sospeche IAM, deben recibir ácido acetilsalicílico de liberación rápida (no utilizar cápsulas con cubierta entérica) a dosis de 200-500 mg disuelto en agua o masticado. Esta simple medida reduce la mortalidad, así como la incidencia de reinfarcto e ictus.

**Morfina:** a dosis de 2,5-5 mg repetibles por vía intravenosa (IV) lenta, es el tratamiento de elección en el dolor por IAM. No se recomienda la vía intramuscular (IM) por el riesgo de sangrado con los tratamientos trombolíticos, por ser más lenta y por interferir con los niveles de CK. Las

náuseas provocadas por la morfina se pueden prevenir con **metoclopramida** 10 mg IV.

**Nitroglicerina:** por vía sublingual (aerosol de 0,4 mg/dosis, 1-2 dosis) es útil para aliviar el dolor isquémico y por su efecto vasodilatador. No se utilizará si la presión sistólica es menor de 90 mm Hg.

**Atropina:** en el caso de bradicardia sintomática (0,5-1 mg por vía IV).

### CRISIS HIPERTENSIVAS (5, 6, 7)

Hay que diferenciar claramente las emergencias hipertensivas de las urgencias hipertensivas.

En las **emergencias hipertensivas** hay afectación de los

órganos diana y se precisa ingreso hospitalario urgente y descenso de las cifras tensionales (en horas) con medicamentos parenterales.

En las **urgencias hipertensivas** por el contrario, no hay un compromiso vital y el objetivo debe ser la bajada gradual de la presión arterial (en días), evitando bajadas bruscas ya que podrían producir una inadecuada irrigación cerebral o cardíaca. Habrá que empezar con medidas de reposo y relajación, monitorizando la presión arterial cada 15-30 minutos y en caso de que no se alcancen presiones menores de 180/120 mm Hg, administrar un antihipertensivo oral. Una opción es **captoprilo** (25-50 mg por vía oral).

La administración de nifedipino sublingual puede provocar descensos impredecibles de la presión arterial por lo que no se considera una práctica segura. El último informe del Joint National Committee lo considera una práctica inaceptable (6,7).

*Nifedipino sublingual puede provocar descensos impredecibles de la presión arterial.*

*Hay que diferenciar claramente las emergencias de las urgencias hipertensivas.*

### EDEMA AGUDO DE PULMÓN (2, 3, 5)

Requiere atención hospitalaria. Previamente a la admisión, el tratamiento puede incluir:

**Furosemida** por vía IV lenta (20-40 mg y hasta un máximo de 80 mg).

**Morfina** por vía IV lenta (5-10 mg) para el alivio de los síntomas. Las náuseas provocadas por la morfina se pueden prevenir con **metoclopramida** 10 mg IV.

**Nitroglicerina** sublingual (aerosol de 0,4 mg/dosis) si la presión sistólica es mayor que 90 mm Hg.

### DOLOR (3,5)

**Diclofenaco** (75 mg por vía IM profunda) es el tratamiento de elección en el **dolor cólico renal o biliar**. No está probado que la asociación de fármacos anticolinérgicos (butilescopolamina) mejore la eficacia del diclofenaco. A pesar de su amplia utilización, **metamizol** no ha demostrado ser más eficaz que diclofenaco en esta indicación. Diclofenaco también es útil en el **prolapso agudo de disco lumbar**, pudiendo asociarse a **diazepam** como antiespasmódico (5-10 mg vía oral (VO) o IV lenta).

**Paracetamol** (500-1000 mg VO, dosis pediátrica: 10-15 mg/kg) está indicado en dolor de intensidad baja-moderada o de otra etiología. También se puede utilizar en los síndromes febriles.

### INTOXICACIÓN O SOBREDOSIFICACIÓN POR OPIÁCEOS Y BENZODIAZEPINAS (3, 5)

Naloxona y flumazenilo son indispensables en el maletín de cualquier médico que vaya a utilizar benzodiazepinas u opiáceos.

