
 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía de actuación en la reacción adversa a medicamentos en el Servicio de Urgencias	URG-P076			Hoja nº 1
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	28	02	2024	

GUÍA DE ACTUACIÓN EN LA REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES


Departamento de Salud Alicante-Hospital General Universitario Dr. Balmis



 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía de actuación en la reacción adversa a medicamentos en el Servicio de Urgencias	URG-P076			Hoja nº 2
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	28	02	2024	

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. ALCANCE
4. PERSONAL IMPLICADO
5. CLASIFICACIONES
6. DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ADULTO
 - A. FACTORES DE RIESGO
 - B. DIAGNOSTICO
 - C. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
 - D. TRATAMIENTO EN URGENCIAS
 - E. TRATAMIENTO DURANTE EMBARAZO Y LACTANCIA
 - F. CRITERIOS DE INGRESO/ALTA O DERIVACIÓN.
7. BIBLIOGRAFÍA
8. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía de actuación en la reacción adversa a medicamentos en el Servicio de Urgencias	URG-P076			Hoja nº 3
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	28	02	2024	

1. INTRODUCCIÓN

Las reacciones alérgicas o de hipersensibilidad a medicamentos se definen por la WAO (World Allergy Organization) como respuestas nocivas, impredecibles, inadecuadas y dosis-independientes frente a la exposición a un medicamento. Estas reacciones, mediadas inmunológicamente, se manifiestan clínicamente de manera muy variada y heterogénea.

Los medicamentos pueden causar reacciones inmunológicas diferentes que, junto con las de hipersensibilidad a medicamentos no alérgicas (aquellas en las que no se puede demostrar un mecanismo inmunológico), constituyen aproximadamente el 15% de las reacciones adversas a medicamentos.

En España los agentes etiológicos más comúnmente encontrados son **los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y los antibióticos betalactámicos.**

2. OBJETIVOS

▪ Objetivo general:


Establecer una pauta de actuación estandarizada y homogénea en el servicio de Urgencias que garantice la detección precoz y atención rápida y segura de los pacientes con sospecha de reacción adversa a medicamentos.

▪ Objetivos específicos

Establecer un procedimiento específico de actuación en el Servicio de Urgencias que garantice la información y la coordinación de todos los recursos existentes

3. ALCANCE

Este procedimiento será de aplicación a todo el personal del Servicio de Urgencias Generales del Hospital General Universitario de Alicante

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía de actuación en la reacción adversa a medicamentos en el Servicio de Urgencias	URG-P076			Hoja nº 4
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	28	02	2024	

4. PERSONAL IMPLICADO

PERSONAL	RESUMEN DE FUNCIONES
Facultativo/a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facultativos/as de urgencias: las propias del/la facultativo/a de urgencias. ▪ Facultativos/as de otras especialidades: las propias de la especialidad. ▪ Jefe/a de la Guardia: coordinar y garantizar el cumplimiento del protocolo
Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Triage de Urgencias: valoración de triaje y las descritas en el protocolo. ▪ Enfermera de Urgencias: atención integral de enfermería al paciente.
TCAE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizarán sus tareas designadas en su puesto de trabajo en Urgencias.
Personal Administrativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encargará de realizar la admisión de la paciente en Urgencias.
Celador/a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El equipo de celadores realizarán las tareas propias de apoyo en Urgencias


5. CLASIFICACIONES

Típicamente se clasifica las reacciones alérgicas a medicamentos en dos grupos:

- **Tipo A:** predecibles y dosis-dependientes. Incluimos aquí, entre otros, la sobredosificación relativa, los efectos colaterales, la toxicidad, los efectos secundarios, la carcinogénesis y la teratogénesis.
- **Tipo B:** impredecibles y no dosis-dependientes. Incluimos aquí, entre otros, las reacciones de intolerancia, hipersensibilidad, idiosincrásicas y pseudoalérgicas.