**Naloxona.** Antídoto de los opiáceos. Si se sospecha una intoxicación por opiáceos, se administran 0,4-2 mg IV o IM, repitiendo si es preciso cada 2-3 minutos hasta una dosis máxima de 10 mg. En caso de que esta pauta sea sólo parcialmente eficaz, habrá que pensar en una intoxicación mixta con otros depresores del sistema nervioso.

**Flumazenilo.** Antídoto de las benzodiazepinas. Si se sospecha intoxicación por benzodiazepinas utilizarlo a dosis de 0,2 mg IV inicialmente, aumentando si se precisa 0,1 mg cada minuto hasta una dosis máxima de 3 mg. Está contraindicado en las intoxicaciones mixtas con antidepresivos tricíclicos por riesgo de convulsiones.

### REACCIONES ALÉRGICAS AGUDAS (2)

a) **Anafilaxia** – El tratamiento de primera elección es **adrenalina:** 0,3-0,5 ml 1:1000 por vía IM o subcutánea (SC) en adultos; en niños 0,01-0,03 mg/kg por vía SC. La vía subcutánea está quedando relegada por su menor absorción. Si no hay respuesta rápida se puede repetir la misma dosis a los 5-10 minutos. Otras medidas adicionales incluyen la administración de **dexclorfeniramina** 5 mg IM profunda (0,2-0,3 mg/kg en niños) y en caso de broncoespasmo, **salbutamol** inhalado. Para evitar

# MEDICAMENTOS PARA EL MALETÍN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

MEDICAMENTO Y FORMA DE PRESENTACIÓN	INDICACIÓN	POSOLOGÍA	Nº DE UNIDADES ORIENTATIVO
<b>Adrenalina</b> (1 mg/ml ampollas)	Anafilaxia	Adultos: 0,3-0,5 ml IM o SC Niños: 0,01-0,03 mg/kg SC Repetir la dosis a los 5-10 minutos si no hay respuesta	4
<b>Acetilsalicílico ácido</b> (500 mg comprimidos)	Infarto agudo de miocardio	200-500 mg vía oral	4
<b>Antipsicóticos:</b>			
<b>Clorpromazina</b> (25 mg ampollas)	Paciente agitado	50-100 mg IM	4
<b>Haloperidol</b> (5 mg ampollas)	Paciente agitado Vómitos	2,5-5 mg IM 1-2 mg intramuscular	2
<b>Atropina</b> (1 mg ampollas)	Bradicardia sintomática	0,5-1 mg IV lenta	3
<b>Biperideno</b> (5 mg/1 ml ampollas)	Efectos extrapiramidales por antipsicóticos	2 mg por vía IM	2
<b>Captoprilo</b> (25 mg comprimidos)	Urgencia hipertensiva	25-50 mg VO	2
<b>Corticoides:</b>			
<b>Betametasona</b> (gotas 30 ml)	Laringotraqueítis	0,15-0,6 mg/kg (dosis máxima: 10 mg)	1
<b>Hidrocortisona</b> (500 mg viales)	Anafilaxia Crisis asmática	2-6 mg/kg IM 2 mg/kg IM	1
<b>Metilprednisolona</b> (40 mg ampollas)	Anafilaxia Crisis asmática	Niños: 1-2 mg/kg IM Adultos: 40-60 mg IM	2
<b>Prednisona</b> (30 mg comprimidos)	Crisis asmática	Adultos: 30-60 mg Niños: dosis de choque 1-2 mg/kg	4
<b>Dexclorfeniramina</b> (5 mg ampollas)	Anafilaxia	Adultos: 5 mg IM profunda; Niños: 0,2-0,3 mg/kg IM	2
<b>Diazepam</b> (5 mg comprimidos) (10 mg ampollas) (5 y 10 mg microenemas)	Crisis de angustia Convulsiones Vómitos	Adultos: 5-20 mg oral, parenteral, rectal Niños menores de 5 años: 5 mg rectal Niños mayores de 5 años: 10 mg rectal	4 2 2
<b>Diclofenaco</b> (75 mg ampollas)	Dolor	75 mg vía IM profunda	2
<b>Flumazenilo</b> (0,5 mg/5 ml ampollas)	Intoxicación por benzodiazepinas	0,2 mg IV repitiendo cada minuto hasta 3 mg máximo	2