Desde un punto de vista clínico, podemos clasificar las reacciones en dos categorías:

- 1) **Reacciones inmediatas:** suelen manifestarse en la primera hora, pero también pueden presentarse hasta 6 horas después de la administración del agente. Entre los síntomas se incluyen urticaria, angioedema, rinitis, conjuntivitis, broncoespasmo, así como manifestaciones gastrointestinales agudas como dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarrea. La rápida evolución de síntomas puede abarcar desde insuficiencia cardiorrespiratoria hasta anafilaxia y shock anafiláctico.
- 2) **Reacciones no inmediatas:** pueden ocurrir en cualquier momento después de la primera hora de administración, incluso varios días o semanas después del inicio del tratamiento. Los síntomas son más heterogéneos, siendo los cutáneos

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía de actuación en la reacción adversa a medicamentos en el Servicio de Urgencias	URG-P076			Hoja nº 5
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	28	02	2024	

más frecuentes y en la mayoría de los casos benignos. Las manifestaciones pueden incluir desde erupción maculopapular, urticaria retardada, exantema fijo, vasculitis, necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, hasta reacciones específicas como el síndrome de hipersensibilidad a medicamentos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS), pustulosis exantemática aguda generalizada (AGEP) y exantema intertriginoso flexural simétrico, así como afectaciones órgano-específicas (afectación de hígado, riñón, corazón o alteraciones hematológicas).

6. DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ADULTO

A. FACTORES DE RIESGO


Entre los factores que favorecen la aparición de una reacción alérgica por medicamentos podemos nombrar **los que dependen del fármaco**: un peso molecular elevado, la pauta en dosis altas o su administración de forma intermitente, y **los que dependen del paciente**: la predisposición genética, el sexo femenino, la edad adulta, la presencia de atopia, patologías subyacentes crónicas (inmunodepresión, patologías hepáticas y renales) y agudas (infección viral) o toma de medicamentos que aumentan el riesgo, como beta-bloqueantes.

B. DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico de la alergia medicamentosa es imprescindible una **anamnesis completa y detallada**.

Entre los datos que deberíamos incluir en la historia clínica destacan:

- El nombre del fármaco sospechoso y el motivo de su prescripción.
- El comienzo del tratamiento (y su suspensión).
- El tiempo transcurrido entre la última dosis y la aparición de la sintomatología.
- La dosis y la vía de administración.
- La sintomatología de la reacción alérgica.
- La información sobre las tomas previas del medicamento en cuestión y su tolerancia.
- Factores que han podido agravar la reacción (ingesta de alcohol, ejercicio físico, toma de AINES, menstruación).
- Las reacciones adversas previas.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía de actuación en la reacción adversa a medicamentos en el Servicio de Urgencias	URG-P076			Hoja nº 6
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	28	02	2024	

- Las patologías subyacentes del paciente.

- El órgano más comúnmente afectado es la piel, presentando diversas manifestaciones como exantemas morbiliformes/maculopapulares, reacciones urticariformes, eritema multiforme menor, exantema fijo, lesiones petequiales o purpúricas, entre otras.
- Es fundamental realizar una exploración física exhaustiva para evaluar el estado hemodinámico, descartar adenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia y examinar posibles afectaciones articulares.
- No debe subestimarse una reacción potencialmente grave en pacientes que presenten síntomas como edema facial, adenopatías, lesiones en mucosas, úlceras o ampollas, eosinofilia elevada, así como alteraciones en la función hepática o renal.
- La presencia de un síndrome febril, síntomas constitucionales o una rápida progresión de los síntomas también debería alertar sobre la severidad del cuadro.
- Es importante también tener en cuenta el síndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), una reacción de sensibilidad a medicamentos que se manifiesta con fiebre, adenopatías, malestar general, hepatitis, exantema y eosinofilia. Este síndrome tiene una tasa de mortalidad elevada y detectarlo puede resultar complicado.


C. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En casos de anafilaxia se debería de solicitar analítica sanguínea con **TRIPTASA**, idealmente durante los primeros 120 minutos desde el comienzo de la sintomatología (no obstante, se recomienda su cuantificación incluso pasada este tiempo, dado que puede ser útil para el proceso diagnóstico). **Y previa a la administración de medicación.**

D. TRATAMIENTO EN URGENCIAS

En caso de reacciones leves (urticaria, angioedema) se recomienda iniciar tratamiento sintomático con **antihistamínicos vía oral (p.e. cetirizina 10mg)**.

ANTI-H1 SELECTIVOS	DOSIS o AUTORIZADA	MÍNIMA DOSIS (4x AUTORIZADA)	MÁXIMA
Levocetirizina	5 mg/día	20 mg/día	
Cetirizina	10 mg/día	40 mg/día	
Desloratadina	5 mg/día	20 mg/día	

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía de actuación en la reacción adversa a medicamentos en el Servicio de Urgencias	URG-P076			Hoja nº 7
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	28	02	2024	

Loratadina	10 mg/día	40 mg/día
Fexofenadina	120 mg/día	480 mg/día
Bilastina	20 mg/día	80 mg/día
Ebastina	10 mg/día	40 mg/día
Rupatadina	10 mg/día	40 mg/día

Dosis de algunos antihistamínicos anti-H1 selectivos que se usan comúnmente en tratamiento de urticaria.

En caso de cuadros muy extensos/sintomáticos o con angioedema como principal manifestación se puede añadir corticoides sistémicos, por ejemplo, **prednisona 0,5-1mg/kg vía oral o metilprednisolona 1mg/kg IV o IM.**

Es importante reconocer los signos de gravedad:

- 1) En caso de reacciones inmediatas: prurito generalizado de instauración rápida, enrojecimiento de cuello y cara asociado a conjuntivitis o rinitis, edema de faringe o laringe, disnea y broncoespasmo, hipotensión;
- 2) En caso de reacciones retardadas: fiebre, edema centofacial, importante afectación cutánea (más del 50% de la superficie corporal), hipersensibilidad al tacto o dolor, localización atípica, aparición de lesiones infiltrantes, vesiculoampollosas o pustolsas, epidermiolisis, signo de Nikolsky positivo, mucositis, estomatitis erosiva, púrpura o lesiones necrotizantes hemorrágicas.


TRATAMIENTO EN CASO DE ANAXILIA (*adaptado del apartado de la “GUIA DE MANEJO DE ANAFILAXIA: Actualización 2023.” Dr. Teodorikez Wilfox Jiménez Rodríguez, HGUDB*)

Mientras más rápido se identifique la anafilaxia y se administre el tratamiento, mejor será el pronóstico del paciente.

En el momento de sospecharla se debe tumbar al paciente en decúbito supino, con la finalidad de evitar la hipotensión arterial por vasodilatación (síndrome del ventrículo vacío).

El tratamiento de elección es la **ADRENALINA por vía INTRAMUSCULAR (IM)** , la dosis de 0,01 mg/kg, máximo 0,3 mg en niños y 0,5 mg en adultos y se puede repetir la dosis en 3 ocasiones con intervalos de 5-15 minutos.

La adrenalina tiene un rápido inicio de acción, por vía IM alcanza concentraciones plasmáticas más altas y rápidas que por vía subcutánea y tiene menos efectos secundarios que por vía intravenosa, que está indicada en caso de parada cardiorespiratoria.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía de actuación en la reacción adversa a medicamentos en el Servicio de Urgencias	URG-P076			Hoja nº 8
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	28	02	2024	


Si se identifica algún posible alérgeno, y es posible, se debe retirar de inmediato.

Cualquier caso de shock anafiláctico refractario, broncoespasmo severo asociado o pérdida de conciencia debe ser evaluado por los especialistas de Medicina Intensiva.

Como tratamiento complementario puede usarse:

- **Flúidos:** pensar siempre que en la anafilaxia se produce una vasodilatación generalizada que en el peor de los casos puede manifestarse con hipotensión arterial. Se recomienda, tras la inyección de adrenalina iniciar fluidoterapia con suero salino fisiológico a 125 ml/h si no hay hipotensión, y a 500 ml/h en caso de hipotensión arterial.
- **Antihistamínicos:** son la segunda línea de tratamiento, algunos estudios demuestran que los antiH1 solo son útiles para el alivio de los síntomas cutáneos y la asociación de antiH2 potencia el efecto de los anteriores, no obstante, no se ha demostrado su utilidad en otras manifestaciones de la anafilaxia. **Recordar que la administración rápida puede generar hipotensión arterial.**
- **Corticoides:** Útiles para prevenir reacciones prolongadas o reacciones bifásicas. Es importante usarlos en caso de broncoespasmo o angioedema.
- **Oxígeno:** para mantener saturación adecuada se debe administrar precozmente.
- **Nebulizaciones con b2-agonistas/bromuro de ipratropio:** siempre que el paciente presente broncoespasmo deben administrarse.
- **Glucagón:** Los pacientes que reciben **betabloqueantes** pueden presentar bradicardia prolongada e hipotensión refractaria al tratamiento con adrenalina, por lo tanto, **aquellos casos en los que un paciente este en tratamiento con betabloqueantes y tras una primera dosis de adrenalina no haya mejoría de los síntomas de la anafilaxia, se deberá administrar glucagón 1-2 mg por vía IV o IM y se pueden repetir las dosis cada 5 minutos hasta alcanzar un máximo de 5 mg.**
- **Inhibidores de la bradicinina (Acetato de icatibant):** se debe considerar su uso en pacientes en tratamiento con IECAs que presentan **angioedema de la vía aérea alta** que compromete la respiración a dosis: 30 mg SC. Se pueden administrar hasta 2 inyecciones adicionales en el plazo de 24 horas.

Es importante enfatizar que no se ha demostrado que los antihistamínicos

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía de actuación en la reacción adversa a medicamentos en el Servicio de Urgencias	URG-P076			Hoja nº 9
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	28	02	2024	

prevengan anafilaxia bifásica y los corticoides no tienen acción inmediata por lo que SU USO NUNCA DEBE RETRASAR LA ADMINISTRACIÓN DE ADRENALINA.

E. TRATAMIENTOS DURANTE EMBARAZO Y LACTANCIA.

Hay datos limitados sobre la seguridad de los antihistamínicos durante el embarazo. Hasta el momento, no hay ningún medicamento clasificado como seguro durante el embarazo. Sin embargo, algunos antihistamínicos como la **loratadina, cetirizina y levocetirizina** han sido objeto de estudios en mujeres embarazadas que no han mostrado un aumento en el riesgo de malformaciones ni de toxicidad fetal o neonatal.

En cuanto al periodo de lactancia, se recomienda usar la **loratadina o cetirizina**. Cabe destacar que se debe utilizar la dosis mínima necesaria y por el menor tiempo posible, evaluando el balance entre riesgo y beneficio, dado que estos tratamientos se excretan en la leche materna.

F. CRITERIOS DE INGRESO/ALTA O DERIVACIÓN.


ALTA HOSPITALARIA

Anafilaxia	Observación 4-6 horas
Shock anafiláctico	Observación 12-24 horas
Anafilaxia bifásica	Recomendado ingreso hospitalario

Antes del alta, se debería de realizar **hoja de interconsulta a Alergología** a través del Orion e informar al paciente que se le contactará por teléfono para citar en consultas externas. El paciente no tiene que pedir cita.

En caso de reacciones leves sin signos de alarma la primera línea de tratamiento son **los antihistamínicos de segunda generación por vía oral**. Se puede comenzar con 1 o 2 comprimidos al día. En caso del tratamiento previo con los antihistamínicos sin lograr el control sintomático, se puede aumentar la dosis inicial hasta cuatro veces la dosis inicial.


Si estamos ante cuadros muy extensos o que asocien angioedema, se puede añadir una pauta corta (no más de 5-10 días) de **corticoesteroides orales**, por ejemplo, prednisona o prednisolona en dosis 0,5-1mg/kg/día.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía de actuación en la reacción adversa a medicamentos en el Servicio de Urgencias	URG-P076			Hoja nº 10
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	28	02	2024	

En caso de reacciones anafilácticas causadas por los medicamentos no suele ser necesaria la prescripción del autoinyector de adrenalina, dado que debería de ser suficiente suspender el uso del medicamento en cuestión.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Silvestre Salvador JF, Giménez-Arnau AM, Gómez de la Fuente E, González Del Castillo J, Martínez Virto AM, Miguens Blanco I, et al. Manejo de la urticaria en urgencias: recomendaciones de un grupo multidisciplinar de expertos. *Emergencias*. 2021;33:299-308.
2. Gomes ER, Demoly P. Epidemiology of hypersensitivity drug reactions. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2005; 5: 309–316.
3. Guía clínica de Alergias farmacológicas - Fisterra. *Fisterra.com*. [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/alergia-medicamentosa/>
4. Scherer K, Bircher AJ. Danger signs in drug hypersensitivity. *Med Clin North Am*. 2010;94(4):681–9.
5. Jimenez-Rodriguez TW, GUIA DE MANEJO DE ANAFILAXIA: Actualización 2023. *Gva.es*. Disponible en: <https://alicante.san.gva.es/documents/4450974/3e705d6d-36c3-4083-b5a6-a2d094f1376d>
6. Ferrer M, Bartra J, Giménez-Arnau A, Jauregui I, Labrador-Horrillo M, Ortiz de Frutos J, et al. Management of urticaria: not too complicated, not too simple. *Clin Exp Allergy [Internet]*. 2015;45(4):731–43.
7. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios CIMA – Loratadina. 2022.
8. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios CIMA – Desloratadina. 2022.
9. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios CIMA – Cetirizina. 2021.
10. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios CIMA – Levocetirizina. 2022.
11. Diav-Citrin O, Shechtman S, Aharonovich A, Moerman L, Arnon J, Wajnberg R, Ornoy A. Pregnancy outcome after gestational exposure to loratadine or antihistamines: a prospective controlled cohort study. *J Allergy Clin Immunol*. 2003 Jun;111(6):1239-43.
12. Moretti ME, Caprara D, Coutinho CJ, Bar-Oz B, Berkovitch M, Addis A, Jovanovski E, Schüler-Faccini L, Koren G. Fetal safety of loratadine use in the first trimester of pregnancy: a multicenter study. *J Allergy Clin Immunol*. 2003 Mar;111(3):479-83
13. Andersson NW, Poulsen HE, Andersen JT. Desloratadine Use During Pregnancy and Risk of Adverse Fetal Outcomes: A Nationwide Cohort Study. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020 May;8(5):1598-1605.
14. Kar S, Krishnan A, Preetha K, Mohankar A. A review of antihistamines used during pregnancy. *J Pharmacol Pharmacother*. 2012 Apr;3(2):105-8. So M, Bozzo P, Inoue M, Einarson A. Safety of antihistamines during pregnancy and lactation. *Can Fam Physician*. 2010 May;56(5):427-9.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía de actuación en la reacción adversa a medicamentos en el Servicio de Urgencias	URG-P076			Hoja nº 11
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	28	02	2024	

15. Weber-Schoendorfer C, Schaefer C. The safety of cetirizine during pregnancy. A prospective observational cohort study. *Reprod Toxicol.* 2008 Sep;26(1):19-23.
16. Wilkerson H, Datta P, Rewers-Felkins K, Baker T, Hale TW. *Maternal Transfer of Cetirizine Into Human Milk.* **J Hum Lact.** 2021 Feb;37(1):135-138.
17. Muddana A, Asbill DT, Jerath MR, Stuebe AM. *Quantitative Sensory Testing, Antihistamines, and Beta-Blockers for Management of Persistent Breast Pain: A Case Series.* **Breastfeed Med.** 2018 May;13(4):275-280.
18. Briggs GG, Freeman RK, Towers CV, Forinash AB. *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk.* Wolters Kluwer Health. Tenth edition (acces on line) 2015
19. Butler DC, Heller MM, Murase JE. *Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: Part II. Lactation.* **J Am Acad Dermatol.** 2014 Mar;70(3):417.e1-10.
20. del Cuavillo A, Mullol J, Bartra J, Dávila I, Jáuregui I, Montoro J, Sastre J, Valero AL. *Comparative pharmacology of the H1 antihistamines.* **J Investig Allergol Clin Immunol.** 2006;16 Suppl 1:3-12.
21. Middleton PG, Gade EJ, Aguilera C, MacKillop L, Button BM, Coleman C, Johnson B, Albrechtsen C, Edenborough F, Rigau D, Gibson PG, Backer V. *ERS/TSANZ Task Force Statement on the management of reproduction and pregnancy in women with airways diseases.* **Eur Respir J.** 2020 Feb 6;55(2).
22. Schaefer C, Peters P, Miller RK. *Drugs During Pregnancy and Lactation. Treatment options and risk assessment.* Elsevier, Third Edition. 2015.
23. So M, Bozzo P, Inoue M, Einarson A. *Safety of antihistamines during pregnancy and lactation.* **Can Fam Physician.** 2010 May;56(5):427-9.
24. Leachman SA, Reed BR. *The use of dermatologic drugs in pregnancy and lactation.* *Dermatol Clin.* 2006.

8. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Andzjey Sikala. Médico residente de medicina familiar y comunitaria	Begoña Espinmosa Fernández. Médico adjunto del servicio de urgencias	Pere Llorens Soriano . Jefe del servicio de Urgencias Rogelio Pastor Cesteros. Jefe del servicio de urgencias
Fecha 28/02/2024	Fecha 28/2/24	3/3/24

Este protocolo será revisado siempre que las circunstancias lo requieran y en especial, ante modificaciones sustanciales de los protocolos y/o procedimientos en la materia, dictados por las Autoridades Sanitarias.

La modificación del protocolo incluirá la comunicación a los responsables de las áreas/servicios y unidades afectados por el protocolo, así como a la totalidad de los profesionales del Servicio de Urgencias Generales.

Asimismo, se modificará con carácter inmediato en la intranet del Departamento, en caso necesario.

EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	PÁGINAS
V1	3/3/24 /24	Elaboración del documento	12
V2	XX/XX/20XX	Revisión del documento	