MEDICAMENTO Y FORMA DE PRESENTACIÓN	INDICACIÓN	POSOLÓGIA	Nº DE UNIDADES ORIENTATIVO
<b>Furosemida</b> (20 mg ampollas)	Edema agudo de pulmón	20-40 mg IV lenta hasta 80 mg máximo	4
<b>Glucagón</b> (1 mg/ml jeringa)	Hipoglucemia grave	Adultos: 1 mg vía IM o SC, repetir a los 20 minutos si es necesario. Niños: con menos de 25 kg: 0,5 mg	1
<b>Glucosa 50%</b> (ampollas 20 ml)	Hipoglucemia grave	20-40 ml en bolo IV	2
<b>Metamizol</b> (2 g ampollas)	Dolor	1g IM	2
<b>Metoclopramida</b> (10 mg ampollas)	Antiemético	10 mg IM, IV	2
<b>Morfina</b> (10 mg ampollas)	Infarto agudo de miocardio Edema agudo de pulmón	2,5-5 mg IV lenta, repetiendo si es necesario 5-10 mg IV lenta	2
<b>Naloxona</b> (0,4 mg ampollas)	Intoxicación por opiáceos	0,4-2 mg IV ó IM, repitiendo si es preciso cada 2-3 minutos, hasta 10 mg máximo	4
<b>Nitroglicerina</b> (0,4 mcg/pulsación aerosol)	Infarto agudo de miocardio Edema agudo de pulmón	0,4-0,8 mg sublingual Repetir a intervalos de 5 minutos hasta un máximo de 3 dosis	1
<b>Paracetamol</b> (500 mg comprimidos)	Dolor leve-moderado	Adultos: 500-1000 mg	4
<b>Salbutamol</b> (100 mcg/pulsación aerosol)	Crisis asmática Broncoespasmo	Dosis máxima: 1600 mcg en adultos y 800-1200 mcg en niños	1

## RECOMENDACIONES PARA EL MANTENIMIENTO DEL MALETÍN

1. Seleccionar los medicamentos y fijar las unidades de cada uno (la tabla adjunta puede servir de referencia).
2. Si se incluye glucagón, rotular su nueva fecha de caducidad: 18 meses desde que se saca del frigorífico y siempre que no se superen 25°C en ningún momento ni se exceda la fecha de caducidad "oficial".
3. Dar una única fecha de caducidad al maletín de urgencias. Ésta coincidirá con la fecha de caducidad más reciente de los medicamentos seleccionados. Se recomienda revisar y reponer la medicación caducada en dicha fecha.
4. Reponer inmediatamente los medicamentos cada vez que se utilizan.
5. Guardar en un lugar con una temperatura ambiente adecuada (18-25°C). Evitar lugares húmedos.

reacciones tardías también se emplean corticoides: **hidrocortisona** 2-6 mg/kg IM o **metilprednisolona** 1-2 mg/kg IM.

- b) **Angioedema y urticaria aguda** – En los casos graves se debe comenzar con **dexclorfeniramina** 5 mg IM (0,2-0,3 mg/kg en niños) asociada a 40-60 mg de **metilprednisolona** IM (1-2 mg/kg en niños). El uso de adrenalina en esta indicación está cuestionado por el riesgo de temblores y arritmias cardíacas.

### CRISIS ASMÁTICA (2, 4)

El tratamiento de primera elección son los  $\beta_2$ -adrenérgicos inhalados, preferiblemente con cámara espaciadora: **salbutamol** aerosol (dosis de 100 mcg/puls). Dosis máxima: 1600 mcg en adultos y 800-1200 mcg en niños.

En los ataques moderados y graves se añade un corticoide, **prednisona oral** (30-60 mg, en niños la dosis de choque sería 1-2 mg/kg hasta un máximo de 40 mg), **hidrocortisona** IM (2 mg/kg cada 4 horas) o **metilprednisolona** IM (60 mg cada 4 horas, niños 1-2 mg/kg).

### LARINGOTRAQUEÍTIS (CROUP) (5)

Los fármacos recomendados son los corticoides vía oral en monodosis (**dexametasona** o **betametasona** 0,15-0,6 mg/kg). La dosis máxima es de 10 mg. La vía IM se reserva en caso de vómitos severos.

### CONVULSIONES (3, 5)

Se puede administrar **diazepam** vía rectal (dosis en adultos 10-20 mg) o por vía IV lenta. En los casos de convulsiones febriles en niños, la vía rectal es de elección (dosis en niños menores de 5 años: 5 mg, niños mayores de 5 años: 10 mg).

### PACIENTE AGITADO (4, 5)

**Haloperidol** (2,5-5 mg vía IM) se empleará en caso de esquizofrenia o psicosis maniaco-depresiva. Cuando la dosis sea superior a 5 mg es recomendable administrarlo de forma conjunta con **biperideno** a dosis de 2 mg por vía IM, para evitar posibles efectos extrapiramidales y distonías agudas. También se puede emplear **clorpromazina** (50-100 mg vía IM).

**Diazepam** (10-20 mg) vía oral u ocasionalmente parenteral se administrará si la agitación es de origen ansioso-neurótico (crisis histérica, crisis de pánico).

### HIPOGLUCEMIA GRAVE (5)

**Glucagón** 1 mg vía SC o IM se utilizará cuando no se pueda emplear la vía oral. El glucagón debe usarse con precaución en pacientes con cardiopatía isquémica, pues puede desencadenar un episodio de angina. En niños con menos de 25 kg la dosis es de 0,5 mg.

**Glucosa hipertónica al 50%** vía IV es la alternativa cuando no hay respuesta a glucagón. Se administrarán 20-40 ml en adultos y 0,5-1 g de glucosa/kg de peso/hora en forma de suero glucosado al 5% en niños.

### VÓMITOS (3, 4, 5)

**Metoclopramida** (10 mg vía IM) se empleará en el caso de que la causa sea de origen alimentario o se enmarque en un episodio de migraña. Puede repetirse la dosis cada 6-8 horas. No está indicada en niños por riesgo de distonías.

**Diazepam** a dosis de 5 mg VO o IM puede ser efectivo en pacientes con vértigos.

**Haloperidol** (1-2 mg vía IM) se emplea en el caso de vómitos debidos a morfina en pacientes con cáncer que necesitan sedación.

Los vómitos infantiles no precisan tratamiento farmacológico.

### BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Merodio P, Lou Arnal S, Mallen Belenguer M. *Materiales imprescindibles para el servicio de urgencias y el maletín de domicilios. Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1997; 4: 267-273.
- Murtagh J. *Drugs for the doctor's bag. Australian Prescriber* 1996; 19: 89-92.
- Drugs for the doctor's bag revisited. DTB* 2000; 38: 65-68.
- Dirección de Atención Primaria - Servicio de Urgencias (Servicio Navarro de Salud). *Manual de urgencias para atención primaria. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra; 2000.*
- Gerencia del Área 11 – INSALUD. *Guía farmacoterapéutica de urgencias en atención primaria. Madrid: INSALUD; 2001.*
- Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VI). Arch Intern Med* 1997; 157:2413-46.
- Grossman E. et al. *Should a moratorium be placed on sublingual nifedipine capsules given for hypertensive emergencies and pseudoemergencies?. JAMA* 1996; 276 (16):1328-31.

**Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a:** zure komarkako farmazilaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - Tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

**Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción:** José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Iciar Alfonso, Izaskun Aranzegi, María Armendáriz, Maitte Callén, Arribu Etxebarria, Julia Fernández, Susana Fernández, Iñaki García, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itsasne Lekue, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Oloquegui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde, Javier Urraca.

ISSN: 1575054-X  
D.L.: BI-587-99



**Osakidetza**  
Servicio vasco de salud



**EUSKO JAURLARITZA**  
**GOBIERNO VASCO**

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD