

# Gestió infermera de la demanda





## Autoria

- Otero Cruz, Ana María. Infermera gestora de casos comunitària. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Miralles Xamena, Jerònia. Infermera del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Tamborero Cao, Gaspar. Metge de família del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Alfaro Gómez, Cristina Maria. Subdirectora d'infermeria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Méndez Castell, M. Consolació. Directora d'infermeria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Corredor Ibáñez, María Teresa. Subdirectora mèdica. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Sureda Barbosa, Maria del Mar. Subdirectora mèdica. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Martín Otero, Noelia. Subdirectora d'infermeria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Pisà Gaià, Marta. Subdirectora d'infermeria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Taltavull Aparicio, Joana Maria. Subdirectora d'infermeria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Tomàs Tomàs, Maria del Mar. Subdirectora d'infermeria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears

## Autoria dels protocols

- Abenza Vidal, Alberto. Infermer del Centre de Salut s'Escorxador (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocol «PI17 Dispnea»
- Cáceres Tejeiro, Yolanda. Infermera del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocol «PIO3 Anticoncepció d'urgència»
- Domínguez Padilla, Esther. Metgessa de família del Centre de Salut Emili Darder (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocols «PI16 Crisi hipertensiva», «PI18 Cefalea» i «PI20 Mareig»
- Escobar Casado, Marta. Infermera del Centre de Salut Trencadors (s'Arenal de Llucmajor). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocols «PI06 Epistaxi» i «PI21 Síndrome miccional»
- Ferrer Perelló, Josep Lluís. Infermer del Centre de Salut Santa Ponça. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocol «PI13 Ungla encarnada i panadís»
- González Torrente, Susana. Infermera del Centre de Salut Dra. Teresa Piqué (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocols «PI08 Insomni» i «PI19 Crisi d'ansietat»
- Hernández Arredondo, Francisco. Infermer gestor de casos comunitària de pediatria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocol «PI09 Picada»
- Llorc Bové, Montserrat. Metgessa de família del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocol «PI15 Actuació en cas de COVID-19»
- Molinas Mut, Katya. Infermera del Centre de Salut Marines (Muro). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocol «PI03 Anticoncepció d'urgència»
- Ovejero Muñoz, Marina Paula. Infermera de salut mental del Centre de Salut Rafal Nou (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocol «PI19 Crisi d'ansietat»
- Ramírez Manent, Ignasi. Metge de família del Centre de Salut Santa Ponça. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocols «PI01 Abscés cutani», «PI07 Ferida» i «PI13 Ungla encarnada i panadís»
- Rodríguez Ruiz, Tomás. Metge de família del Centre de Salut Son Ferriol (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocol «PI16 Crisi hipertensiva»
- Román Rodríguez, Miguel. Metge de família del Centre de Salut Dra. Teresa Piqué (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocol «PI17 Dispnea»
- Unda Villafuerte, Fabián. Metge de família del Centre de Salut Serra Nord (Sóller). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocol «PI16 Crisi hipertensiva»
- Vidal Thomàs, Maria Clara. Infermera del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocol «PI15 Actuació en cas de COVID-19»

## Revisió (per ordre alfabètic)

- Campins Adrover, Guillem Marc. Farmacèutic del Centre de Salut Torrent de sant Miquel (sa Pobla). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Esteva Cantó, Magdalena. Metgessa de família (jubilada) del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PI08 Insomni» i «PI19 Crisi d'ansietat»
- Medina Bombardó, David. Metge de família del Centre de Salut sa Torre (Manacor). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Mendieta Lagos, M. Nieves. Metgessa de família del Centre de Salut Pont d'Inca (Marratxí). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PI01 Abscés cutani», «PI07 Ferida» i «PI13 Ungla encarnada i panadís»

- **Navarro Mateu, Margalida.** Comare d'atenció primària. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PI03 Anticoncepció d'urgència»
- **Pascual Reus, Esperança.** Infermera del Centre de Salut Santa Maria del Camí. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora PI12 «Reacció a un vaccí»
- **Piña Nicolau, Aina Maria.** Infermera del Centre de Salut Porto Cristo. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PI14 Uixol» i «PI18 Cefalea»
- **Rovira Vila, Marta.** Farmacèutica del Centre de Salut Pere Garau (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Sansó Romera, Aina.** Infermera del Centre de Salut Serra Nord (Sóller). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PI07 Ferida», «PI08 Insomni» i «PI11 Restrenyiment»
- **Sarmiento Cruz, Manuel.** Metge de família del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisor protocol «PI24 Diarrea»
- **Silvestre Cardona, Adela.** Infermera del Centre de Salut Son Ferriol (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PI05 Cremada» i «PI07 Ferida»
- **Socias Buades, Isabel.** Metgessa de família del Centre de Salut sa Torre (Manacor). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PI22 Hipoglucèmia» i «PI23 Hiperglucèmia»
- **Soler Mieras, Aina.** Metgessa farmacòloga del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- **Torrens Darder, Isabel.** Metgessa de família del Centre de Salut Santa Ponça. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PI08 Insomni» i «PI19 Crisi d'ansietat»
- **Valcaneras Diéguez, Silvia.** Infermera del Centre de Salut es Safrà (Aldúia). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PI02 Afta oral»
- **Vidal Mangas, Maria del Carme.** Infermera del Centre de Salut Felanitx. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PI04 Contusió»

#### Revisió lingüística i maquetació

Bàrbara Sansó Portell. Assessora lingüística. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca

#### Edició

Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Juny de 2022

#### ISBN

978-84-09-61599-5

#### Com citar aquest document

Miralles Xamena J (coord.). Gestió infermera de la demanda. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca; 2022.



---

## Introducció

---

L'atenció primària assumeix la responsabilitat continuada sobre la salut de la població mitjançant els professionals d'aquest nivell assistencial, per la qual cosa han de disposar dels mitjans i dels recursos per a la prevenció, la promoció, el diagnòstic, el tractament i la rehabilitació.<sup>1</sup>

L'equip d'atenció primària de cada zona bàsica de salut presta una atenció sanitària integral, integrada, continua, accessible i participativa i, és responsable de les mesures de promoció de la salut, la prevenció de les malalties i de l'educació sanitària en l'entorn familiar i comunitari de la població que té adscrita.

L'organització bàsica de l'atenció sanitària dels equips d'atenció primària respon a tres tipus principals d'assistència: a demanda (amb cita o sense), programada i urgent. Cal subratllar que els professionals suporten grans pressions de demanda assistencial, moltes vegades causades per demandes espontànies (sense cita), cosa que ha provocat que els centres de salut s'hagin organitzat de manera heterogènia i no hi hagi protocols d'actuació consensuats per la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.

L'atenció sanitària que es presta als centres de salut s'ha d'organitzar de la manera més eficient possible perquè els usuaris puguin ser atesos segons criteris d'equitat, prioritat d'urgència, tipus de problema de salut, i adequació i disponibilitat de recursos.

Cal establir estratègies organitzatives que plantegin noves propostes assistencials per millorar l'eficiència i l'efectivitat del sistema i obtenir la màxima potencialitat de cada professional. I també cal establir una organització que faciliti la gestió de la demanda per tal de donar una resposta eficient i resolutiva al problema de salut pel qual l'usuari acudeix a la consulta, és a dir, millorar l'accessibilitat, el temps de resposta, la qualitat de l'atenció i la satisfacció dels professionals i dels usuaris.

Entre les propostes de millora de la gestió que cal implementar hi ha la **gestió infermera de la demanda**, que fa referència a l'atenció que els professionals d'infermeria de l'atenció primària presta a usuaris que consulten per un motiu de salut lleu seguint un protocol consensuat en el seu àmbit competencial que els permeti ser autònoms en l'atenció del pacient i en la resolució de problemes aguts lleus.<sup>2</sup>

La gestió infermera de la demanda es diferencia del triatge en què pretén donar solució a un problema de salut, mentre que el triatge es refereix a la recepció, l'acollida i la classificació dels pacients als serveis d'urgències. En la gestió infermera de la demanda els problemes de salut estan protocol·litzats per mitjà de guies breus pensades per donar una atenció estandarditzada en l'àmbit de la demanda sense cita, a fi de reduir la variabilitat de la pràctica clínica i garantir una assistència de qualitat, en la qual s'uneixin la capacitat de resposta amb l'excel·lència clínica. Es tracta d'un projecte liderat pel professional d'infermeria de l'atenció primària dins el seu àmbit competencial, en el qual pugui ser autònom en l'atenció del pacient per resoldre problemes aguts lleus.

En general es pot dir que la gestió infermera de la demanda ha mostrat una alta taxa (superior al 70 %) de resolució de manera autònoma i una taxa de nova consulta molt baixa. Això es pot fonamentar en el fet que el professional d'infermeria ha mostrat que té judici clínic apte per valorar, diagnosticar i instaurar un tractament dins els protocols establerts que inclouen també els criteris en què la gestió de la demanda ha de ser compartida.<sup>3</sup>

En un estudi aleatoritzat amb una mostra de 575.189 pacients adults, la resolució dels casos de malalties agudes menors a càrrec de professionals d'infermeria va ser del 61,8 %, mentre que el 38,2 % restant va haver de ser atès a la consulta de medicina de família. Però cal subratllar que la taxa de resolució autònoma del personal d'infermeria va ser del 90 % en els casos de determinades patologies, com ara lesions cutànies, cremades i anticoncepció d'emergència, en canvi, les taxes més baixes (menys del 50 %) de resolució autònoma van estar relacionades amb malalties que presentaven símptomes urinaris, conjuntivitis, símptomes respiratoris aguts i mal de coll.<sup>4</sup>

Pel que fa a la taxa de nova consulta, en un estudi transversal de dos anys de durada en què es van avaluar 1.209.669 consultes de pacients, cap de les setze malalties menors protocol·litzades en la intervenció de l'estudi va obtenir una taxa de resolució a càrrec del personal d'infermeria inferior al 40 %. El període de nova consulta va ser de set dies, que es considera una taxa baixa, i únicament el 4,6 % dels pacients visitats va haver de tornar a acudir al centre de salut.<sup>5</sup>

La posada en marxa de la gestió infermera de la demanda no ha estat exempta de barreres. Els estudis que s'han fet per avaluar-ne les principals dificultats inclouen els conflictes competencials entre professionals, les limitacions en la indicació infermera de fàrmacs i les barreres percebudes pels mateixos professionals d'infermeria:<sup>3</sup> diferent nivell de formació entre els professionals, falta de coneixements i habilitats infermeres, resistència del mateix personal, augment de la responsabilitat, de la por i de la inseguretat del personal.<sup>6</sup>

La capacitat de resposta dels professionals d'infermeria en aquestes situacions no sempre és finalista, perquè les accions que duen a terme en «alguns processos clínics» no poden resoldre tota la situació generada i cal la intervenció del metge o de la metgessa o d'algun altre professional. Aquesta limitació pot estar relacionada amb la capacitat de resolució dels professionals d'infermeria, la formació, l'accés a proves complementàries, el repartiment de tasques dins l'equip i el desenvolupament del Reial decret 954/2015, de 23 d'octubre, pel qual es regula la indicació, l'ús i l'autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà per part dels infermers, modificat pel Reial decret 1302/2018, de 22 d'octubre.<sup>7</sup>

El projecte que es vol instaurar a tots els centres de salut de Mallorca es denomina «Gestió infermera de la demanda». Per triar els processos que cal protocol·litzar s'han analitzat els implementats en altres comunitats autònomes i s'ha consensuat amb l'equip directiu protocol·litzar-ne vint-i-quatre en una primera fase i augmentar-ne el nombre progressivament. Alguns són susceptibles que els resolgui el professional d'infermeria de manera autònoma, però d'altres requereixen l'actuació conjunta amb el metge o la metgessa:

- |                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 1) Abscés cutani            | 13) Ungla encarnada i panadís   |
| 2) Afta oral                | 14) Uixol                       |
| 3) Anticoncepció d'urgència | 15) Actuació en cas de COVID-19 |
| 4) Contusió                 | 16) Crisi hipertensiva          |
| 5) Cremades                 | 17) Dispnea                     |
| 6) Epistaxi                 | 18) Cefalea                     |
| 7) Ferida                   | 19) Crisi d'ansietat            |
| 8) Insomni                  | 20) Mareig                      |
| 9) Picada                   | 21) Síndrome miccional          |
| 10) Tap de cerumen          | 22) Hipoglucèmia                |
| 11) Restrenyiment           | 23) Hiperglucèmia               |
| 12) Reacció a un vaccí      | 24) Diarrea                     |

Pel que fa a l'elaboració dels protocols, també hem partit dels models instaurats en altres comunitats autònomes, com el de Catalunya, adaptant-los al nostre context o elaborant-los de nou.<sup>8</sup>

Els protocols segueixen l'estructura següent, basada en la seqüència lògica d'atenció d'una situació clínica:

- 1) Definició del motiu de la consulta.
- 2) Anamnesi.
- 3) Valoració.
- 4) Diagnòstic.
- 5) Pla d'actuació.
- 6) Bibliografia.
- 7) Quadre de resum.

Aquests protocols pretenen facilitar a tots els membres de l'equip l'ús d'una metodologia consensuada en els circuits, en la presa de decisions i en les intervencions segons l'evidència científica disponible.

La Gerència d'Atenció Primària de Mallorca vol impulsar la gestió infermera de la demanda i unificar l'actuació relativa a determinats motius de consulta a fi de reduir la variabilitat injustificada de la pràctica clínica.

### **Circuit d'atenció a l'usuari**

Quan un pacient contacta amb atenció primària per un problema de salut, a la unitat d'admissió li han de demanar què necessita i han de seguir el procediment següent:

- Si requereix fer algun tràmit administratiu (informes, renovació de receptes, tràmits relacionats amb consultes o llistes d'espera, tràmits derivats de l'hospital, entre altres) cal citar el pacient a la consulta administrativa i gestionar la demanda basant-se en el document: *Desburocratització de les consultes d'atenció primària*.
- Si l'usuari no necessita fer un tràmit administratiu cal demanar-li el motiu de la visita i orientar-lo per tal de citar-lo amb el professional més adequat.
- Per citar-lo cal seguir els circuits establerts.
- Per resoldre qualsevol incidència o dubte sobre medicació, es pot consultar el farmacèutic o la farmacèutica d'atenció primària del centre de salut i citar-lo a la seva agenda.

## Objectius

- Resoldre de manera eficient i coordinada els problemes de salut susceptibles de la gestió infermera de la demanda.
- Disminuir la variabilitat de la pràctica clínica injustificada aplicant protocols gestió infermera de la demanda.
- Millorar la satisfacció dels usuaris amb l'atenció rebuda.
- Millorar la satisfacció dels professionals amb l'aplicació dels protocols.

## Població diana i àmbit

- Població diana: els usuaris de l'atenció primària de més de catorze anys que contacten amb atenció primària per iniciativa pròpia.
- Àmbit: atenció primària de Mallorca.
- Destinataris: els professionals dels equips d'atenció primària de Mallorca.

## Creació dels protocols

El projecte es fonamenta en una sèrie de guies clíniques que s'efectuaren segons el cronograma següent:

Creació del grup de treball i anàlisi de la situació	Es crea un grup amb quatre membres de l'equip directiu i tres del Gabinet Tècnic.	Grup de treball Recerca de bibliografia i lectura	Un mes	Coordinació tècnica del Gabinet Tècnic
Priorització dels motius de la demanda	S'analitzen els motius de demanda protocolitzats en altres comunitats autònomes i discussió amb l'equip de treball dels motius que es poden prioritzar a l'Àrea de Salut de Mallorca.	Vint-i-quatre motius de demanda prioritzats	Una setmana	Direcció de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
Elaboració dels protocols	S'elabora cada un dels protocols, que són revisats per professionals sanitaris experts en cada tema.	Vint-i-quatre motius de demanda protocolitzats	Dos mesos	Gabinet Tècnic
Revisió dels protocols	Es publiquen a la intranet perquè els equips d'atenció primària hi facin aportacions. S'envien a societats científiques i col·legis professionals perquè hi facin aportacions.	Vint-i-quatre motius de demanda revisats	Un-dos mesos	Gabinet Tècnic

---

## Implementació

---

Per implementar els protocols de gestió de la infermera demanda se seguiran les fases següents:

- 1) **Difusió:** accions de difusió del projecte i dels protocols que inclouen reunions amb els equips directius dels centres de salut i reunions amb els responsables del programa de cada sector.
- 2) **Formació:** activitats formatives del projecte i dels protocols que inclouen cursos no presencials, semipresencials, i sessions clíniques en cada centre de salut per part de professionals del mateix equip.
- 3) **Organització dels equips:** circuits de citació per facilitar l'aplicació dels protocols en la pràctica diària.
- 4) **Aplicació en la pràctica diària.** Per a facilitar la implementació se seguirà el cronograma següent:
  - Divulgació als equips de cada C.S. a través de reunions presencials.
  - Reorganització dels fluxos de citació.
  - Reunions organitzatives en els C.S.
  - Sessions clíniques sobre les guies, fetes pel propi equip, si és possible i, si no ho és pel gabinet tècnic de la GAPM.

Abans d'implantar-lo en tots els centres de salut es durà a terme un pilotatge de tres mesos en set centres de salut per avaluar la implementació del projecte.

- 5) **Avaluació i seguiment:** es duu a terme una avaluació general i una d'específica.

## Avaluació

### AVALUACIÓ GENERAL

#### 1) Indicador de consultes efectuades per resoldre un problema de salut

INDICADOR	Percentatge de consultes no programades ateses per infermeria durant el període d'estudi.
NUMERADOR	Nombre de consultes no programades ateses per IF durant el període d'estudi x 100.
DENOMINADOR	Nombre de consultes no programades ateses per IF i MF durant el període d'estudi.
Definicions	(*) Consultes no programades: Citades a l'agenda sala d'urgències com a urgent o demanda. Citades a l'agenda d'infermeria com a urgents. Citades a agenda de medicina com a urgents. IF: infermera de família. MF: medicina de família.
Període d'estudi	Pre: mesos d'abril, maig i juny de 2019. Post: als 3 mesos d'haver-lo iniciat (2022 o 2023).

#### 2) Indicador de consultes efectuades per resoldre un problema de salut protocol·litzat com a GID

INDICADOR	Percentatge de consultes GID no programades ateses per infermeria durant el període d'estudi.
NUMERADOR	Nombre de consultes GID no programades ateses per IF durant el període d'estudi x 100.
DENOMINADOR	Nombre de consultes no programades ateses per IF durant el període d'estudi.
Definicions	(*) Consultes GID: es considera com a GID els 24 motius de consulta classificats amb els corresponent CIE-9. (*) Consultes <b>no programades</b> : les visitades a la sala d'urgències amb tipus de visita urgent o demanda visitades per la infermera més les visites urgents de les consultes d'infermeria. IF: infermera de família. MF: medicina de família.
Període d'estudi	Pre: mesos d'abril, maig i juny de 2019. Post: als 3 mesos d'haver-lo iniciat (2022 o 2023).

## 3) Indicador de visites pels motius protocol·litzats

INDICADOR	Percentatge de visites per cada un dels motius de consulta GID ateses per IF durant el període d'estudi.
NUMERADOR	Nombre de visites pel motiu de consulta «x» ateses per IF durant el període d'estudi x 100.
DENOMINADOR	Nombre de visites pel motiu de consulta «x» ateses per IF i MF durant el període d'estudi.
Definicions	(*) Motiu de consulta «x» està definit a cada un dels protocols amb el diagnòstic CIE. (*) S'ha de fer per a cada un dels 24 protocols. IF: infermera de família. MF: medicina de família.
Període d'estudi	Pre: mesos d'abril, maig i juny de 2019. Post: als 3 mesos d'haver-lo iniciat (2022 o 2023).

## 4) Indicador de resolució motiu de consulta protocol·litzat com a GID

INDICADOR	Percentatge de consultes resoltes per infermeria pel motiu de consulta «x» sense intervenció d'altre professional durant el període d'estudi.
NUMERADOR	Nombre de consultes pel motiu de consulta «x» ateses per IF on no consta cap visita amb MF en les pròximes 72 hores durant el període d'estudi x 100.
DENOMINADOR	Nombre de consultes pel motiu «x» ateses per IF durant el període d'estudi.
Definicions	(*) Consultes resoltes: quan no consta cap visita per MF en les properes 72 hores pel motiu de consulta «x». (*) Els motius a analitzar són els 18 primers protocols, que són finalistes per a la infermera. IF: infermera de família. MF: medicina de família.
Període d'estudi	Pre: mesos d'abril, maig i juny de 2019. Post: als 3 mesos d'haver-lo iniciat (2022 o 2023).

## AVALUACIÓ ESPECÍFICA

L'objectiu de l'avaluació específica es valorar l'aplicació del Protocol per assegurar que se segueixen les recomanacions que ens marca l'evidència científica (tal com està recollit a cada guia), l'atenció estandaritzada per disminuir la variabilitat de la pràctica clínica i garantir una assistència de qualitat, en la que s'uneixen la capacitat de resposta amb l'excel·lència clínica.

Per tal de valorar els indicadors específics s'han analitzat, dels diferents apartats del Protocol, quins són avaluable amb les dades disponibles a e-SIAP.

Taula 2: Indicadors específics per a protocols de resolució autònoma

Protocols GID	Diagnòstic	Indicador
Anticoncepció d'urgència	CIE-9: codi V25.0.3 «Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi V25.0.3. «Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente») atesos per la infermera amb consell fullet «Píndola postcoital i ús de preservatiu» / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi V25.0.3. «Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente») x 100. Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi V25.0.3. «Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente») atesos per la infermera amb prova d'embaràs realitzada (*) / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi V25.0.3. «Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente») x 100. (* És un indicador negatiu perquè no s'ha de realitzar prova d'embaràs (apartat de procediments d'e-SIAP).
Epistaxi	CIE-9: codi 784.7 «Epistaxis»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 784.7. «Epistaxis») atesos per la infermera amb ordres i/o procediment Tamponament nasal (col·locar) i presa TA a paràmetres clínics / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 784.7. «Epistaxis») x 100.
Tap cerumen	CIE-9: codi 380.4. «Cerumen impactado»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 380.4. «Cerumen impactado») atesos per la infermera amb exploració general (otoscòpia) i ordres i procediments extracció cerumen / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: «Tap cerumen impactat») x 100.
Restrenyiment	CIE-9: codi 564.0 «Estreñimiento»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 564.0. «Estreñimiento») atesos per la infermera amb consell fullet «Dieta Restrenyiment» / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 564.0. «Estreñimiento») x 100.
Reacció a un vaccí	CIE-9: codi E949... «EFC Adverso Vacunas NNC»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi E949... «EFC Adverso Vacunas NNC») atesos per la infermera (per mitjà de la Targeta Grogia) / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi E949... «EFC Adverso Vacunas NNC») x 100.

Taula 3: Indicadors específics per a protocols de resolució conjunta		
Protocols GID	Diagnòstic	Indicador
Crisi HTA	CIE-9: «Hipertensión...» Cal valorar segons les xifres de la TA	Nombre de motius de consulta (CIE-9: «Hipertensión...») atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA, FC i amb recomanacions dietètiques a HTA / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: «Hipertensión...») x 100.
Dispnea (Tb Asma i EPOC)	CIE-9: codi 786.0 «Disnea y alteraciones respiratorias»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 786.0. «Disnea y alteraciones respiratorias») atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA, FC, Temperatura, FR i SatO2 i/o amb ordre i procediment càmera d'inhalació i consell d'ús apropiat de medicació / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 786.0. «Disnea y alteraciones respiratorias») x 100.
Mareig	CIE-9: codi 780.4. «Vertigo y Mareos»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 780.4. «Vertigo y Mareos») atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA i FC / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 780.4. «Vertigo y Mareos») x 100.
Síndrome miccional	CIE-9: codi 788... «Síntomas que afectan al aparato urinario»  CIE-9: codi 595... «Deterioro de la eliminación urinària»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 788... «Síntomas que afectan al aparato urinario») atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA i Temp i amb ordre i procediment tira de orina/ Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 788... «Síntomas que afectan al aparato urinario») x 100.  Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 595... «Deterioro de la eliminación urinària») atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA i Temp i amb ordre i procediment tira de orina / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 595... «Deterioro de la eliminación urinària») x 100.
Hipoglucèmia	CIE-9: codi 251.2. «Hipoglucemia no especificada»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 251.2. «Hipoglucemia no especificada») atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA, FC i glucèmia capil·lar / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 251.2. «Hipoglucemia no especificada») x 100.
Hiperglucèmia	CIE-9: codi 250.9. «Diabetes con complicación no especificada»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 250.9. «Diabetes con complicación no especificada») atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA, FC i glucèmia capil·lar / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 250.9. «Diabetes con complicación no especificada») x 100.

**ALTRES ASPECTES A AVALUAR**

- Nombre de protocols elaborats.
- Nombre de formacions realitzades.
- Nombre de professionals formats.
- Nombre de CS que apliquen el projecte de «Gestió de la demanda».
- Satisfacció per l'atenció rebuda.
- Satisfacció del professional.

---

## Projectes

---

Aquest document està en evolució constant, per la qual cosa es pren en consideració incorporar-hi noves mesures, com ara les següents:

- Incloure els diagnòstics NANDA en cada protocol.
- Habilitar els professionals d'infermeria perquè sàpiguen la normativa referent a la indicació infermera.
- Sol·licitar l'ampliació dels principis actius inclosos en la indicació infermera.
- Integrar els protocols en la història clínica electrònica d'atenció primària.
- Actualitzar els protocols i desenvolupar-ne de nous.
- Complementar els protocols amb algorismes d'actuació.
- Afegir un apartat de «no fer» a cada protocol.
- Afegir un annex sobre fàrmacs i productes sanitaris (*vademècum*) que figuren en els protocols.
- Desenvolupar consells de salut pels usuaris relatius a alguns protocols.
- Desenvolupar tècniques específiques pels professionals relatives a alguns protocols.

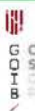
---

## Llista de protocols

---

Els vint-i-quatre protocols elaborats són accessibles a la intranet del Servei de Salut de les Illes Balears: Atenció Primària de Mallorca > Guies, Programes i Protocols > Adults i ancians > *Protocols de gestió infermera de la demanda.*

- PI01 Abscés cutani
- PI02 Afta oral
- PI03 Anticoncepció d'urgència
- PI04 Contusió
- PI05 Cremada
- PI06 Epistaxi
- PI07 Ferida
- PI08 Insomni
- PI09 Picada
- PI10 Tap de cerumen
- PI11 Restrenyiment
- PI12 Reacció a un vaccí
- PI13 Ungla encarnada i panadís
- PI14 Uixol
- PI15 Actuació en cas de COVID-19 (No vigent)
- PI16 Crisi hipertensiva
- PI17 Dispnea
- PI18 Cefalea
- PI19 Crisi d'ansietat
- PI20 Mareig
- PI21 Síndrome miccional
- PI22 Hipoglucèmia
- PI23 Hiperglucèmia
- PI24 Diarrea



## Referències bibliogràfiques

- 1) Llei 5/2003, de 4 de abril, de salut de les Illes Balears.  
[caib.es/sites/institutestudisautonemics/ca/n/llei\\_52003\\_de\\_4\\_dabril\\_de\\_salut\\_de\\_les\\_illes\\_balears\\_-59300](http://caib.es/sites/institutestudisautonemics/ca/n/llei_52003_de_4_dabril_de_salut_de_les_illes_balears_-59300)  
[consulta: 26 abril 2022]
- 2) Vara Ortiz MA, Fabrellas Padrés N. Análisis del concepto: gestión enfermera de la demanda. Aten primaria. 2019; 51 (4):230-235
- 3) Casanovas Sala B. Gestión Enfermera de la Demanda. Revisión de la literatura.UIC. TFG. Presentat el 30/05/2019
- 4) Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. Nurse management of 'same day' consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. J Adv Nurs. 2011 Aug;67(8):1811-6 [aificc.cat/wp-content/uploads/2018/12/5-20161112151118\\_journal-of-advanced-nursing-article.pdf](http://aificc.cat/wp-content/uploads/2018/12/5-20161112151118_journal-of-advanced-nursing-article.pdf) [consulta: 26 abril 2022]
- 5) Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. BMC Fam Pract . 2013 May 16 ;14:61. [bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-61](http://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-61) [consulta: 26 abril 2022]
- 6) Brugués Brugués A, Cubells Asensio I, Flores Mateo G. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. Atención Primaria 2017;49(9):518-24
- 7) Ministerio de Sanidad CYBS. Disposición 14474 del BOE núm. 256 de 2018 2018:1-8
- 8) Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. Guia d'Intervencions d'Infermeria a Problemes de Salut • EAP Can Bou. vol. CASAP 2020. 2020



G CONSELLERIA  
O SALUT I CONSUM  
I GERÈNCIA ATENCIÓ  
B PRIMÀRIA MALLORCA

## Abscés cutani

### Definició / Motiu de la consulta



L'abscés cutani és una acumulació de pus a la pell o al teixit subcutani.<sup>1</sup>

Els microorganismes més freqüents que causen els abscessos al tronc, a les extremitats, a les axilles, al cap i al coll, són soques d'estafilococs aureus<sup>12</sup> (MRSA és una de les causes habituals) i estreptococs. Els de la regió perineal contenen microorganismes presents a la matèria fecal, en general anaerobis o una combinació d'aerobis i anaerobis.

### Anamnesi



#### 1) Antecedents personals:<sup>1,3</sup>

- Edat.
- Patologia prèvia i hospitalitzacions recents: obesitat, compromís circulatori o immunitari, diabetis mellitus (alerta si la lesió és a zona genital: sospita de gangrena de Fournier), cellulitis, antecedents de traumatismes, ferides prèvies, cos estrany, etc. Abscessos recorrents i infeccions recents (colonització per MARSÀ).
- Fàrmacs (corticoides, TAO i altres) i al·lèrgies. Antecedents de consum de substàncies per via parenteral (UDVP).
- Estat de les vaccines (Td)

#### 2) Característiques de l'abscés:

- Factors precipitants: pacients amb sobrecreixement bacterià (higiene insuficient, seborrea, etc.), fricció excessiva, radioteràpia...
- Temps d'evolució.

### Valoració<sup>1</sup>



- 1) Estat general. Si hi ha afectació de l'estat general, comprovar constants.
- 2) Control de la temperatura axillar.
- 3) Característiques de la lesió: localització, mida, extensió, dolor, edema i eritema local, calor i sensibilitat al tacte, induració, fluctuació, nombre de lesions, drenatge espontani, necrosi...
- 4) Palpació ganglis limfàtics regionals.

### Diagnòstic



CIM-9 «Celulitis/absceso» (escollir el més adequat segons la clínica)  
NANDA 00046 «Deterioro de la integridad cutánea»



## Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Febre, sospita d'infecció evolucionada.
- Cellulitis disseminada en territoris pròxims a la lesió.<sup>3</sup>
- Abscessos recidivants, recurrents i/o crònics.
- Abscessos de gran extensió.
- Afectació facial, bucal, faringia, perianal, genital, inguinal o articular.

## Intervencions

- Abans de realitzar qualsevol tècnica invasiva explicar el procediment al pacient i obtenir el consentiment verbal.<sup>4</sup>
- El drenatge és l'opció terapèutica d'elecció.<sup>1</sup> Només es pot fer en el període de fluctuació. No s'han de fer maniobres locals agressives ni quirúrgiques en etapes prèvies. Si el drenatge no és possible cal aplicar calor local amb foment humits 24 hores per facilitar-ho (durant 15 minuts, 3-4 vegades al dia). Citar amb la seva infermera de referència.

## Tècnica del drenatge<sup>1</sup>

- Netejar i desinfectar la zona. Netejar la superfície a drenar amb sèrum fisiològic i algun antisèptic (clorhexidina aquosa al 2 %). Si la pell mantén la integritat no alterada: clorhexidina alcohòlica al 2 %. Delimitar el camp estèril.
- Anestèsia: emprar un anestèsic sense vasoconstrictor (per evitar la necrosi dels teixits infectats) per exemple mepivacaina 2 % hidroclorur (scandinibsa®) No es pot administrar sobre el teixit inflammat, aplicar-la en forma de «romboide» al voltant de la zona afectada.
- Incisió: la zona de fluctuació a l'abscés ens indica la localització correcta per a la incisió. En furúncols, cal fer la incisió a la zona de més declivi i de pell necròtica. La incisió ha de ser ràpida amb bisturí (preferentment amb el número 11). Ha de ser àmplia per assegurar que la sortida del pus sigui correcta i completa.
- Drenatge: protegir la zona amb gases. Es recomana emprar ulleres protectores i valorar la necessitat d'utilitzar mascareta i bata impermeable per possibles projeccions de material purulent. Quan comença a sortir el pus, es pot ajudar el drenatge fent pressió cap a la zona d'incisió, evitant espremer en sentit vertical al pla de l'abscés (fariem l'efecte «rellotge de sorra» i empenyeriem el pus a plans profunds).
- Desbridament: introduir una pinça Kocher a la cavitat, obrir-la i tancar-la a l'interior per trencar els possibles envans que s'hi hagin pogut formar i per eliminar restes de teixit necròtic i fibrina.
- Rentat de la cavitat: amb xeringa i abundant sèrum fisiològic per fer pressió.
- Col·locació del drenatge: els abscessos s'han de curar per segona intenció; per evitar que tanqui en fals, és necessari posar un apòsit en tira (exemple: tira d'hidrofibra d'hidrocol·loide o d'alginat) o de gassa. Requereix un apòsit oclusiu o semioclusiu posterior.

## PI01 - Abscés cutani

### Altres intervencions

- En cas de sospitar la necessitat d'antibioteràpia<sup>5</sup> (vegeu «criteris d'actuació conjunta»), es preferible la via oral respecte al tractament tòpic, ja que s'ha associat amb una baixa efectivitat i un increment de resistències.<sup>2,5</sup> Si per les circumstàncies de la situació s'opta pel tractament tòpic, i cal la recepta, el metge o la metgessa de família farà la primera prescripció i infermeria podrà prorrogar o finalitzar la indicació, segons criteri clínic i farmacològic.
- Si es considera la necessitat d'antibiòtic oral cal consultar amb el metge o la metgessa.
- Si hi ha dolor associat, l'analgèsia d'elecció és paracetamol 500 mg c/8 hores o ibuprofè 400 mg c/8 hores (segons l'afectació).
- Profilaxi antitètica, si cal.


### Recomanacions

- Les cures posteriors han de ser periòdiques (24-48 h), amb neteja de sèrum fisiològic i insinuant nous apòsits en tira fins que deixi de sortir material purulent. Més endavant, les cures es poden espaiar fins a la curació total, quan el teixit de granulació reompli la cavitat.
- Es recomana fer un cultiu de la lesió si empitjora després de 48 hores de tractament antibiòtic oral, o si no hi ha resposta al tractament antibiòtic empíric en 5-7 dies.
- Citar per a control i cures posteriors a les 24-72 hores (segons l'abscés).
- Mesures higièniques generals de cura de la pell (per evitar recurrències): higiene diària, rentat reiterat de mans i ungles, tovallola d'ús exclusiu personal, canvi freqüent de roba de contacte (de cotó i ampla), evitar traumes locals, rasurats i desodorants.
- Informar al pacient que si té afectació de l'estat general, febre, cel·lulitis extensa o disseminació de la infecció, aparició de signes de necrosi, hemorràgia o intolerància al tractament, ha de contactar amb el professional urgentment per valorar alternatives de tractament.

### Bibliografia



1. Amat G, Graset M. Abscés cutani. Gestió infermera de la demanda. Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018.
2. Williamson DA, Carter GP, Howden BP. Current and Emerging Topical Antibacterials and Antiseptics: Agents, Action, and Resistance Patterns. *Clinical Microbiology Reviews*, 2017;30(3) 827-860.  
[pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28592405/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28592405/) [consulta: 26 abril 2022].
3. Spelman D, Baddour LM. Cellulitis and skin abscess in adults: Treatment. *UpToDate*; 1 abril 2019.  
[uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment](https://uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment) [consulta: 26 abril 2022].
4. Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.
5. Norman G, Dumville JC, Mohapatra DP, Owens GL, Crosbie EJ. Antibióticos y antisépticos para la curación de heridas quirúrgicas por segunda intención. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3(3):CD011712.  
[cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011712.pub2/information](https://cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011712.pub2/information) [consulta: 26 abril 2022].

<b>Abscés cutani</b>	Acumulació de pus a la pell o al teixit subcutani	
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Edat.</li> <li>▫ Malalties prèvies i hospitalitzacions recents.</li> <li>▫ Fàrmacs i al·lèrgies. Antecedents de consum de substàncies per via parenteral (UDVP).</li> <li>▫ Estat de la vacunació (Td).</li> <li>▫ Abscessos recorrents i infeccions recents.</li> </ul> </li> <li>▪ Característiques de l'abscés:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants.</li> <li>▫ Temps d'evolució.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general. Constants.</li> <li>▪ Control de la temperatura.</li> <li>▪ Característiques de la lesió.</li> <li>▪ Palpació ganglis limfàtics regionals.</li> </ul>	
<b>Diagnòstic CIM-9</b>	<b>NANDA</b>	
«Celulitis/absceso»	00046 «Deterioro integridad cutánea»	
<b>Pla d'actuació</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Afectació de l'estat general. Sospita d'infecció o febre.</li> <li>▫ Cellulitis disseminada en territoris pròxims a la lesió.</li> <li>▫ Abscessos recidivants, recorrents i/o crònics.</li> <li>▫ Abscessos de gran extensió.</li> <li>▫ Afectació facial, bucal, faríngia, perianal, genital, inguinal o articular.</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Abans del drenatge informar i demanar consentiment verbal.</li> <li>▫ El drenatge només es pot fer en el període de fluctuació. Si no és possible drenar: aplicar calor local amb foment humits 24 h per facilitar-ho (durant 15 minuts, 3-4 cada dia).</li> </ul> </li> <li>▪ Tècnica del drenatge:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Neteja i desinfecció de la zona. Delimitació del camp estèril./Anestèsia: mepivacaïna 2 % hidroclozur (scandinibsa®)</li> <li>▫ Incisió: en els abscessos, la zona de fluctuació indica la localització correcta per a la incisió. En furúncols, cal fer la incisió en la zona de més declivi i de pell necròtica. Incisió ràpida i àmplia amb bisturí (es proposa el núm. 11).</li> <li>▫ Drenatge: protegir la zona amb gases. Es recomana l'ús d'ulleres protectores per possibles projeccions de material purulent (mascareta i bata si cal). Quan comença a sortir el pus, es pot ajudar el drenatge fent pressió cap a la zona d'incisió, evitant espremer en sentit vertical al pla de l'abscés.</li> <li>▫ Desbridament: introduir una pinça Kocher a la cavitat, obrir-la i tancar-la a l'interior per trencar els possibles envans que s'hi hagin pogut formar i per eliminar restes de teixit necròtic i fibrina.</li> <li>▫ Rentat de la cavitat: amb xeringa i abundant sèrum fisiològic per fer pressió.</li> <li>▫ Col·locació del drenatge: posar una tira de gassa. Requereix un apòsit oclusiu.</li> </ul> </li> <li>▪ Altres intervencions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ En cas de la sospita de necessitat d'antibioteràpia, (vegeu «criteris d'actuació conjunta»), es preferible la via oral respecte al tractament tòpic, ja que s'ha associat amb una baixa efectivitat i un increment de resistències. Si per les circumstàncies de la situació s'opta pel tractament tòpic, i cal recepta, el metge o la metgessa farà la primera prescripció i infermeria podrà prorrogar o finalitzar la indicació, segons criteri clínic i farmacològic.</li> <li>▫ Si dolor associat, analgèsia. /Profilaxi antitetànica, si cal.</li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Cures periòdiques (24-48 h), amb neteja de sèrum fisiològic i insinuant nous apòsits en tira.</li> <li>▫ Cita per a control i cures posteriors a les 24-72 hores (segons l'abscés).</li> <li>▫ Mesures higièniques generals de cura de la pell.</li> <li>▫ Si afectació de l'estat general, febre, cellulitis extensa o disseminació de la infecció, aparició de signes de necrosi, hemorràgia o intolerància al tractament, contactar amb el professional urgentment.</li> </ul> </li> </ul>		

## Afta oral

### Definició / Motiu de la consulta



Les aftes orals són pèrdues de substància de la mucosa oral. Clínicament, trobarem presència d'una o més úlceres a la mucosa oral, llavis, paladar tou o sòl de la boca, que solen produir dolor, generalment s'autolimiten i cicatritzen en 10-14 dies.<sup>1,2</sup>

Cal diferenciar entre aftes agudes (causes traumàtiques i infeccioses) i recurrents o cròniques (alteracions immunològiques, sistèmiques etc.).<sup>1,3</sup>

### Anamnesi



#### 1) Antecedents personals:

- Embaràs.
- Procediment dentaris<sup>4</sup>(pròtesi, bràquets, pírcings, ortodòncies). Avaluar l'estat de la vacunació de diftèria-tètanus (Td),<sup>5</sup>traumatismes locals (mossegades).
- Consum de tòxics, tabac, alcohol.
- Fàrmacs:<sup>4</sup> immunosupressors,<sup>1</sup>corticoides i/o al·lèrgies o intoleràncies al gluten.
- Malalties/processos de base (hematològiques, reumàtiques, immunosupressió, líquen pla, radioteràpia, quimioteràpia).
- Antecedents previs d'aftes.

#### 2) Característiques de la lesió:

- Factors precipitants:<sup>2</sup> coincidència amb la presa d'algun aliment (cítrics, àcid, llet, marisc, xocolata, nous i formatge...). Estats per carència: hipovitaminosi, dèficit de minerals.
- Temps d'evolució

#### 3) Signes i símptomes acompanyants: lesions a altres localitzacions (genitals...).

### Valoració<sup>1</sup>



#### 1) Estat general.

#### 2) Control de la temperatura corporal.

3) Característiques generals de la lesió. Valorar el nombre, la forma, l'aspecte del fons (net, purulent, necròtic), el color, l'estat de la mucosa perilesional i la presència d'altres lesions. Habitualment hi trobarem: lesions de forma arrodonida, ben delimitada, de color blanquinós, grisós o grogós, amb les vores eritematoses.

4) Localització concreta, com a la mucosa oral, llavis, paladar tou o sòl de la boca.

5) Extensió de la lesió.

## PI02 – Afta oral

6) Valoració d'adenopaties regionals.

7) Característiques del dolor.

### Diagnòstic



CIE-9: 528.2 «Aftas orales»

NANDA: 00045 «Deterioro de la mucosa oral»

00247 «Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral»

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Febre. Signes d'infecció.
- Durada >3 setmanes, tant si és lesió única com múltiple (per avaluar biòpsia).
- Aftes majors d' 1 cm<sup>5</sup> o herpetiformes o hiperpigmentades.
- Aftes recidivants, recurrents (3 vegades en un any) i/o cròniques.
- Adenopaties regionals.
- Aparició de maloclusió o disfàgia.
- Sospita d'infeccions de transmissió sexual (ITS). Coexistència amb lesions a altres localitzacions.
- Sospita d'al·lèrgia alimentària.

### Intervencions

La majoria de les úlceres orals agudes es curen espontàniament, sense que sigui necessari cap tractament específic.<sup>1</sup> Si les úlceres són poc freqüents, lleus i no interfereixen amb les activitats quotidianes, per exemple menjar, el tractament farmacològic pot no ser necessari.

En cas de requerir tractament farmacològic, aquest és simptomàtic<sup>6</sup> i pal·liatiu.

- Tòpics, es pot recomanar una de les opcions següents:
  - Carbenoxolona 2% gel, 1 aplicació cada 8 hores durant 6 dies.<sup>5</sup> Cal tenir en compte possibles efectes secundaris: augment de la TA, edema, hipopotassèmia...
  - Àcid hialurònic tòpic després de les menjades principals durant uns 7 dies, no menjar ni beure 30 minuts després d'aplicar-lo.
  - Anestèsics locals en gels, comprimits per xuclar, esprais...
  - Si lactància o embaràs: emprar col·lutoris (clorhexidina, hexetinida...) i pastes dentals sense lauril sulfat de sodi, ni alcohol per prevenir complicacions i brots.
- Orals: analgèsia si cal, Paracetamol 500gr/8h i/o Ibuprofè 400mg/8h (ajustar segons l'afecció).

### Recomanacions

- Eliminar el factor desencadenant, si és identificat.
- Promoure hàbits de vida saludables (nutrició adequada, no tabac).
- Higiene bucal adequada.

- Evitar agents irritants a l'hora de menjar o beure. Els aliments freds són més ben tolerats que els calents.
- Evitar aliments cítrics, vinagres o altres aliments que exacerbïn el dolor.
- Consultar de nou si aparició de signes d'alerta.
- Contactar amb el professional de referència.

## Bibliografia



1. Amat G, Giner C. Aftes bucal. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona. Institut Català de la Salut. 2018.
2. Riera G, Riera E. La aftosis oral recurrente en Reumatología. *Reumatol Clin.* 2011;7 (5): 323-328. [reumatologiaclinica.org/es-la-aftosis-oral-recurrente-reumatologia-articulo-S1699258X11001732](http://reumatologiaclinica.org/es-la-aftosis-oral-recurrente-reumatologia-articulo-S1699258X11001732) [consulta: 28 abril 2022].
3. Lodi G, Oral lesions. This topic last updated: Dec 4, 2019. Waltham, MA: UpToDate. [uptodate.com/contents/oral-lesions](https://www.uptodate.com/contents/oral-lesions) [consulta: 28 abril 2022].
4. Gonzalez M. Estomatitis aftosa recurrente. *Fisterra* 2019. [fisterra.com/guias-clinicas/estomatitis-aftosa-recurrente/#28104](https://www.fisterra.com/guias-clinicas/estomatitis-aftosa-recurrente/#28104) [consulta: 28 abril 2022].
5. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. Guia d'intervencions d'infermera a Problemes de Salut Urgents. CASAP Castelldefels atenció primària CUAP. Primera edició, febrer de 2014, Primera revisió, gener de 2020.
6. Bonet R, Garrote A. Aftas bucales. *Farmacia profesional* 2015; 29 (1): 27-31. [elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-aftas-bucales-X0213932415727469](https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-aftas-bucales-X0213932415727469) [consulta: 28 abril 2022].



<b>Aftes orals</b>	<p>Les aftes orals són pèrdues de substància de la mucosa oral. Són úlceres de forma arrodonida, ben delimitada, de color blanquinós, grisós o grogós, amb les vores eritematoses, que solen produir dolor, i cicatritzen en 10-14 dies. Cal diferenciar entre aftes agudes (causes traumàtiques i infeccioses) i recurrents o cròniques (alteracions immunològiques, sistèmiques etc.). Les agudes duren menys de sis setmanes.</p>
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Embaràs.</li> <li>▫ Procediment dentari. Estat de les vaccines (Td). Traumatismes locals.</li> <li>▫ Consum de tòxics, tabac, alcohol. Antecedents de consum de substàncies per via parenteral (UDVP).</li> <li>▫ Fàrmacs.</li> <li>▫ Malalties / processos de base.</li> <li>▫ Antecedents previs d'aftes.</li> </ul> </li> <li>▪ Característiques de la lesió:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants.</li> <li>▫ Temps d'evolució.</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants: lesions a altres localitzacions (genitals...).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general.</li> <li>▪ Mesura de la temperatura corporal.</li> <li>▪ Característiques generals de la lesió.</li> <li>▪ Localització concreta, com a la mucosa oral, llavis, paladar tou o sòl de la boca.</li> <li>▪ Extensió de la lesió.</li> <li>▪ Valoració d'adenopaties regionals.</li> <li>▪ Característiques del dolor.</li> </ul>
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>
528.2 «Aftas bucales»	00045 «Deterioro de la mucosa oral» 00247 «Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral»
<b>Pla d'actuació</b>	
<p>Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Afectació estat general, febre.</li> <li>– Signes d'infecció.</li> <li>– Durada &gt; 2 setmanes.</li> <li>– Aftes majors (&gt; 1cm) o herpetiformes.</li> <li>– Aftes recidivants, recurrents (3 vegades en un any) i/o cròniques.</li> <li>– Adenopaties regionals: aparició de maloclusió o disfàgia.</li> <li>– Sospita d'infeccions de transmissió sexual (ITS).</li> <li>– Coexistència amb lesions a altres localitzacions.</li> <li>– Sospita d'al·lèrgia alimentària.</li> </ul> <p>▪ Intervencions</p> <p>La majoria de les úlceres orals agudes es curen espontàniament. En cas de requerir tractament farmacològic, aquest és simptomàtic:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Tòpics, es pot recomanar una de les opcions següents:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Carboxolona 2% gel, 1 aplicació cada 8 hores (possibles efectes secundaris: augment de la TA, edema, hipopotasèmia...)</li> <li>– Àcid hialurònic tòpic després de les menjades principals durant uns 7 dies, no menjar ni beure 30 minuts després d'aplicar-lo.</li> <li>– Anestèsics locals en gels, comprimits per xuclar, esprais...</li> <li>– Si lactància o embaràs: emprar col·lutoris (clorhexidina, hexetidina...) i pastes dentals sense lauril sulfat de sodi, ni alcohol</li> </ul> </li> <li>▫ Orals: analgèsia si cal, Paracetamol 500 g /8 h i/o Ibuprofè 400 mg/8 h (ajustar segons l'afecció).</li> </ul> <p>▪ Recomanacions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Eliminar el factor desencadenant, si és identificat.</li> <li>▫ Promoure hàbits de vida saludables (nutrició adequada, no tabac).</li> <li>▫ Higiene bucal adequada. Evitar agents irritants a l'hora de menjar o beure (millor els aliments freds).</li> <li>▫ Evitar aliments cítrics, vinagres o altres aliments que exacerbin el dolor.</li> <li>▫ Consultar de nou si aparició de signes d'alerta.</li> <li>▫ Contactar amb el professional de referència si no millora en una setmana (pot variar segons l'etiologia).</li> </ul>	

## Anticoncepció d'urgència

### Definició / Motiu de la consulta



L'anticoncepció d'urgència és un procediment en el qual s'administra un medicament que conté substàncies hormonals (progestàgens) per intentar evitar la possibilitat d'un embaràs no desitjat, en els casos següents:

- Ús incorrecte dels mètodes anticonceptius.
- Interrupció del tractament anticonceptiu oral per més temps del que garanteix la seva eficàcia.
- Expulsió parcial o total del DIU coincidint amb el coit de risc.
- Casos de violació.
- Ús recent de fàrmacs teratògens.
- Relacions sexuals en circumstàncies que puguin alterar l'estat de consciència.
- Després d'una relació sexual sense protecció o amb protecció incorrecta, parcial o dubtosa, per falta d'ús dels anticonceptius, accident en l'ús dels preservatius (ruptura, caducitat o pèrdua del preservatiu durant el coit).<sup>1</sup>

### Anamnesi



#### 1) Antecedents personals i familiars:

- Edat.
- Embaràs. Alletament matern.
- Patologia prèvia<sup>2</sup> (malalties psiquiàtriques, síndrome de mala absorció intestinal, tromboembolismes, insuficiència hepàtica greu, antecedents d'embaràs ectòpic, salpingitis, etc.).
- Factors de risc cardiovascular.
- Hàbits tòxics:<sup>2</sup> alcoholisme, tabac, drogues.
- Fàrmacs.<sup>2</sup> Allèrgies farmacològiques (excloure hipersensibilitat al fàrmac i/o excipients).
- Mètode anticonceptiu habitual, ús previ d'anticoncepció d'urgència, avortaments.

#### 2) Característiques de la demanda (anticoncepció d'urgència):

- Factors precipitants: consum de substàncies tòxiques, possibilitat de relació no consentida...
- Temps transcorregut des del coit desprotegit: determinar si el coit desprotegit està dins les 72 hores d'indicació de l'anticoncepció d'urgència amb Levonorgestrel 1,5mg (o 120 hores o 5 dies amb acetat d'ulipristal 30mg, comercialitzat a Espanya des de desembre de 2009, fora de petitori).<sup>2</sup>
- Data de la darrera regla, avaluar la possibilitat d'embaràs.

## PI03 – Anticoncepció d'urgència

### Valoració<sup>1</sup>



- 1) Estat general.
- 2) Maduresa psicològica i emocional en usuàries de 12 a 16 anys(\*).<sup>3</sup>
- 3) Possibles interaccions:<sup>4</sup>
  - Antiepilèptics (carbamazepina, oxcarbamazepina, fenitoïna, fenobarbital, primidona, topiramata).
  - Antifúngics (griseofulvina).
  - Antivirals (nelfinavir, nevirapina, ritonavir).
  - Antiretrovirals (lamivudina, zidovudina, etc.).
  - Antituberculosos (rifabutina, rifampicina).
  - Antibiòtic (ampicil·lina, amoxicil·lina, penicil·lina V, doxiciclina).
  - Plantes medicinals que contenguin herba de Sant Joan (*Hypericum perforatum*).
  - Ciclosporines.

(\*) Es considera menor immadur qualsevol pacient o usuari menor de 16 anys que, segons el criteri del metge i/o del professional sanitari responsable, no tenguin la capacitat intel·lectual o emocional per entendre la informació sanitària que se li facilita i/o l'abast de la intervenció o de l'actuació referent a la seva salut.

### Diagnòstic



CIE-9 V25.03 «Contacto para asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente»  
NANDA 00188 «Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud»  
00161 «Disposición para mejorar los conocimientos»

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o metgessa o altres professionals si:

- En cas d'interaccions farmacològiques (vegeu apartat 3. Valoració). S'aconsella doblar la dosi de la contracepció d'urgència.
- Menor de 12 anys: derivar a la consulta pediàtrica o mèdica.
- Relació no consentida o circumstàncies que puguin alterar l'estat de consciència: derivar a la consulta pediàtrica o mèdica, per activar el circuit de comunicat de lesions i violència.
- Antecedents de tromboembolismes: derivar a la consulta mèdica.
- Embaràs: derivar a la comare de la Unitat d'Atenció a la Dona (UAD).
- Si han passat 72-120 hores del coit: valorar prescripció d'acetat d'ulipristal 30mg (fora de petitori, recepta no finançada).
- Si sospita de risc d'infeccions de transmissió sexual: valorar el diagnòstic i la possible profilaxi.

## PI03 – Anticoncepció d'urgència

### Intervencions

- Només és necessari fer el test d'embaràs en cas de retard de la menstruació.<sup>5</sup>
- Si es tracta d'una menor de 16 anys sense el grau de maduresa adequat, després d'haver-la escoltada, és la persona que la representa legalment la que ha de donar el consentiment (\*)<sup>3</sup>.
- Informar dels efectes secundaris del tractament anticonceptiu d'urgència (dolors abdominals, cansament, nàusees, vòmits, mal de cap, marejos, tensió mamària, alteracions del cicle menstrual, etc.), així com de la eficàcia de la píndola (disminueix a mesura que passa el temps: 95 % en les primeres 24 hores, 85 % en les 24-48 hores). Cal registrar el consentiment oral.
- Subministrar Levonorgestrel 1.500 mcg (1,5 mg) via oral el més aviat possible i abans de les 72 hores del coit.<sup>2,4</sup> S'aconsella la presa davant el professional, si és possible, i cal assegurar-se que no estigui en dejú.
- Si lactància s'ha de recomanar que els comprimits es prenguin just després de donar el pit. El fabricant recomana la interrupció de la lactància durant 8 hores després de la presa del fàrmac, altres autors no aconsellen la interrupció per l'escassa quantitat excretada en la llet.<sup>6</sup>

(\*)El Codi Penal castiga amb caràcter general la realització d'actes de caràcter sexual amb menors de 16 anys. No obstant això, el consentiment lliure de la menor de 16 anys exclourà la responsabilitat penal quan l'autor sigui una persona pròxima a aquesta per edat i grau de maduresa. La L.O. de Protecció Jurídica del Menor estableix que qualsevol persona (inclou el personal sanitari dins l'exercici de les seves funcions), que tengués coneixement de qualsevol fet que pogués ser constitutiu d'un delicte contra la llibertat i identitat sexual d'un menor (per exemple: relacions sexuals de menors de 16 anys, de menors declarats incapaços, etc.) s'ha de posar en coneixement dels seus representants legals, del Ministeri Fiscal i/o del Jutjat de Guàrdia (enviar dins d'un sobre tancat a la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.<sup>1</sup>

### Recomanacions

- Donar informació, acompanyada del fullet, sobre la píndola postcoital i l'ús de preservatiu, accessible [aquí](#).
- Si vomita abans de 3 hores,<sup>2,4</sup> ha de tornar perquè cal prendre una altra dosi perquè no es pot assegurar que s'hagi absorbida.
- Contactar amb el professional de referència:
  - Si el període es retarda més de 5 dies o és més escàs/abundant del que és habitual o si la dona té alguna sospita d'un possible embaràs, s'ha de confirmar amb un test d'embaràs.
- Informar a la persona que l'eficàcia de la medicació per evitar l'embaràs no és fiable al cent per cent.

### Altres recomanacions

- Informar a la usuària que si manté relacions sexuals durant el tractament pot ser que no sigui efectiu.
- La presa de Levonorgestrel 1.500 mcg (1,5 mg) no contraindica la presa de la seva anticoncepció hormonal regular, és a dir, la usuària ha de continuar amb la seva pauta habitual i, en el cas de no tenir la regla durant el període de descans, s'ha de fer un test per descartar un possible embaràs.<sup>7</sup>
- Valorar el seguiment de la comare de la UAD o de la seva infermera de referència per rebre assessorament i fer un control específic de mètodes contraceptius.


## PI03 – Anticoncepció d'urgència

### Bibliografia



1. Decreto 96/2008, de 19 de septiembre, por el que se Regula la prescripción y la dispensación a los centros asistenciales del Servicio de Salud de las Islas Baleares de los medicamentos de intercepción postcoital. BOIB Núm. 139, de 2 de octubre 2008, 17-18.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guías de Práctica Clínica en el SNS . Madrid, 2019: Ministerio de Sanidad-Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Ministerio, 2019. [portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc\\_585\\_anticoncepcion\\_iacs\\_compl.pdf](http://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf) [consulta: 10 maig 2022].
3. Ramis MR, Vidal C, Sans O, Cáceres Y. Aspectes legals en el marc de la consulta jove. 3 ed. Palma de Mallorca: Atenció Primària- Servei de Salut Illes Balears. 2019.
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).Prospecto Levonorgestrel 1,5 mg comprimido. Madrid: AMPS. [cima.aemps.es/cima/publico/home.html](http://cima.aemps.es/cima/publico/home.html) [consulta: 10 maig 2022].
5. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. Guia d'intervencions d'infermeria a Problemes de Salut Urgents CASAP. 1a ed. 2014, 1a rev. 2020. Castelldefels: CASAP, 2020.
6. APILAM. Levonorgestrel anticonceptivo de emergencia. En: e-lactancia.org. APILAM: Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna; 2002 actualizado 13 dic 2019; acceso 26 jun 2020. [e-lactancia.org/breastfeeding/levonorgestrel-emergency-contraceptive/product/](http://e-lactancia.org/breastfeeding/levonorgestrel-emergency-contraceptive/product/) [consulta: 10 maig 2022].
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 3a ed. Ginebra: OMG, 2018. [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1) [consulta: 10 maig 2022].

## PI03 – Anticoncepció d'urgència

<b>Anticoncepció d'urgència</b>	<p>L'anticoncepció d'urgència és un procediment en el qual s'administra un medicament que conté substàncies hormonals (progestàgens) per intentar evitar la possibilitat d'un embaràs no desitjat per a les indicacions següents: ús incorrecte o altres incidències dels mètodes anticonceptius, interrupció del tractament anticonceptiu oral per més temps del que garanteix la seva eficàcia, expulsió parcial o total del DIU coincidint amb el coit de risc, casos de violació, ús recent de fàrmacs teratògens, relacions sexuals en circumstàncies que puguin alterar l'estat de consciència.</p>	
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals i familiars: edat, embaràs, alletament matern, patologia prèvia, factors de risc cardiovascular, hàbits tòxics, fàrmacs, al·lèrgies farmacològiques, mètode anticonceptiu habitual, ús previ d'anticoncepció d'urgència, avortaments.</li> <li>▪ Característiques de la demanda:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants: possibilitat de relació no consentida...</li> <li>▫ Temps transcorregut des del coit desprotegit.</li> <li>▫ Data de la darrera regla, possibilitat d'embaràs.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general.</li> <li>▪ Test embaràs si retard de la menstruació.</li> <li>▪ Maduresa psicològica i emocional en nines de 12 a 16 anys.</li> <li>▪ Possibles interaccions.</li> <li>▪ Doblar la dosi de la contracepció d'urgència si pren: antiepilèptics, antifúngics, antivirals, antiretrovirals, antituberculosos, antibiòtics, plantes medicinals que contenguin herba de Sant Joan, ciclosporines...</li> </ul>	
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>	
V25.03 «Contacto para asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente»	00188 «Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud» 00161 «Disposición para mejorar los conocimientos»	
<b>Pla d'actuació</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o metgessa o altres professionals si:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Interaccions farmacològiques (vegeu apartat 3). Doblar la dosi de la contracepció d'urgència.</li> <li>▫ Menor de 12 anys: pediatra.</li> <li>▫ Relació no consentida o circumstàncies que puguin alterar l'estat de consciència.</li> <li>▫ Antecedents de tromboembolismes.</li> <li>▫ Embaràs: derivar a la comare de la Unitat d'Atenció a la Dona (UAD).</li> <li>▫ Si han passat 72-120 hores del coit: valorar prescripció d'acetat d'ulipristal 30mg (recepta no finançada).</li> <li>▫ Si sospita de risc d'infeccions de transmissió sexual.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Intervencions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Només és necessari fer el test d'embaràs en cas de retard de la menstruació.</li> <li>▫ Si menor de 16 anys sense el grau de maduresa adequat, després d'haver-la escoltada, la persona que la representa legalment es la que ha de donar el consentiment.</li> <li>▫ Informar dels efectes secundaris del tractament anticonceptiu d'urgència, així com de l'eficàcia de la píndola. Registrar el consentiment oral.</li> <li>▫ Subministrar Levonorgestrel 1.500 mcg (1,5 mg) via oral el més aviat possible i abans de les 72 hores del coit . Davant del professional, si és possible, i assegurar-se que no estigui en dejú.</li> <li>▫ Si lactància s'ha de recomanar que els comprimits es prenguin just després de donar el pit.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Recomanacions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Donar informació, acompanyada de fullet, sobre la píndola postcoital i l'ús de preservatiu, accessible <a href="#">aquí</a>.</li> <li>▫ Si vomita abans de tres hores cal tornar per prendre una altra dosi.</li> <li>▫ Contactar amb el seu professional de referència: si el període es retarda més de 5 dies o és més escàs/abundant del que és habitual o si la dona té alguna sospita d'un possible embaràs, caldrà confirmar-ho amb un test d'embaràs.</li> <li>▫ Informar a la usuària que si manté relacions sexuals durant el tractament pot ser que no sigui efectiu. La presa de Levonorgestrel 1.500 mcg (1,5 mg) no contraindica la presa de la seva anticoncepció hormonal regular.</li> <li>▫ Valorar el seguiment de la comare de la UAD o de la seva infermera de referència per rebre assessorament i fer un control específic de mètodes contraceptius.</li> </ul> </li> </ul>		



## Contusió

### Definició / Motiu de la consulta



Lesió que es produeix en el sistema osteo-articular o muscular després d'aplicar una força directa o indirecta.<sup>1</sup>

El tractament ha d'anar en funció de la gravetat del procés i d'altres tipus d'afectacions concomitants.

El motiu de la contusió sol ser casual, però cal una bona anamnesi per descartar qualsevol tipus de violència, incloent-hi la violència de gènere, factors desencadenants com consum d'alcohol o d'altres drogues, accident de trànsit, esportiu o laboral. Si es produeix en l'entorn laboral, esportiu o accident de trànsit, després de la primera valoració, si és possible, cal derivar el pacient a la mútua.

### Anamnesi



1) Antecedents personals i familiars:

- Embaràs.
- Patologia prèvia.
- Fàrmacs<sup>2</sup> i al·lèrgies (anticoagulants, antipsicòtics).

2) Característiques de la contusió:

- Factors precipitants<sup>3</sup>. Mecanisme relatiu a la lesió i localització de la lesió (entorn laboral, trànsit, esportiu), context relacional (situacions de violència, alcohol o altres drogues...).
- Temps d'evolució i data de la contusió.

3) Signes i símptomes acompanyants. Si contusió cranial, cal demanar si hi ha hagut pèrdua de consciència i altres símptomes (vòmits, obnubilació, mareig...).

### Valoració<sup>1</sup>



1) Estat general. Si afectació de l'estat general: constants vitals (TA i FC).

2) Característiques de la lesió:<sup>1</sup> rubor, calor, tumefacció, deformitat, edema, dolor, parestèsies, equimosi, hematoma...

3) Presència d'altres lesions. Estar alerta a les lesions sospitoses d'agressió (diferents lesions de diferents agents causals, de diferent cronograma, hematomes en diferent fase cromàtica, lesions a cara ventral d'avantbraços –característiques de defensa–, etc...).

4) Segons la localització de la lesió:<sup>1,3</sup>

- Graella costal: freqüència respiratòria, saturació d'oxigen, tiratge costal...
- Contusió lumbar: tira d'orina.
- Contusió cranial: nivell de consciència, vòmits...

5) Impotència funcional.

6) Descartar fissura o fractura subjacent.

## PI04 - Contusió

### Diagnòstic



- CIE-9 «Contusión de...» (escollir la que correspongui segons la contusió patida)  
NANDA (Els diagnòstics següents són orientatius, segons la situació del pacient)  
00047 «Riesgo de la integridad cutánea»  
00035 «Riesgo de lesión»

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:

- Afectació de l'estat general.
- Hemorràgia extensa.
- Sospita de lesió subjacent a la contusió. Per exemple:
  - Hematúria en cas de contusió lumbar.
  - Hemoptisi o dispnea en cas d'afectació toràcica.
  - Afectació neurològica (obnubilació, vòmits, cefalea...).
  - Sospita de fractura o fissura.
- Valorar la necessitat de tramitar un «Parte judicial de lesiones».

### Intervencions

- Si ferida: seguir el «Protocol gestió de la demanda de ferida».
- Repòs relatiu de la zona afectada.
- Inicialment fred local.
- Si dolor associat: l'analgèsia d'elecció és paracetamol 500 mg c/8 hores o ibuprofè 400 mg c/8 hores (adequar segons la patologia).
- Immobilització segons la localització i el tipus de lesió.
- Si es tracta d'una contusió secundària a una caiguda: registrar-la al «Protocol registre de caigudes» accessible a e-SIAP.
- Accident o agressió: derivar per fer el «Parte judicial de lesiones».
- Accident laboral: valoració i primera cura. Remetre a la seva mútua laboral.
- Facturació a tercers, si escau.

### Recomanacions

- Explicar les mesures apropiades segons el tipus de contusió.
- Consultar de nou si aparició de signes d'alerta: afectació de l'estat general, dolor no controlat amb analgèsia pautada, parestèsies, signes de compressió vascular, aparició de febre ( $\geq 38$  °C), impotència funcional, molèsties amb la immobilització, aparició d'hematúria o qualsevol altre signe d'alarma.
- En el cas de contusió cranial, tornar a consultar, urgentment, si té afectació de l'estat general, somnolència, pèrdua de força/sensibilitat hemicòs, vòmits...
- Contactar amb el professional de referència.



## Bibliografia



1. Grup de treball de gestió infermera de la demanda. Guia d'intervencions d'infermeria a Problemes de Salut Urgents CASAP 2020. Contusió. 1a ed. 2014. 1a rev. 2020. Castelldefels: CASAP, 2020.
2. Torstensson M, Leth-Møller K, Andersson C, Torp-Pedersen C, Hilmar G, Holm EA, Danish register-based study on the association between specific antipsychotic drugs and fractures in elderly individuals. *Age and Ageing*, 2017; 46 (2): 258-264. doi.org/10.1093/ageing/afw209 [consulta: 12 maig 2022]
3. Amat G, Muniain M. Contusió Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona : Institut Català de la Salut. 2018.

**PIO4 - Contusió**



<b>Contusió</b>	Lesió que es produeix en el sistema osteo-articular o muscular després d'aplicar una força directa o indirecta.	
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals i familiars:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Embaràs.</li> <li>▫ Patologia prèvia.</li> <li>▫ Fàrmacs i al·lèrgies (anticoagulants, antipsicòtics).</li> </ul> </li> <li>▪ Característiques de la contusió:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants. Mecanisme relatiu a la lesió i localització de la lesió (entorn laboral, trànsit, esportiu), context relacional (situacions de violència, alcohol o altres drogues...).</li> <li>▫ Temps d'evolució i data de la contusió.</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants. Si contusió cranial, vòmits, obnubilació, mareig...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general (si afectació: control de TA i FC).</li> <li>▪ Característiques de la lesió: rubor, calor, tumefacció, dolor, parestèsia, equimosi, hematoma.</li> <li>▪ Presència d'altres lesions. Estar alerta a lesions sospitoses d'agressió.</li> <li>▪ Segons la localització de la lesió:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Graella costal: freqüència respiratòria, saturació d'oxigen, tiratge costal...</li> <li>▫ Contusió lumbar: tira d'orínia.</li> <li>▫ Contusió cranial: nivell de consciència, vòmits...</li> <li>▫ Impotència funcional.</li> <li>▫ Descartar fissura o fractura subjacent.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>	
«Contusió de...» (segons la contusió patida)	Els diagnòstics següents són orientatius, segons la situació del pacient: 00047 «Riesgo de deterioro de la integridad cutánea» 00035 «Riesgo de lesión»	
<b>Pla d'actuació</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Afectació de l'estat general.</li> <li>▫ Hemorràgia extensa.</li> <li>▫ Sospita de lesió subjacent a la contusió, per exemple:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hematúria en cas de contusió lumbar.</li> <li>- Hemoptisi o dispnea en cas d'afectació toràcica.</li> <li>- Afectació neurològica (obnubilació, vòmits, cefalea...).</li> <li>- Sospita de fractura o fissura.</li> </ul> </li> <li>▫ Valorar la necessitat de tramitar un «Parte judicial de lesiones».</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Si ferida, seguir el «Protocol gestió de la demanda de ferida».</li> <li>▫ Repòs relatiu de la zona afectada.</li> <li>▫ Inicialment fred local.</li> <li>▫ Si dolor associat: analgèsia.</li> <li>▫ Immobilització segons la localització i el tipus de lesió.</li> <li>▫ Si es tracta d'una contusió secundària a una caiguda, cal registrar-la al «Protocol registre de caigudes», accessible a e-SIAP.</li> <li>▫ Accident o agressió: derivar per fer el «Parte de lesiones».</li> <li>▫ Accident laboral: valoració i primera cura. Remetre a la seva mútua laboral.</li> <li>▫ Facturació a tercers, si escau.</li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Explicar les mesures apropiades segons el tipus de contusió.</li> <li>▫ Tornar a consultar si aparició de signes d'alerta: afectació de l'estat general, dolor no controlat amb analgèsia pautaada, parestèsies, signes de compressió vascular, aparició de febre (<math>\geq 38</math> °C), impotència funcional, molèsties amb la immobilització, aparició d'hematúria o qualsevol altre signe d'alarma.</li> <li>▫ En el cas de contusió cranial, tornar a consultar, urgentment, si té afectació de l'estat general, somnolència, vòmits...</li> <li>▫ Contactar amb el professional de referència.</li> <li>▫ Mesures higièniques generals de cura de la pell.</li> <li>▫ Si afectació de l'estat general, febre, cel·lulitis extensa o disseminació de la infecció, aparició de signes de necrosi, hemorràgia o intolerància al tractament, contactar amb el professional urgentment.</li> </ul> </li> </ul>		

## Cremada

### Definició / Motiu de la consulta



La cremada és una lesió produïda per l'efecte de la calor amb resultat de mort celular i mort dels teixits afectats.

### Anamnesi



#### 1) Antecedents personals:<sup>1,3</sup>

- Edat.
- Patologia prèvia (immunosupressió, malalties cutànies...).
- Fàrmacs i al·lèrgies.
- Estat de les vaccines (Td).

#### 2) Característiques de la cremada:

- Factors precipitants: radioteràpia, tractaments estètics, etc. Cal descartar possibles agressions.
- Mecanisme de la lesió (tèrmica, elèctrica, química, radioactiva, solar...) i localització de la lesió<sup>1</sup> (\*).
- Temps d'evolució: inici, temps de contacte amb l'agent causant.
- Circumstàncies: lloc on ha ocorregut (espai obert/tancat: per excloure lesions en vies aèries).

#### 3) Signes i símptomes acompanyants: dolor, edema, febre...

(\* ) Cal tenir en compte que a les mans, als peus, a la zona perianal i als genitals hi ha un risc major d'infecció i es poden produir efectes secundaris a causa de la colonització bacteriana de la zona; a la cara, al coll i a les zones de flexió-articulacions pot comportar un risc major de seqüeles estètiques i funcionals.

### Valoració<sup>1</sup>



#### 1) Extensió. Si cal, mesurar la superfície corporal total cremada (SCTC). Es poden fer servir diferents mètodes de mesura,<sup>2</sup> com ara:

Regla del 9 de Wallace. Assignació de percentatges segons la part del cos afectada i l'extensió de la cremada.



## PI05 - Cremada

- 2) Grau de la cremada:
  - Cremada epidèrmica o de primer grau: afectació de l'epidermis.
  - Cremada dèrmica superficial o de segon grau superficial: afectació de l'epidermis i dermis papil·lar.
  - Cremada dèrmica profunda o de segon grau profund: afectació de l'epidermis, dermis papil·lar i reticular.
  - Cremada d'espessor total o de tercer grau: afectació de la zona més profunda amb greix, fàscia, múscul...
- 3) Intensitat del dolor.
- 4) Valorar signes d'infecció (edema, calor local, dolor o exsudat purulent).

### Diagnòstic



CIE-9: «Quemadura de...» (escollir el més adequat segons l'afectació)

NANDA: 00046 «Deterioro de la integridad cutánea»  
00045 «Deterioro de la integridad de la mucosa»  
00044 «Deterioro de la integridad tisular»

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:<sup>1,3,4</sup>

- Afectació de l'estat general. Febre o infecció.
- Inhalació de gasos (pot causar un destret respiratori).
- Sospita de xoc hipovolèmic.
- Afectació cranial, facial, esofàgica (ingesta de càustic) o genital.
- Cremades circumferencials del tronc, el coll o les extremitats (síndrome compartimental).
- Cremades de 2n grau > 10 % de superfície corporal.
- Cremades de 3r grau > 2 % de superfície corporal.
- Sospita de maltractaments (lesions sospitoses d'abús físic).<sup>5</sup>
- Intent d'autòlisi.
- Valorar si cal tramitar un «Parte judicial de lesiones».

### Intervencions

- Preparar la zona:<sup>2</sup>
  - Retirar roba i objectes.
  - Reduir la calor local de la zona afectada amb sèrum fisiològic o aigua potable a temperatura ambient. No es recomanable l'ús d'aigua freda o de gel perquè produeix vasoconstricció, accelerant la progressió de la cremada.
  - Netejar: irrigació amb sèrum fisiològic i eixugar sense friccionar.<sup>6</sup>

## PI05 - Cremada

- Analgèsia: el refredament pot alleujar el dolor. En funció de la intensitat del dolor està indicat paracetamol, antiinflamatoris o opioïdes, si és necessari per via intravenosa<sup>2</sup>.
- Cura: (\*)
  - Cremades de 1r grau:
    - Recomanar hidratar la pell i protecció solar durant 15-30 dies.
  - Cremades de 2n grau i 3r grau:
    - Si cremada elèctrica fer un ECG.<sup>3</sup>
    - Valorar constants: temperatura, TA, FC, SatO2, FR, segons l'etiologia i el mecanisme de la cremada.
    - Si hi ha restes epitelials desvitalitzades: netejar amb clorhexidina, i aclarir amb sèrum fisiològic.
    - En cas de flictenes: desbridat si són majors de 6mm, si comprometen la funcionalitat, o si estan rompudes<sup>4,5</sup> (aquesta recomanació està basada en un consens d'experts, perquè hi ha controvèrsia entre els estudis publicats).<sup>2</sup> De totes maneres, la decisió de desbridat o no ha de ser individualitzada per a cada pacient. El desbridament ha de ser més ràpid si la cremada ha estat produïda per productes químics.
    - Cal fer la cura en ambient humit. Per a la cura disposam d'apòsits de cura en ambients humits i de pomades i cremes. L'elecció d'un o l'altre depèn de l'extensió, la profunditat, l'exsudat, la fase, la localització...
      - Si empram apòsits han de ser adaptables i amb la menor adherència a la pell lesionada, ja que disminueixen el dolor i milloren la pell perilesional (taula 1). Els apòsits poden ser indicats per infermeria:

TAULA 1		
Apòsits	Propietats	Indicacions
Alginats	-Gran capacitat de absorció. -Hemostàtic.	Cremades de 2n grau molt exsudatives: cal subjecció secundària.
Hidrogels	Potencia el desbridament enzimàtic i autolític.	En la urgència refreda i calma el dolor.
Poliuretans	-Absorció i retenció exsudat. -Adhesius i no adhesius semipermeables. -Els de silicona són de baixa adherència.	Cremades de 2n grau: -els de silicona respecten el teixit ja epitelitzat, aplicar a lesions amb bon teixit de granulació.
Hidrocol·loides	Absorbents formadors de gel.	Cremades de 2n grau superficial: -l'extrafí indicat a la fase d'epitelització.
Hidrocol·loides amb hidrofibra	-Gran capacitat d'absorció. -Formador de gel.	Cremades de 2n grau exsudatives: -cal apòsit de subjecció.
Antimicrobians	-Bactericida d'ampli espectre. -Alliberadors i no alliberadors de plata.	Cremades de 2n grau amb risc o amb signes d'infecció.
Malles interfase	-Són hidròfobes. -Protegeixen el llit de la ferida i el teixit recent format.	Cremades superficials o cremades amb teixit de granulació.
Amb càrrega iònica	-Bioactius amb Zn, Mn i Ca. -Estimulen la cicatrització.	Lesions amb etapa de granulació i epitelització.
Moduladors de metal·loproteases (MMP)	-Modula l'acció MMP. -Recupera l'activitat de cicatrització.	Cremades amb retràs de la cicatrització.

Si empram pomades o cremes que hagin de menester recepta, la de prescriure el metge o la metgessa. Es podrà prorrogar o finalitzar la indicació des d'infermeria, segons criteri clínic i farmacològic (taula 2).

TAULA 2	
Cremes i pomades	Observacions
Hidrogels i cremes hidratants	Serveixen per recuperar i mantenir la pell.
Pomada de sulfadiazina argèntica	Indicada si hi ha risc d'infecció, el seu efecte antibacterià dura de 8 a 12 hores, perquè sigui efectiva s'ha d'aplicar 2-3 vegades al dia (no fer servir en infants menors de 2 anys ni en dones embarassades).
Pomada collagenasa	Elimina el teixit desvitalitzat. Si no hi ha exsudat s'ha d'aplicar amb hidrogel per potenciar l'acció.
Productes de protecció solar	Per protegir les zones sense epitel·li i evitar decoloracions.

- Cobrir l'àrea curada amb cremes o pomades amb gasa estèril o àposit. Evitar embenats compressius.
- Valorar si profilaxi antitetànica.  
Document de vacunació Td on s'indica com actuar segons el tipus de ferida:  
[caib.es/sites/vacunacions/ca/portada-61395/](http://caib.es/sites/vacunacions/ca/portada-61395/)
- Si analgèsia: paracetamol 500 mg c/8 hores o ibuprofè 400 mg c/8 hores (segons afectació).  
Avaluar la necessitat d'analgèsia més forta.

(\*)L'avaluació i la cura de la cremada s'ha de dur a terme amb màxima asèpsia: guants, gases, rentat de mans i material estèril. Si es tracta d'una cremada per agents químics s'han d'emprar ulleres de protecció.

### Recomanacions

- Higiene corporal amb aigua tèbia, emprar sabó neutre, eixugar suaument la zona de la cremada.
- Protecció solar: aplicar filtre solar amb protecció SPF50+, evitar prendre el sol exposant la zona cremada (com a mínim durant un any).
- Hidratació correcta de la zona.
- No fer servir remeis casolans per disminuir el dolor (pasta de dents, vinagre, oli...).
- Tornar a consultar si apareixen signes d'alerta: augment del dolor, augment de la calor (febres), canvis en l'aspecte de la cremada, parestèsies...<sup>4</sup>
- Contactar amb el professional de referència per fer el seguiment de la cura.

### Bibliografia



1. Amat G, Graset, M. Cremades Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut. 2018.
2. Cabanela JM, Miguel J, López M. Guía Clínica de Quemaduras. 2019. [fisterra.com/guias-clinicas/quemaduras/](http://fisterra.com/guias-clinicas/quemaduras/) [consulta: 24 maig 2022].
3. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. Guia d'intervencions d'infermera a Problemes de Salut Urgents. CASAP Castelldefels atenció primària CUAP. Primera edició, febrer de 2014, Primera revisió, gener de 2020. [casap.cat/wp-content/uploads/2020/02/Gesti%C3%B3-infermera-de-la-demanda-CUAP-2020-breu.pdf](http://casap.cat/wp-content/uploads/2020/02/Gesti%C3%B3-infermera-de-la-demanda-CUAP-2020-breu.pdf) [consulta: 24 maig 2022].
4. Rivero C, Sánchez MR, Domínguez A et al. Protocolo de atención compartida demanda aguda no demorable. Quemaduras. Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2018.
5. Casteleiro M.P., Castro J. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud Guía práctica de lesiones por quemadura. Guía nº 5. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016.

## PI05 - Cremada



**Cremada** La cremada és una lesió produïda per l'efecte de la calor amb resultat de mort celular i mort dels teixits afectats.

Anamnesi	Valoració
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Edat</li> <li>▫ Patologia prèvia (immunosupressió, malalties cutànies...)</li> <li>▫ Fàrmacs i al·lèrgies</li> <li>▫ Estat de la vacunació (Td).</li> </ul> </li> <li>▪ Característiques de la cremada:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants: radioteràpia, tractaments estètics... Descartar possibles agressions.</li> <li>▫ Mecanisme i localització de la lesió.</li> <li>▫ Temps d'evolució: inici i temps de contacte amb l'agent.</li> <li>▫ Causa.</li> <li>▫ Circumstàncies del lloc on ha ocorregut.</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants: dolor, edema, febre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Extensió. Si precisa, mesurar la superfície corporal total cremada (SCTC). Regla del 9 de Wallace.</li> <li>▪ Grau de la cremada.</li> <li>▪ Intensitat del dolor.</li> <li>▪ Valorar signes d'infecció.</li> </ul>

Diagnòstic CIE-9	NANDA
«Quemadura de...» (escollir el més adequat segons l'afectació)	00046 «Deterioro de la integridad cutánea» 00045 «Deterioro de la integridad de la mucosa» 00044 «Deterioro de la integridad tisular»

Pla d'actuació
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Afectació estat general. Febre o infecció.</li> <li>▫ Inhalació de gasos (pot causar un destret respiratori).</li> <li>▫ Sospita de xoc hipovolèmic.</li> <li>▫ Afectació cranial, facial, esofàgica (ingesta de càustic) o genital.</li> <li>▫ Cremades circumferencials del tronc, el coll o les extremitats (síndrome compartimental).</li> <li>▫ Cremades de 2n grau &gt; 10 % de la superfície corporal. Cremades de 3r grau &gt; 2 % de la superfície corporal.</li> <li>▫ Sospita de maltractaments.</li> <li>▫ Intent d'autòlisi.</li> <li>▫ Valorar la necessitat de «Parte judicial de lesiones».</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Preparar la zona: retirar roba i objectes; irrigació amb sèrum fisiològic i eixugar sense friccionar.</li> <li>▫ Cura:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Cremades de 1r grau: hidratació de la pell i protecció solar durant 15-30 dies.</li> <li>▫ Cremades de 2n grau i de 3r grau:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si cremada elèctrica: ECG.</li> <li>○ Valorar constants: temperatura, TA, FC, SatO2, FR.</li> <li>○ Si hi ha restes epitelials desvitalitzades: clorhexidina i aclarir amb sèrum fisiològic.</li> <li>○ En cas de flictenes: desbridat si són majors de 6mm. Si han estat produïdes per productes químics desbridat sempre.</li> <li>○ Cal fer la cura en ambient humit.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Higiene corporal. Hidratació correcta de la zona.</li> <li>▫ Protecció solar.</li> <li>▫ No emprar remeis casolans per disminuir el dolor (pasta de dents, vinagre, oli...).</li> <li>▫ Tornar a consultar si apareixen signes d'alerta.</li> </ul> </li> </ul> <p>Contactar amb el professional de referència per fer el seguiment de la cura.</p>



## Epistaxi

### Definició / Motiu de la consulta



La epistaxi és l'hemorràgia originada a les fosses nasals.<sup>1,2</sup> Es diferencien dues variants clíniques: epistaxi anterior i posterior.

Cada hemorràgia nasal té les seves peculiaritats i tant la seva intensitat i freqüència com la forma de contenir-la dependrà de la zona en què es presenti i de la seva etiopatogènia.

### Anamnesi



#### 1) Antecedents personals i familiars:

- Edat.
- Embaràs.
- Patologia prèvia. Intervencions otorinolaringologia. Història prèvia d'epistaxi.
- Factors de risc cardiovascular: HTA...
- Hàbits tòxics: consum de cocaïna.
- Fàrmacs<sup>2</sup> (anticoagulants, antiagregants i antihipertensius) i al·lèrgies (anestèsia).

#### 2) Característiques de la epistaxi:

- Factors precipitants. Causes:<sup>1,2</sup>
  - Local (erosió, traumatisme, contusió, sequedat mucosa, rinitis, refredat, automanipulació, cos estrany).
  - General (trastorn de la coagulació, HTA i ús de fàrmacs anticoagulants).
- Inici: temps de sagnat.
- Perfil evolutiu: intensitat, durada, freqüència...
- Temps d'evolució.

#### 3) Signes i símptomes acompanyants: mareig, dolor, afectació del nivell de consciència, cefalea, hematèmesi, hemoptisis, sagnat òtic...

### Valoració<sup>1</sup>



- 1) Estat general (coloració de la pell).
- 2) Constants vitals: (TA, FC).
- 3) INR si tractament anticoagulant amb acenocumarol o warfarina.
- 4) Localitzar el punt sagnant:<sup>3</sup> exploració cavitat nasal, cavitat oral i faríngia amb l'ajuda del rinoscopi o de l'otoscopi, i de l'orofaringe amb l'ajuda d'un depressor lingual, per comprovar si existeix sagnat posterior.
- 5) Característiques i quantitat del sagnat. Si és sagnat actiu en el moment.

## Diagnòstic



CIE-9 784.7 «Epistaxis»

**NANDA:** els diagnòstics següents són orientatius, dependrà de la situació del pacient.

- 00099 «Mantenimiento ineficaz de la salud»
- 00004 «Riesgo de infección»
- 00039 «Riesgo de aspiración»
- 00031 «Limpieza ineficaz de las vías aéreas»
- 00132 «Dolor agudo»

## Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:

- Presència de signes d'alerta.
- Epistaxis recidivants, recurrents i/o cròniques.
- Davant la sospita d'epistaxi secundària a crisi hipertensiva<sup>4</sup> (vegeu «Protocol gestió de la demanda crisi HTA»).
- Sospita d'hematèmesi o hemoptisis.
- Sospita d'epistaxi posterior (no aturar el sagnat amb compressió nasal).
- Sagnat bilateral.
- Si és secundària a un traumatisme i hi ha la sospita de fractura nasal.
- Pacients amb trastorns de la coagulació i/o amb tractaments anticoagulants.

## Intervencions

- Tranquillitzar el pacient i explicar-li el procediment a seguir.<sup>1</sup>
- El professional ha d'emprar els elements de protecció individual: màscara, guants, protecció ocular i bata.
- El pacient s'ha d'acostar la barbata al pit (evitar la posició horitzontal).<sup>1</sup>
- Si ha patit una contusió: aplicar gel local.<sup>2</sup>
- Cal fer una compressió mecànica amb dos dits durant deu minuts als narius. El 90% de les epistaxis anteriors poden ser controlades d'aquesta manera. Si no cedeix, cal posar-hi una gasa amarada d'aigua oxigenada. S'aplica la pressió externa i es retira la gasa als quinze minuts. Si així no cedeix, cal fer un tamponament nasal anterior.
- Mocar-se les fosses nasals (primer un costat i després l'altre).
- Tamponament anterior nasal:<sup>3</sup>
  - En primer lloc s'ha de netejar la fossa a tancar, el millor possible.
  - A continuació es pot polvoritzar la fossa amb un esprai anestèsic o la mucosa amb una gasa humitejada amb anestèsic (lidocaïna al 2%), per evitar molèsties al pacient i aconseguir que col·labori més i millor.



<b>Epistaxi</b>	L'epistaxi és l'hemorràgia originada a les fosses nasals. Es diferencien dues variants clíniques: epistaxi anterior i posterior.	
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Edat.</li> <li>▫ Embaràs.</li> <li>▫ Patologia prèvia. Intervencions otorinolaringologia. Història prèvia d'epistaxis.</li> <li>▫ Factors de risc cardiovascular: HTA...</li> <li>▫ Hàbits tòxics: consum de cocaïna.</li> <li>▫ Fàrmacs (anticoagulants, antiagregants i antihipertensius) i al·lèrgies (anestèsia).</li> </ul> </li> <li>▪ Característiques de l'epistaxi:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants. Causes: local (erosió, traumatisme, contusió, sequedat mucosa...) o general (trastorn de la coagulació, HTA...).</li> <li>▫ Inici: temps de sagnat.</li> <li>▫ El perfil evolutiu: intensitat, durada, freqüència...</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants: mareig, dolor, afectació del nivell de consciència, cefalea, hematèmesi, hemoptisis, sagnat òtic...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general (coloració de la pell).</li> <li>▪ Constants vitals: (TA, FC).</li> <li>▪ INR si tractament anticoagulant amb acenocumarol o warfarina.</li> <li>▪ Localitzar el punt sagnant: exploració cavitat nasal, cavitat oral i faríngia.</li> <li>▪ Característiques i quantitat del sagnat. Si és sagnat actiu en el moment.</li> </ul>	
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>	
784.7 «Epistaxis»	Segons la situació del pacient. 00099 «Mantenimiento ineficaz de la salud» 00004 «Riesgo de infección» 00039 «Riesgo de aspiración» 00031 «Limpieza ineficaz de las vías aéreas» 00132 «Dolor agudo»	
<b>Pla d'actuació</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Presència de signes d'alerta.</li> <li>▫ Epistaxis recidivants, recurrents i/o cròniques.</li> <li>▫ Davant la sospita d'epistaxi secundària a crisi hipertensiva (vegeu «Protocol gestió de la demanda crisi HTA»).</li> <li>▫ Sospita d'hematèmesi o hemoptisis.</li> <li>▫ Sospita d'epistaxi posterior (no aturar el sagnat amb la compressió nasal).</li> <li>▫ Sagnat bilateral.</li> <li>▫ Si secundària a traumatisme i hi ha sospita de fractura nasal.</li> <li>▫ Pacients amb trastorns de la coagulació i/o amb tractaments anticoagulants.</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Tranquil·litzar el pacient i explicar-li el procediment a seguir.</li> <li>▫ El professional ha d'emprar elements de protecció individual: màscara, guants, protecció ocular i bata.</li> <li>▫ El pacient s'ha d'acostar barbata al pit (evitar la posició horitzontal). Si ha patit una contusió: aplicar gel local.</li> <li>▫ Cal fer una compressió mecànica amb 2 dits durant 10' als narius. Si no cedeix, cal posar-hi una gasa amarada d'aigua oxigenada, retirar la gasa als 15 minuts. Si així no cedeix, cal fer un tamponament nasal anterior.</li> <li>▫ Mocar-se les fosses nasals (primer un costat i després l'altre).</li> <li>▫ Tamponament anterior nasal: netejar la fossa a tapar, polvoritzar la fossa amb un esprai anestèsic i introduir-hi una gasa estèril vorejada d'1 a 2 cm d'ample i/o un apòsit hemostàtic nasal (disponible a petitori). La gasa/apòsit es pot impregnar amb sèrum, vaselina, aigua oxigenada o àcid tranexàmic (Amchafibrin®). Finalment, col·locar una gasa al vestíbul de la fossa taponada i assegurar-ho exteriorment amb esparadrap.</li> <li>▫ Mantenir el pacient en observació durant 15'.</li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Mantenir el tamponament nasal anterior, un màxim de 2 dies.</li> <li>▫ Informar de possibles molèsties com cefalea, sequedat bucal i epífora (llagrimaig constant).</li> <li>▫ No dur a terme accions que puguin provocar el sagnat de nou.</li> <li>▫ Tornar a consultar si apareixen signes d'alerta (sagnat, febre, HTA...). Contactar amb el seu professional de referència.</li> </ul> </li> </ul>		

- Després s'ha d'introduir una gasa estèril vorejada d'1 a 2 cm d'ample i/o un apòsit hemostàtic nasal (disponible a petitori) dins la fossa nasal. La gasa/apòsit es pot impregnar amb sèrum, vaselina, aigua oxigenada o àcid tranexàmic (Amchafibrin®). Un dels extrems de la gasa s'ha de subjectar amb la mà que sosté el rinoscopi (normalment l'esquerra), amb l'altra, i per mitjà d'una pinça de tamponament (de baioneta), s'ha d'introduir la gasa a la fossa nasal, començant des de la part més posterior cap a l'anterior (com un acordió) i de baix a dalt, de manera que la fossa s'ompli amb la major quantitat de gasa possible i exerceixi la compressió suficient en les parets de la fossa com per cessar l'hemorràgia.
- És útil col·locar una gasa al vestibul de la fossa taponada i assegurar-ho exteriorment amb esparadrap, així s'evita que s'expulsi la gasa en cas d'esternut o per la manipulació del pacient a la zona.
- Una vegada col·locat el tamponament, mantenir el pacient en observació durant quinze minuts.
- Valorar diverses vegades l'orofaringe i assegurar l'absència de sagnat posterior.

### Recomanacions

- Mantenir el tamponament nasal anterior un màxim de 2 dies, en cas que no es sospiti de sagnat posterior. Tornar a avaluar per la infermera de referència. En pacients amb tractament anticoagulant, valorar si s'ha de mantenir més dies.
- Informar de possibles molèsties com cefalea, sequedat bucal i epífora (llagimeig constant).
- No dur a terme accions que puguin provocar el sagnat de nou, per exemple: inclinar el cap, mocar-se, esternudar de manera violenta, fer exercici intens. Seguir una dieta blana i freda. Evitar el consum d'àcid acetilsalicílic, AINEs, tabac i alcohol.
- Tornar a consultar si apareixen signes d'alerta (sagnat, febre, HTA...), cal contactar amb el professional de manera urgent o prioritària.

### Bibliografia



1. Garcia S, Millán J. Guia clínica Epistaxis. Fistera 2016.
2. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. Guia d'intervencions d'infermeria a Problemes de Salut Urgents CASAP. 1ª ed. 2014, 1ª rev. 2020. Castelldefels: CASAP, 2020. [casapcat/wp-content/uploads/2020/02/Gesti%C3%B3-infermera-de-la-demanda-CUAP-2020-breu.pdf](https://casapcat/wp-content/uploads/2020/02/Gesti%C3%B3-infermera-de-la-demanda-CUAP-2020-breu.pdf) [consulta: juny 2022].
3. Alter H. Approach to the adult with epistaxis. This topic last updated: May 22, 2020. Waltham MA: UptoDate. [uptodate.com/index.html?/contents/approach-to-the-adult-with-epistaxis?search=epistaxis&source=search\\_result&selectedTitle=1-150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://update.com/index.html?/contents/approach-to-the-adult-with-epistaxis?search=epistaxis&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1) [consulta: juny 2022].
4. Amat G, Graset M. Epistaxi Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut. 2018.

## Ferida oberta

### Definició / Motiu de la consulta



La ferida és una pèrdua de la continuïtat de la pell o de les mucoses. Pot ser superficial o profunda i afectar més estructures com els músculs, els tendons, els nervis o els vasos.

### Anamnesi



- 1) Antecedents personals:
  - Edat.
  - Malalties i intervencions quirúrgiques prèvies: diabetis, antecedents de cicatrius hipertròfiques o queloides.
  - Fàrmacs (antiagregants, etc.) i al·lèrgies (tenir en compte reaccions als anestèsics).
  - Estat de les vaccines (Td).<sup>1</sup>
- 2) Característiques de la lesió:
  - Factors precipitants. Agent causal (caiguda, traumatisme, agressió, clau rovellat, etc.).
  - Localització i tipus (incisa, contusa, incisa-contusa...).
  - Temps d'evolució.
- 3) Signes i símptomes acompanyants: dolor, hemorràgia activa, signes d'infecció, etc.

### Valoració



- 1) Estat general. Si hi ha afectació de l'estat general, comprovar les constants.
- 2) Zona afectada. Extensió i profunditat.
- 3) Presència de cossos estranys.
- 4) Presència d'altres lesions (fractures, contusions, etc.). Afectació subjacent (afectació tendinosa, etc.)
- 5) Signes d'infecció (dolor, edema, calor local o exsudat purulent).

### Diagnòstic



- CIE-9: «Herida abierta de...», escollir el més adequat segons la clínica.
- NANDA: 00046 «Deterioro de la integridad cutánea»  
0044 «Deterioro de la integridad tisular»  
00132 «Dolor agudo»  
00004 «Riesgo de infección»

## PI07 - Ferida oberta



### Pla d'actuació

Actuació conjunta amb el metge o la metgessa, si: <sup>2,3</sup>

- Afectació de l'estat general Afectació neurològica. Presència d'hemorràgia massiva, o signes d'infecció.
- Ferida produïda per mossegada d'humà o d'animal (alt risc d'infecció).
- Afectació subjacent i afectació a zones estètiques.
- Intent d'autòlisi.
- Valorar si cal fer un «Parte judicial de lesions».

### Intervencions

- Hemostàsia: compressió, elevació del membre...
- Neteja de la ferida: irrigació amb sèrum fisiològic i desinfecció amb clorhexidina 2 %.
- Cura de la ferida:
  - Sense signes d'infecció (ferida neta):
    - Ferida oberta de < 6 hores d'evolució en extremitats i de fins a 24 hores al cap:
      - Valorar anestèsia (\*).<sup>4</sup>
      - Sutura, cal valorar les alternatives següents en funció de las característiques de la ferida:
        - Punts d'aproximació (*steri-strip*).
        - Sutures (seda, grapes o sutura química), segons la taula:

Regió	Sutura cutània	Retirar (dies)
Front i coll	Seda o niló 5-6/0	4-5
Cara	Seda o niló 5-6/0	4-5
Cuir cabellut	Seda o niló 2-3/0	7-9
Parpelles	Seda o niló 6/0	3-5
Orelles	Seda o niló 4-5/0	4-5
Nas	Seda o niló 4/0	4-6
Llavis	Seda o niló 4/0	4-6
Mucosa oral, nasal i llengua	Àcid. poliglicòlic 3/0	
Tòrax posterior	Seda o niló 3-4/0	12-14
Extremitats superiors	Seda o niló 4-5/0	8-10
Dits i polpa del dit	Seda o niló 4-5/0	10-12
Extremitats inferiors	Seda o niló 3-4/0	8-12
Peu	Niló 4/0	10-12
Penis	Àcid. Poliglicòlic 3/0	7-10

Fuente: Ramírez J.I. Modificat del Manual de Cirurgia Menor. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca SF

- Ferida oberta entre 6-12 hores, es considera contaminada i, es podria fer una sutura primària o no. Si es decideix suturar requereix un control més estret per la major incidència de complicacions. Avaluar desbridament (tècnica de Frederick), per retirar teixit inviable.<sup>5</sup> Valorar anestèsia local: subcutània (lidocaïna 2% sc o mepivacaïna a l'1-2 % amb o sense vasoconstrictor adrenalina 1:1.000.000) o tòpica (prolocaïna crema, aplicar 5-10 g de crema 5' abans de suturar), finalment cobrir amb un apòsit, si és necessari.

## PI07 – Ferida oberta

- Ferida oberta entre 12-24 hores d'evolució, es considera ferida infectada, per la qual cosa no s'ha de fer una sutura primària, requereix tancament per segona intenció. Desbridament, si precisa, i cura en ambient humit, amb apòsit semioclusiu. Cal antibioteràpia (a criteri mèdic).
- Amb signes d'infecció o produïda per mossegada d'humà o d'animal:
  - Irrigació abundant.
  - No suturar, però en mossegades d'extensió valorar aproximar les vores.
  - Cura en ambient humit. Valorar la idoneïtat d'apòsits antimicrobians.
  - Derivació mèdica per valorar l'ús d'antibiòtic oral per tractament profilàctic o tractament de la infecció establerta.
  - En cas de mossegada de ratpenat: vacunació antiràbica.
- Si analgèsia paracetamol 500 mg/8 o ibuprofè 400 mg/8 h (segons l'afectació).
- Valorar si profilaxi antitetànica. Document de vacunació Td on s'indica com procedir segons el tipus de ferida:  
[sites/vacunacions/ca/tatan\\_diftaria\\_i\\_tos\\_ferina/archivopub.do?ctrl=MCRST5265ZI268819&id=268819](https://sites/vacunacions/ca/tatan_diftaria_i_tos_ferina/archivopub.do?ctrl=MCRST5265ZI268819&id=268819)
- Cita amb la infermera de referència per control i cures posteriors a les 24-72 hores.

(\*) Anestèsia local (lidocaïna 2 % SC o mepivacaïna a l'1-2 % amb o sense vasoconstrictor. Anestèsia tòpica: prilocaïna/lidocaïna crema, aplicar 5-10 g de crema 5' abans de suturar, finalment cobrir amb un apòsit, si cal.

### Recomanacions

- Si hematoma: recomanar aplicar fred local les primeres hores.
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta: eritema, edema, dolor intens, febre, hemorràgia, parestèsies, signes de compressió vascular i/o afectació de l'estat general.
- Contactar amb el professional de referència.

### Bibliografia



1. De Lemos D. Closure of minor skin wounds with sutures This topic last updated: Jun 28, 2018. Waltham, MA.: UpToDate. [uptodate.com/contents/closure-of-minor-skin-wounds-with-sutures](https://www.uptodate.com/contents/closure-of-minor-skin-wounds-with-sutures) [consulta: 9 juny 2022]
2. Amat G, Giner C. Ferides Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut. 2018.
3. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. Guia d'intervencions d'infermera a Problemes de Salut Urgents. Castelldefels: CASAP. Primera edició, febrer de 2014, Primera revisió, gener de 2020.
4. Agencia española del medicamento y productos sanitarios. Ficha técnica Prilocaïna/lidocaïna crema.  
[geris.es/es/informacion/informativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2012/n-mun\\_jv\\_08-2012/?lang=ca](https://www.geris.es/es/informacion/informativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2012/n-mun_jv_08-2012/?lang=ca) [consulta: 9 juny 2022]
5. Armstrong D, Meyr A. Basic principles of wound management. This topic last updated: Aug 05, 2019. Waltham, MA: UpToDate. [uptodate.com/contents/infectious-complications-of-puncture-wounds?search=basics%20principles%20of%20puncture%20wound%20management&source=search\\_result&selectedTitle=1-150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/infectious-complications-of-puncture-wounds?search=basics%20principles%20of%20puncture%20wound%20management&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1) [consulta: 9 juny 2022]

## PI07 – Ferida oberta



<b>Ferida oberta</b>	La ferida és una pèrdua de la continuïtat de la pell o de les mucoses. Pot ser superficial o profunda i afectar més estructures com músculs, tendons, nervis o vasos.
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals: edat, malalties i intervencions quirúrgiques prèvies (diabetis, antecedents de cicatrius), fàrmacs (antiagregants, etc.), al·lèrgies (anestèsics), Td).</li> <li>▪ Característiques de la lesió: factors precipitants. Agent causal. Localització i tipus.</li> <li>▪ Temps d'evolució.</li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants: dolor, hemorràgia activa, signes d'infecció...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general. Constants.</li> <li>▪ Zona afectada. Extensió i profunditat.</li> <li>▪ Presència de cossos estranys.</li> <li>▪ Presència d'altres lesions (fractures, contusions...). Afectació subjacent (afectació tendinosa...).</li> <li>▪ Signes d'infecció (dolor, edema, calor local o exsudat purulent).</li> </ul>
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>
«Herida abierta de...» (escollir el més adequat segons la clínica)	00046 «Deterioro de la integridad cutánea» 0044 «Deterioro de la integridad tisular» 00132 «Dolor agudo» 00004 «Riesgo de infección»
<b>Pla d'actuació</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Afectació estat general Afectació neurològica. Presència d'hemorràgia massiva, o signes d'infecció.</li> <li>▫ Ferida produïda per mossegada humana o animal (alt risc d'infecció).</li> <li>▫ Afectació subjacent i afectació a zones estètiques.</li> <li>▫ Intent d'autòlisi.</li> <li>▫ Valorar si cal «Parte judicial de lesiones».</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Intervencions:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hemostàsia: compressió, elevació del membre...</li> <li>▫ Neteja de la ferida: irrigació amb sèrum fisiològic i desinfecció amb clorhexidina 2 %.</li> <li>▫ Cura de la ferida:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sense signes d'infecció (ferida neta):                   <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ferida oberta de &lt; 6 hores d'evolució en extremitats i fins a 24 hores al cap: valorar anestèsia. Suturar.</li> <li>○ Ferida oberta entre 6-12 hores, es considera contaminada i es podria fer sutura primària o no. Si es decideix suturar requereix un control més estret per la major incidència de complicacions. Valorar desbridament (tècnica de Frederick), per retirar teixit inviable. Valorar anestèsia local: sc (lidocaina 2 % sc o mepivacaïna a l'1-2 %, amb o sense vasoconstrictor, adrenalina 1:1.000.000) o tòpica (prolocaina crema, aplicar 5-10 g 5').</li> <li>○ Ferida oberta entre 12-24 hores d'evolució, es considera infectada. No s'ha de fer sutura primària, requereix tancament per segona intenció. Desbridament, si precisa, i cura en ambient humit, amb apòsit semioclusiu. Cal antibioteràpia (a criteri mèdic).</li> </ul> </li> <li>• Amb signes d'infecció o produïda per mossegada d'animal o humà: irrigació abundant. No suturar. Però en mossegades d'extensió, valorar aproximar vores. Cura en ambient humit. Valorar la idoneïtat d'apòsits antimicrobians.                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Derivació mèdica per valorar l'ús d'antibiòtic oral. En cas de mossegada de ratpenat: vacunació antiràbica.</li> <li>▫ Si analgèsia paracetamol 500 mg/8 h o ibuprofè 400 mg/8 h (segons afectació).</li> <li>▫ Valorar si profilaxi antitetànica. Document de vacunació Td segons el tipus de ferida: <a href="http://caib.es/sites/vacunacions/ca/tutor_diffrana_mes_ferida/archivapub.do?ctrl=MCST526521268319&amp;id=268819">caib.es/sites/vacunacions/ca/tutor_diffrana_mes_ferida/archivapub.do?ctrl=MCST526521268319&amp;id=268819</a></li> <li>▫ Cita amb la infermera de referència per control i cures posteriors a les 24-72 hores.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ <b>Recomanacions:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Si hematoma: recomanar aplicar fred local les primeres hores.</li> <li>▫ Consultar de nou si apareixen signes d'alerta: eritema, edema, dolor intens, febre, hemorràgia, etc. Contactar amb el professional de referència.</li> </ul> </li> </ul>	

## Insomni

### Definició / Motiu de la consulta



L'insomni es defineix com «un trastorn caracteritzat essencialment per la presència de dificultats per conciliar i/o mantenir el son al llarg de la nit o la sensació de tenir un son poc reparador, el que es tradueix en una afectació de la qualitat de la vigília i en la presència de malestar clínicament significatiu. Aquestes dificultats han d'ocórrer al menys 3 vegades a la setmana i estar presents durant un mínim de 3 mesos, en absència d'una malaltia mèdica o d'una alteració psicopatològica que ho justifiqui, tot i que la persona tengui oportunitats i circumstàncies adequades per dormir».<sup>1</sup>

### Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
  - Edat.
  - Patologia prèvia (depressió, trastorn d'ansietat generalitzat, trastorn de pànic, deliri, esdeveniments estressants).
  - Fàrmacs de prescripció recent i consum de substàncies que poden relacionar-se amb l'augment de l'ansietat i repercutir amb l'insomni:<sup>2</sup>
    - Estimulants del SNC: cafeïna, metilfenidat, amfetamines i modafinil.
    - Antidepressius (només alguns: IMAO, fluoxetina, bupropió, venlafaxina, protriptilina.
    - Broncodilatadors com la teofil·lina.
    - BloCADORS  $\beta$ .
    - Glucocorticoides.
    - Alcohol i tabac.
    - Descongestius nasals.
  - Al·lèrgies.
- 2) Característiques de l'insomni:
  - Factors precipitants: consum de substàncies estimulants, estrès, sopars abundants, sesta...
  - Temps d'evolució d'alteració del son: des de quan i nombre de vegades a la setmana.
- 3) Signes i símptomes acompanyants:<sup>3</sup>
  - Clínica acompanyant: alteracions gastrointestinals/respiratòries/cefalea/àlgies...
  - Repercussions diürnes: cansament, irritabilitat, disfòria, cefalea, estat d'ànim deprimit...
  - Presència d'altres símptomes durant la nit: alteració de la respiració durant el son (roncador, apnea), malsons, somnambulisme, parestèsies o disestèsies nocturnes...

### Valoració



- 1) Hàbits del son. Explorar els hàbits del son habituals: horaris de posar-se al llit i de llevar-se, temps que es tarda a adormir-se, vegades que es desperta, temps que es desperta abans de l'hora d'aixecar-se, hores que passa dormint, nits a la setmana que passa, hores de son diürn (migdiades), on es dorm, problemes de soroll, temperatura o llum ambientals, interrupcions...<sup>3</sup>
- 2) Situacions desencadenants: canvis de feina, canvi d'horaris, torns, canvi d'hàbits, situacions, dol...<sup>3</sup>



## PI08 - Insomni

- 3) De vegades, la informació de la persona que dorm amb el pacient és fonamental, ja que ens permet conèixer si hi ha signes de moviments anormals o si fa apnees, entre altres. Si no és possible fer l'entrevista a la família, és important preguntar al pacient si en alguna ocasió algun familiar l'ha informat d'aquests aspectes. També els acompanyants ens poden facilitar informació per conèixer les repercussions de l'insomni en els diferents àmbits de la vida de la persona.<sup>3</sup>

### Diagnòstic



- CIE-9:** 780.5.2 «Insomnio»  
780.5 «Trastorno del sueño»  
780.5.5 «Inversión ritmo del sueño»
- NANDA:** 00095 «Insomnio»  
00096 «Deprivación del sueño»  
00165 «Disposición para mejorar el sueño»  
00198 «Trastorno del patrón del sueño»

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Insomni agut (menys de 3 mesos) que no respon a mesures d'higiene del son i que pot precisar tractament farmacològic.<sup>5</sup>
- Insomni crònic (més de 3 mesos) que no respon a mesures d'higiene del son i/o teràpia cognitivo-conductual o que precisi tractament farmacològic.
- Sospita d'insomni secundari a altres malalties o símptomes:
  - Presència de dolor agut o crònic.
  - Malalties coronàries.
  - Asma o malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).
  - Hipertiroïdisme.
  - Malaltia per reflux gastroesofàgic (mrge) o úlceres estomacals.
  - Nictúria (prostatisme).
  - Problema de salut mental.
  - Sospita SAHOS (roncs i pauses respiratòries durant el son).<sup>5</sup>
  - Síndrome de cames inquietes.
- Altres tipus de trastorns del son:
  - Malsons: despertaments nocturns repetits amb el record de somnis terrorífics.
  - Terrors nocturns: despertaments repetits amb el record o no del contingut del malson.
  - Somnambulisme: si l'individu s'aixeca i camina durant el son sense estar despert.

### Intervencions

- Mesures d'higiene del son:<sup>5,6</sup>  
Si és un insomni persistent no associat a cap malaltia, cal donar un consell breu al pacient sobre «Mesures d'higiene del son» (\*) i informació escrita disponible a:  
[ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1487/2018-que-fer-insomni.pdf](https://ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1487/2018-que-fer-insomni.pdf)

(\*) Generalment, aquestes mesures soles no permeten resoldre quadres d'insomni, però es recomanen com a coadjuvants d'altres intervencions terapèutiques.

- Mesures farmacològiques:<sup>7</sup>  
Si no és suficient amb les «Mesures d'higiene del son» es poden recomanar els tractaments següents (fàrmacs d'indicació infermera):
  - Melatonina <2mg/dia, no més de 4 setmanes (contraïndicada en insuficiència hepàtica).
  - Infusió de valeriana: 2-3 g o equivalent de l'extracte.
  - Fàrmacs de prescripció mèdica, si calen. Cal recordar que l'ús d'aquets fàrmacs només estan indicats entre 2 i 4 setmanes.

### Recomanacions

- Evitar situacions i factors desencadenants (consum de substàncies estimulants, estrès, sopars abundants, sesta...).
- Consultar de nou si no millora.
- Contactar amb el professional de referència per valorar la teràpia cognitivo-conductual.

### Bibliografia



1. APA. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5a. Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Bonnet M, Arand D. Risk factors, comorbidities, and consequences of insomnia in adults. This topic last updated: Dec 11, 2019. Waltham, MA.: UpToDate. [uptodate.com/contents/risk-factors-comorbidities-and-consequences-of-insomnia-in-adults](https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-comorbidities-and-consequences-of-insomnia-in-adults) [consulta 13 juny 2022].
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-1.
4. Amat G, Graset, M. Insomni. Adults Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona. Institut Català de la Salut. 2018.
5. Eguía V. M., Cascante J. A.. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño: Concepto, diagnóstico y tratamiento médico. Anales Sis San Navarra . 2007; 30 (Suppl 1): 53-74. [scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-65272007000200005&lng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-65272007000200005&lng=es) [consulta 13 juny 2022].
6. Vidal-Thomàs MC , Yañez-Amoros B , Torrens I , Torres-Solera E , Esteva M . Conocimientos y actitudes de las enfermeras de Atención Primaria sobre el manejo del paciente con insomnio. Enferm Clin 2017; 27:186-92.
7. Alberdi J, Castro C, Pérez L, Fernández A. Trastornos de insomnio. Fisterra, 2016. [fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-de-insomnio/](https://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-de-insomnio/) [consulta 13 juny 2022].



**Insomni**

L'insomni es defineix com «un trastorn caracteritzat essencialment per la presència de dificultats per conciliar i/o mantenir el son al llarg de la nit o la sensació de tenir un son poc reparador, el que es tradueix en una afectació de la qualitat de la vigília i en la presència de malestar clínicament significatiu. Aquestes dificultats han d'ocórrer al menys 3 vegades a la setmana i estar presents durant un mínim de 3 mesos, en absència d'una malaltia mèdica o d'una alteració psicopatològica que ho justifiqui, tot i que la persona tenguí oportunitats i circumstàncies adequades per dormir».

Anamnesi	Valoració
----------	-----------

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals i familiars:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Edat.</li> <li>▫ Patologia prèvia (depressió, trastorn d'ansietat generalitzat, trastorn de pànic, deliri, esdeveniments estressants).</li> <li>▫ Fàrmacs de prescripció recent i consum de substàncies que poden relacionar-se amb l'augment de l'ansietat i repercutir amb insomni com: estimulants del SNC, antidepressius (només alguns com IMAO, fluoxetina, bupropió, venlafaxina, protriptilina), broncodilatadors com la teofililina, bloquejadors β, glucocorticoides, alcohol, tabac, descongèstius nasals...</li> <li>▫ Al·lèrgies.</li> </ul> </li> <li>▪ Característiques de l'insomni:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants: consum de substàncies estimulants, estrès, sopars abundants, sesta...</li> <li>▫ Temps d'evolució de l'alteració del son.</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants:<sup>5</sup> clínica acompanyant, repercussions diürnes, altres símptomes durant la nit: alteració de la respiració durant el son (roncador, apnea, etc.).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hàbits del son. Explorar hàbits del son habituals.</li> <li>▪ Situacions desencadenants: canvis de feina, d'horaris, d'hàbits, situacions, dol...</li> <li>▪ La informació de la persona que dorm amb el pacient és fonamental. Si no és possible fer l'entrevista a la família, és important preguntar al pacient si en alguna ocasió algun familiar l'ha informat d'aquests aspectes.</li> </ul> |
|---|---|

Diagnòstic CIE-9	NANDA
------------------	-------

- |   |   |
|---|---|
| <p>780.5.2 «Insomnio»<br/>       780.5 «Trastorno del sueño»<br/>       780.5.5 «Inversión ritmo del sueño»</p> | <p>00095 «Insomnio»<br/>       00096 «Deprivación del sueño»<br/>       00165 «Disposición para mejorar el sueño»<br/>       00198 «Trastorno del patrón del sueño»</p> |
|---|---|

**Pla d'actuació**

- Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:
  - Insomni agut (menys de 3 mesos) que no respon a mesures d'higiene del son i pot precisar tractament farmacològic.
  - Insomni crònic (més de 3 mesos) que no respon a mesures d'higiene del son i/o teràpia cognitivo-conductual o que precisa tractament farmacològic.
  - Sospita d'insomni secundari a altres malalties o símptomes: SAHOS, MPOC...
  - Altres tipus de trastorns del son: malsons, terrors nocturns, somnambulisme...
- Intervencions:
  - «Mesures d'higiene del son»: si és un insomni persistent no associat a malaltia donar un consell breu al pacient sobre «Mesures d'higiene del son» i informació escrita: [ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1487/2018-que-fer-insomni.pdf](https://ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1487/2018-que-fer-insomni.pdf)
  - Mesures farmacològiques: Si no és suficient amb les mesures d'higiene (fàrmacs d'indicació infermera): melatonina <2mg/dia no més de 4 setmanes (contraindicada en insuficiència hepàtica). Infusió de valeriana 2-3 g o equivalent de l'extracte. Fàrmacs de prescripció mèdica, si calen. Recordar que l'ús d'aquets fàrmacs només estan indicats entre 2-4 setmanes.
- Recomanacions
  - Evitar situacions i factors desencadenants (consum de substàncies estimulants, estrès, sopars abundants, sesta...).
  - Consultar de nou si no millora.
  - Contactar amb el professional de referència per valorar la teràpia cognitivo-conductual.

## Picada

### Definició / Motivo de la consulta



Lesió produïda, principalment, per insectes, altres artròpodes (aranyes...) o animals marins, que poden injectar substàncies tòxiques que actuen de manera local i/o sistèmica.

### Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
  - Edat.
  - Afecció prèvia (problemes de salut, reaccions a picades prèvies, mastocitosis...).
  - Fàrmacs i al·lèrgies: al·lèrgies a verins d'insectes i/o altres animals, medicació (anticoagulants orals, immunosupressores).
- 2) Característiques de la picada:
  - Mecanisme i tipus. Esbrinar, si és possible, quin animal l'ha provocada (paparra, puça, abella, medusa, peix aranya, eriçó, etc.), i en quin entorn s'ha produït (rural, etc.). En cas de viatges a països amb malària o Zika endèmics: cal descartar la picada pel mosquit *Anopheles* o *Aedes*, no presents en el nostre entorn.
  - Temps d'evolució/hora de contacte per poder valorar signes i símptomes d'aparició tardana.
- 3) Signes i símptomes acompanyants: ansietat, urticària, febre, xoc anafilàctic... (vegeu la taula 1).

### Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Constants (TA, FC, temperatura corporal), segons l'estat. Si afectació estat general, febre, cefalea intensa, vòmits, etc., es pot sospitar que hi ha afectació sistèmica.<sup>1</sup>
- 3) Si dispnea: FR, SAT O<sub>2</sub>, valorar úvula. Descartar possible reacció anafilàctica.<sup>1,2</sup>
- 4) Característiques de la lesió: localització, extensió, nombre i tipus de lesions (placa urticariforme, vesícula, pústula, pàpula), dolor, edema, rubor i calor. En la taula 1 es mostra el tipus de lesió segons l'animal causant de la picada.<sup>1,3</sup>

TAULA 1. Tipus de lesió segons l'animal causant de la picada	
Animal	Lesió
Abella, borinot i vespa(*)	Pàpula inflamatòria dolorosa que se sol resoldre en poques hores.
Mosquit i tàvec	Pàpula urticariforme. Lesions no agrupades (cada mosquit pica una sola vegada).
Eruga de papallona	Conjunt de pàpules pruriginoses urticariformes produïdes per contacte o penetració dels seus pèls en la pell. No causa símptomes sistèmics i sempre són de caràcter lleu.
Xinxà	Piquen a la nit i produeixen lesions agrupades. Lesió: pàpules múltiples amb punt hemorràgic central.
Puça	Les picades estan agrupades i són produïdes per un mateix insecte.
Vídua negra europea	La mossegada sol passar desapercebuda, però als 30-40 minuts apareix una placa urticariforme amb un halo eritematós, juntament amb dos punts d'inoculació (senyals dels quelícers). La lesió local s'acompanya de dolor i dels primers símptomes sistèmics: sudoració i agitació (estimulació autonòmica). Adenopatia satèl·lit.
Aranya marró o dels racons	La picada és poc dolorosa i produeix una lesió consistent en dos punts d'entrada en un àrea edematosa i eritematosa que envolta posteriorment d'un halo blavós. Al cap de dies, poden aparèixer vesícules i butllofes que deixen lloc a una úlcera necròtica d'evolució tòrpida.
Taràntula europea	Present en el litoral mediterrani (espècie de petita grandària). Les mossegades no són freqüents perquè és de naturalesa poc agressiva.
Escorpió (groc i negre)	Present en tota la península Ibèrica. La seva toxina és neurotòxica. Les manifestacions sistèmiques greus en el nostre mitjà són pràcticament inexistent.
Paparra	Pàpula pruriginosa que pot desaparèixer espontàniament en 48 h o evolucionar a una escara necròtica d'evolució tòrpida que tendeix a sobreinfectar-se per rascat de la zona.
Centpeus (escolopendres)	Lesions puntiformes en el cas de l'escolopendra envoltades d'halo eritematós, amb dolor, prurit i edema. Poden produir limfangitis i adenopaties regionals. El centpeus expelleix una secreció repellent dermatòxica d'escassa repercussió local.
Peix aranya, escorpió marí	Dolor molt intens que tendeix a irradiar-se, que arriba al màxim en 60-90 minuts i dura entre 12-24 h, encara que pot perllongar-se moltes més. Al voltant de la picada apareix eritema, edema i necrosi ocasionalment. Són rares les manifestacions sistèmiques: agitació, nàusees, lipotímia, i solen ser produïdes més pel dolor que per la toxina (aranya).
Medusa	Maculopapular eritematosa que s'acompanya de prurit i sensació urent de distribució lineal (tipus zòster). En algun cas poden aparèixer vesícules i fins i tot escares necròtiques d'evolució tòrpida. Les lesions solen autolimitar-se en poques hores.



### Diagnòstic

**CIE-9:** triar el més adequat segons l'afectació:  
 910.4 «Picadura insecto común cara/cuello/cuero cabelludo-sin infección»  
 919.4 «Picadura de insecto sin infección-otro sitio/múltiples/neom»  
 905.2 «Picadura escorpión»  
 905.4 «Picadura ciempiés»  
 995.0 «Otro shock anafiláctico»

**NANDA:** el diagnòstic següent és orientatiu, segons la situació del pacient:  
 00046 «Deterioro de la integridad cutánea»



## Pla d'actuació

Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si: <sup>23</sup>

- Afectació de l'estat general. Febre.
- Síntomes com: cefalea intensa d'inici sobtat, nàusees, vòmits.
- Afectació oral, ocular, auditiva, muscular, neurològica o articular.
- Antecedents d'allèrgia a alguns animals.
- Reacció greu, hipersensibilitat, sospita de xoc anafilàctic.

## Intervencions

- Retirar joies i roba que oprimeixi la zona.
- Retirar restes d'animal en el cas de:
  - Abella: retirar l'agulló sense pressionar perquè segueix inoculant verí. Ha de fer-se gratant l'agulló des de la base.
  - Medusa: retirar les restes de l'animal sense fregar i mai amb aigua dolça, es pot emprar sèrum salí.
  - Eruga: retirar els pèls amb una tira d'espardenya.
  - Paparra: retirar-la amb pinces amb tracció suau i contínua a fi de treure el cap, no aplicar cap producte per evitar la regurgitació de material del tub digestiu de la paparra, perquè s'associa amb una major taxa de complicacions infeccioses.
  - Eriçó de mar: les pues es fraccionen en clavar-se, poden extreure's sempre que siguin visibles i estiguin en zones de suport o innervades amb una agulla/pinça. Alternativament, es poden aplicar compreses amarades de vinagre o emprar una fórmula magistral amb àcid salicílic 25 g, essència de trementina 25 g, lanolina anhidra 50g. Tapar la zona entre 3-12 h.
- Netejar la pell amb aigua i sabó o sèrum fisiològic. Desinfectar la zona amb clorhexidina.
- Aplicar fred local, excepte en casos excepcionals de picades de peix aranya i escorpí marí: amarrar la zona afectada amb aigua calenta / sèrum fisiològic calent 30-90 minuts, atès que és una toxina termolàbil.
- Si prurit intens local: les locions de calamina o amoníac poden alleujar. També pot aplicar-se pomada amb corticoide de potència feble (hidrocortisona acetat a l'1 %, 1 aplicació c / 8-12 h, màxim fins a 7 dies (fotosensible, precaució a l'exposició solar). En el cas de necessitar recepta, el metge o la metgessa ha de fer la primera prescripció i es podrà prorrogar o finalitzar la indicació per part d'infermeria, segons criteri clínic i farmacològic. Si la simptomatologia de prurit és molt intensa, o no millora amb el tractament tòpic contactar amb el metge o la metgessa per valorar tractament farmacològic amb un antihistamínic: loratadina 10 mg/24 h o cetirizina 10 mg/24 h o un altre fàrmac.
- Si analgèsia: paracetamol 500 mg/8 h o ibuprofè 400 mg/8h (adequar segons l'afectació).
- Si signes d'infecció local (exsudat purulent): àcid fusídric 2 % (si no evoluciona bé: mupirocina cada 8 h, màxim 7 dies). En el cas de necessitar recepta, el metge o la metgessa ha de fer la primera prescripció i es podrà prorrogar o finalitzar la indicació per part d'infermeria, segons criteri clínic i farmacològic. No aplicar corticoides tòpics.
- Profilaxi antitetànica, si és necessari.



## Recomanacions

- Evitar situacions i factors desencadenants.
- Consultar si apareixen signes d'alerta.
- Contactar amb el professional de referència.

## Bibliografia



1. Piñeiro Pérez R, Carabaño Aguado I. Maneig pràctic de les picades d'insectes en Atenció Primària. Rev Pediatr Lliguin Primària. 2015, 17: 159-66.
2. Grup de treball de gestió infermera de la demanda. Guia d'intervencions d'infermeria a Problemes de Salut Urgents CASAP 2020. 1ª ed. 2014. 1ª rev. 2020. Castelldefels: CASAP, 2020.
3. Amat G, Torres M. "Picada la pell" Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Institut Català de la Salut. 2018.
4. Nieto I, Canals M, Pedrera C. Picaduras de insectos. Fistera 2016. [fistera.com/guias-clinicas/picaduras-insectos/#1286](http://fistera.com/guias-clinicas/picaduras-insectos/#1286) [consulta: 14 juny 2022].
5. Irigoyen-Còria A. Cinco preguntas esenciales sobre el virus de Zika que los médicos de familia Deberían responder a sobre pacientes. Atención Familiar.2016; 23 (2): 37-38. [elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-cinco-preguntas-esenciales-sobre-el-s140588711600002x](http://elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-cinco-preguntas-esenciales-sobre-el-s140588711600002x) [consulta: 14 juny 2022].
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de actuación ante la picadura de garrapata.. 1ª rev 2017 Madrid, Ministerio de Sanidad, 2016. [saei.org/documentos/biblioteca/biblioteca-capitula-358-capitulos-23865.pdf](http://saei.org/documentos/biblioteca/biblioteca-capitula-358-capitulos-23865.pdf) [consulta: 14 juny 2022].

PI09 - Picada



<b>Picada</b>	Lesió produïda, principalment, per insectes, altres artròpodes (aranyes...) o animals marins, que poden injectar substàncies tòxiques que actuen de manera local i/o sistèmica.
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals i familiars:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Edat.</li> <li>▫ Malaltia prèvia (problemes de salut, reaccions a picades prèvies, mastocitosi...)</li> <li>▫ Fàrmacs i al·lèrgies (anticoagulants orals, immunosupressores).</li> </ul> </li> <li>▪ Característiques de la picada:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Mecanisme i tipus. Animal que l'ha provocada i entorn. Viatges a zones endèmiques.</li> <li>▫ Temps d'evolució/hora del contacte.</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants: ansietat, urticària, febre, xoc anafilàctic...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general.</li> <li>▪ Constants (TA, FC, temperatura corporal) segons estat.</li> <li>▪ Si dispnea: FR, SAT O2, valorar úvula. Descartar possible reacció anafilàctica.</li> <li>▪ Característiques de la lesió: localització, extensió, nombre i tipus de lesions (placa urticariforme, vesícula, pústula, pàpula), dolor, edema, rubor i calor. En la taula 1 es mostra el tipus de lesió segons la picada de l'animal.</li> </ul>
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>
<p>Triar el més adequat segons l'afectació:</p> <p>910.4 «Picadura insecto común cara/cuello/cuero cabelludo-sin infecció»</p> <p>919.4 «Picadura de insecto sin infecció-otro sitio/múltiples/neom»</p> <p>905.2 «Picadura escorpión»</p> <p>905.4 «Picadura ciempiés»</p> <p>995.0 «Otro shock anafiláctico»</p>	<p>El diagnòstic següent és orientatiu, dependrà de la situació del pacient:</p> <p>00046 «Deterioro de la integridad cutánea»</p>
<b>Pla d'actuació</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Afectació de l'estat general (febre).</li> <li>▫ Símptomes com: cefalea intensa d'inici sobtat, nàusees, vòmits.</li> <li>▫ Afectació oral, ocular, auditiva, muscular, neurològica o articular.</li> <li>▫ Antecedents d'allèrgia a animals.</li> <li>▫ Reacció greu hipersensibilitat.</li> <li>▫ Sospita de xoc anafilàctic.</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Retirar joies i roba que oprimeixin la zona.</li> <li>▫ Retirar restes d'animal en el cas de:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abella: retirar l'agulló sense pressionar perquè segueix inoculant verí. S'ha de fer gratant l'agulló des de la base.</li> <li>○ Medusa: retirar les restes de l'animal sense fregar i mai amb aigua dolça, es pot utilitzar sèrum salí.</li> <li>○ Eruga: retirar els pèls amb una tira d'espardenya.</li> <li>○ Paparra: retirar-la amb pinces amb tracció suau i contínua a fi de treure el cap, no aplicar cap producte per evitar la regurgitació de material del tub digestiu de la paparra, perquè s'associa a una major taxa de complicacions infeccioses.</li> <li>○ Eriçó de mar: les pues es fraccionen en clavar-se, poden extreure's sempre que siguin visibles i estiguin en zones de suport o innervades amb una agulla/pinça. Alternativament, es poden aplicar compreses amarades amb vinagre o emprar una fórmula magistral amb àcid salicílic 25 g, essència de trementina 25 g, lanolina anhidra 50 g. Tapar la zona entre 3-12 h.</li> </ul> </li> <li>▫ Netejar la pell amb aigua i sabó o SF. Desinfectar la zona amb desinfectants (clorhexidina).</li> <li>▫ Aplicar fred local, excepte casos excepcionals de picades de peix aranya i escorpió marí: amarrar la zona afectada amb aigua calenta / SF calenta 30-90 minuts, atès que és una toxina termolàbil.</li> <li>▫ Si prurit intens local: les locions de calamina o amoniac el poden alleujar. També pot aplicar-se pomada amb corticoide de potència feble. Si no millora, contactar amb el metge o la metgessa per valorar tractament.</li> <li>▫ Els preparats d'amoniac poden neutralitzar el verí, són més efectius si s'administren immediatament.</li> <li>▫ Si analgèsia: paracetamol 500 mg/8 h o ibuprofè 400 mg/8h.</li> <li>▫ Si signes d'infecció local (exsudat purulent): àcid fusídric 2 %. En el cas de necessitar recepta, el metge o la metgessa ha de fer la primera prescripció i es podrà prorrogar o finalitzar la indicació per part d'infermeria, segons criteri clínic i farmacològic. Si no evoluciona bé: mupirocina c/8 h.</li> <li>▫ Profilaxi antitetànica, si és necessari.</li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Evitar situacions i factors desencadenants.</li> <li>▫ Consultar si apareixen signes d'alerta.</li> <li>▫ Contactar amb el professional de referència.</li> </ul> </li> </ul>	



## Tapón cerumen

### Definición / Motivo de la consulta



El tapón de cerumen es una acumulación de cerumen o de partículas externas que han entrado en el conducto auditivo externo. Si no se extrae, puede provocar pérdida de audición temporal (hipoacusia) y molestias en el oído.

### Anamnesis



#### 1) Antecedentes personales:

- Patología previa: diabetes<sup>1</sup> (riesgo de infección), ORL (tapones previos, perforación timpánica, intervenciones quirúrgicas óticas previas).
- Fármacos y alergias. Especial atención a los tratamientos inmunosupresores (riesgo de infección) y anticoagulantes (riesgo de hematomas o de sangrado).<sup>2</sup>

#### 2) Características del tapón de cerumen:

- Factores precipitantes: manipulación ótica (bastoncillos), cuerpos extraños (niños).
- Tiempo de evolución.
- Perfil evolutivo: presencia de dolor y tipo (punzante o pulsátil, intensidad, duración, inicio, localización e irradiación).

#### 3) Signos y síntomas acompañantes: de origen ótico (otorrea, otorragia, hipoacusia, acufenos, mareo, vértigo), orofaríngeos y rinosinuales (rinorrea, disfagia, disfonía, obstrucción nasal).

### Valoración



#### 1) Estado general.

#### 2) Exploración del pabellón auricular: forma, aspecto y color. Signo del trago: palpación de la región preauricular.

#### 3) Otoscopia: edema del conducto auditivo. Si otorrea: cantidad, aspecto, color y olor. Obstrucción por cuerpo extraño. Valorar tapón de cerumen.

### Diagnóstico



Los diagnósticos son orientativos, dependerán de la situación del paciente.

CIE-9: 380.4 «Cerumen impactado»

NANDA: 00122 «Trastorno de la percepción sensorial auditiva»

## PI10 – Tapón cerumen



### Plan de actuación

Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Antecedentes de perforación timpánica y de cirugía previa del oído, portador de drenajes timpánicos.
- Imposibilidad de explorar el oído, (dolor, edema del conducto auditivo). Otolgia intensa.
- Otitis, otorrea, otorragia, etc.
- Pacientes con tratamiento inmunosupresor.

### Intervenciones

- Antes de la extracción:
  - Explicar al paciente la técnica que hay que hacer y solicitar su autorización.
  - Se recomienda instilar 3-5 gotas cada 8 horas durante 5-7 días de una solución de agua oxigenada diluida al 50 % con agua o con gotas para reblandecer el cerumen. Existen otros métodos, a pesar de que no hay evidencia de la superioridad de uno respecto al otro.<sup>5,4,5</sup>
- Para la extracción: hay que seguir el procedimiento de irrigación con agua tibia a presión.<sup>6</sup> O de aspiración ótica (en caso de disponibilidad). En diabéticos o inmunodeprimidos se recomienda utilizar agua oxigenada. En caso de tratamiento anticoagulante, se debe considerar el riesgo de sangrado o de hematomas.<sup>1,2</sup>

Si dolor asociado, la analgesia de elección tiene que ser paracetamol 500 mg c/8 h o ibuprofeno 400 mg c/8 h (ajustar según la patología).

### Recomendaciones

- Consejos para la persona después de la extracción del tapón:
  - Puede notar una ligera pérdida de audición que tendría que desaparecer en las primeras horas. La causa es la pequeña cantidad de agua que queda en la oreja después de la limpieza.
  - Puede sentir pequeños mareos en las primeras horas después de la extracción, si aparecen, se tiene que evitar hacer actividades que puedan implicar peligro. Recomendar esperar 15-30' si se tiene que conducir.
  - El conducto auditivo externo puede ser vulnerable a una otitis de oreja después de una irrigación/aspiración.
  - Hasta que las orejas produzcan más cera para proteger el conducto auditivo, se tienen que mantener las orejas secas y protegerlas de la entrada de agua un mínimo de 4-5 días después de la extracción.
- Sólo limpiar el pabellón auricular y la parte más externa del conducto auditivo utilizando el dedo índice envuelto con una toalla/pañuelo de tela.
- No se tiene que introducir ningún tipo de objeto como bastoncillos de algodón porque pueden dañar la piel delicada que cubre el canal de la oreja e incrementar el riesgo de tener infecciones, picor y problemas de acumulación de cera en las orejas.
- Evitar introducir champú, jabón, alcohol o agua en la oreja.
- Consultar de nuevo con el profesional de referencia si en los días siguientes a la extracción del tapón aparecen signos de alerta cómo: dolor, mareo, pérdida de audición, otorragia, otorrea, etc. Hay que prestar especial atención a los diabéticos y a las personas con tratamientos anticoagulantes o inmunosupresores.

## Bibliografía



1. Costa C, Amor J.C.. Guía Clínica de Tapón cerumen. 2019. [fisterra.com/guias-clinicas/tapon-cerumen/](https://www.fisterra.com/guias-clinicas/tapon-cerumen/) [consulta: 16 junio 2022].
2. Sevy YO, Singh A. Cerumen Impaction. StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. PubMed. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28846265/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28846265/) [consulta: 16 junio 2022].
3. Clegg AJ, Loveman E, Gospodarevskaya E, et. al. The safety and effectiveness of different methods of earwax removal: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2010;14(28):1-192 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20546687/> [consulta: 16 junio 2022].
4. Aaron K, Coopero T, Warner L, Burton MJ. Ear drops for the removal of ear wax. Cochrane Database Syst Rev. 2018;7(7):CD012171. Published 2018 Jul 25. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30043448/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30043448/) [consulta: 16 junio 2022].
5. Wright T. Ear wax BMJ Clin Evid 2015 Mar 4;2015:0504. [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4356173/pdf/2015-0504.pdf](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4356173/pdf/2015-0504.pdf) [consulta: 16 junio 2022].
6. Schumann YA, Pflieger N. Ear Irrigation. StatPearls . Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. PubMed [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083577/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083577/) [consulta: 16 junio 2022].

## PI10 - Tapón cerumen



<b>Tapón cerumen</b>	El tapón de cerumen es una acumulación de cerumen o de partículas externas que han entrado al conducto auditivo externo. Si no se extrae, puede provocar pérdida de audición temporal (hipoacusia) y molestias al oído
<b>Anamnesis</b>	<b>Valoración</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedentes personales:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Enfermedad previa: diabetes (riesgo de infección).</li> <li>▫ ORL.</li> <li>▫ Fármacos y alergias. Especial atención a los tratamientos inmunosupresores (riesgo de infección) y anticoagulantes (riesgo de hematomas o de sangrado).</li> </ul> </li> <li>▪ Características del tapón de cerumen:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factores precipitantes: manipulación ótica (bastoncillos), cuerpos extraños (niños).</li> <li>▫ Tiempo de evolución.</li> <li>▫ Perfil evolutivo: presencia de dolor y tipo.</li> </ul> </li> <li>▪ Signos y síntomas acompañantes: de origen ótico, orofaríngeos, rinosinuales, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estado general.</li> <li>▪ Exploración pabellón auricular: forma, aspecto y color. Signo del trago: palpación de la región preauricular.</li> <li>▪ Otoscopia: edema del conducto auditivo. Si otorrea: cantidad, aspecto, color y olor. Obstrucción por cuerpo extraño. Valorar tapón de cerumen.</li> </ul>
<b>Diagnóstico CIE-9</b>	<b>NANDA</b>
380.4 «Cerumen impactado»	00122 «Trastorno de la percepción sensorial auditiva»
<b>Pla de actuación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuación conjunta con el médico o la médica si:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antecedentes de perforación timpánica y de cirugía previa del oído, portador de drenajes timpánicos.</li> <li>▫ Imposibilidad de explorar el oído, (dolor, edema de conducto auditivo). Otalgia intensa.</li> <li>▫ Otitis, otorrea, otorragia, etc.</li> <li>▫ Pacientes con tratamiento inmunosupresor.</li> </ul> </li> <li>▪ Intervenciones:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antes de la extracción: explicar al paciente la técnica que hay que llevar a cabo y solicitar su autorización. Se recomienda instilar 3-5 gotas cada 8 horas durante 5-7 días de una solución de agua oxigenada diluida al 50 % con agua o con gotas para reblandecer el cerumen.</li> <li>▫ Para la extracción: hay que seguir el procedimiento de irrigación con agua tibia a presión. O de aspiración ótica (en caso de disponibilidad). En diabéticos o inmunodeprimidos se recomienda utilizar agua oxigenada. En caso de tratamiento anticoagulante hay que considerar el riesgo de sangrado o de hematomas.</li> <li>▫ Si dolor, la analgesia de elección es paracetamol 500 mg c/8 h o ibuprofeno 400 mg c/8 h (ajustar según la patología).</li> </ul> </li> <li>▪ Recomendaciones:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Consejos para la persona después de la extracción del tapón:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Puede notar una ligera pérdida de audición que tendría que desaparecer en las primeras horas.</li> <li>○ Puede sentir pequeños mareos en las primeras horas después de la extracción, si aparecen, se tiene que evitar hacer actividades que puedan implicar peligro. Recomendar esperar 15-30' si se tiene que conducir.</li> <li>○ El conducto auditivo externo puede ser vulnerable a una otitis de oreja después de una irrigación/aspiración.</li> <li>○ Hasta que las orejas produzcan más cera para proteger el conducto auditivo, se tienen que mantener las orejas secas y protegerlas de la entrada de agua un mínimo de 4-5 días después de la extracción.</li> </ul> </li> <li>▫ Sólo limpiar el pabellón auricular y la parte más externa del conducto auditivo utilizando el dedo índice envuelto con una toalla/pañuelo de tela.</li> <li>▫ Evitar introducir champú, jabón, alcohol o agua en la oreja, ni tampoco ningún tipo de objeto como bastoncillos de algodón.</li> <li>▫ Consultar de nuevo con el profesional de referencia si en los días siguientes a la extracción del tapón aparecen signos de alerta: dolor, mareo, pérdida de audición, otorragia, otorrea, etc. Hay que prestar especial atención a los diabéticos i a las personas con tratamientos anticoagulantes o inmunosupresores.</li> </ul> </li> </ul>	

## Restrenyiment

### Definició / Motiu de la consulta



El restrenyiment es caracteritza per la dificultat o l'escassa freqüència de les deposicions, acompanyada, sovint, per un esforç defecatori excessiu o per una sensació d'evacuació incompleta, i/o que els excrements siguin durs o d'escàs volum.<sup>1,2</sup>

La freqüència de l'evacuació varia d'una persona a l'altra, pot ser des de dues vegades al dia fins a tres dies a la setmana, sense que això suposi restrenyiment.

- Si el restrenyiment dura més de tres mesos es considera crònic i es classifica en: funcional o primari (a causa d'alteracions intestinals) i secundari (quan la causa de les alteracions no és pròpiament intestinal).
- Segons els criteris de Roma III (consens grup experts) es considera que un pacient pateix restrenyiment funcional quan presenta dos o més dels símptomes següents,<sup>3</sup> en els darrers tres mesos anteriors a l'inici dels símptomes (al menys sis mesos abans del diagnòstic):
  - Esforç defecatori.
  - Femta dura o caprina.
  - Sensació d'evacuació incompleta.
  - Sensació d'obstrucció/bloqueig ano-rectal.
  - Maniobres manuals per facilitar l'evacuació.
  - Menys de tres evacuacions per setmana.

### Anamnesi



#### 1) Antecedents personals:

- Edat.
- Embaràs. Durant l'embaràs la causa del restrenyiment té aspectes propis que cal consultar a la comare o al metge de família.
- Malaltia prèvia. Història personal i familiar (restrenyiment, hemorroides, fissures anals, prolapse rectal, fecaloma, megacòlon, malaltia diverticular, entre d'altres).
- Hàbits tòxics:<sup>3</sup> alcoholisme, drogues.
- Fàrmacs<sup>4</sup> i al·lèrgies. Revisar els fàrmacs de prescripció recent (ferro, calci, levodopa, antagonistes del calci, analgèsics opioïdes...). Presa d'herbes i d'altres substàncies.
- Tipus de dieta habitual.

#### 2) Característiques del restrenyiment:

- Factors precipitants:<sup>4</sup> canvi d'hàbits de vida<sup>5</sup> (dieta, ingesta d'aigua, exercici, viatges, etc.).
- Deposicions i característiques: freqüència, consistència i volum.
- Temps d'evolució. Per diferenciar el restrenyiment agut (< 6 setmanes) del crònic.

## PI11 - Restrenyiment

- 3) Signes i símptomes acompanyants:<sup>2</sup>vòmits, dolor abdominal, dolor anal, sagnat digestiu, existència de productes patològics a la femta (sang i/o moc), canvi sobtat del ritme deposicional habitual i persistent en persones majors de cinquanta anys.

### Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Presa de constants, si precisa segons el judici clínic de la infermera.
- 3) Inspecció de la regió abdominal, perianal i rectal i, tacte rectal, si és necessari (descartar fecaloma).

### Diagnòstic



CIE-9: 564.0 «Estreñimiento»

NANDA: 00235 «Estreñimiento funcional crónico»  
00012 «Estreñimiento subjetivo»  
00015 «Riesgo de estreñimiento»  
00236 «Riesgo de estreñimiento funcional crónico»

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Febre.
- Presència de les senyals d'alarma següents, que poden fer sospitar de:
  - Oclusió intestinal:
    - Dolor abdominal intens.
    - Nàusees i vòmits incoercibles.
    - Vòmits fecaloides.
    - Distensió abdominal.
  - Càncer de còlon:
    - Canvi sobtat del ritme deposicional habitual i persistent en persones majors de cinquanta anys.
    - Rectorràgia o sang en femta.
    - Analítica recent amb anèmia.
    - Astènia, anorèxia i pèrdua de pes inexplicable.
    - Nàusees o vòmits.
    - Alternança diarrea i restrenyiment.
    - Antecedent familiar de càncer de còlon.

## PI11 - Restrenyiment

### Intervencions

- Mesures no farmacològiques<sup>3,5,6</sup> (vegeu annex 1: «Evidència científica davant el maneig de l'estrenyiment, mesures no farmacològiques»):
  - Augmentar la ingesta de fibra soluble (fruites, verdures, hortalisses, llegums, fruita seca, pa de sègol) i augmentar la ingesta hídrica que ajuda en el context d'una dieta rica en fibra.
  - Es recomana l'exercici físic de manera regular adaptat a les condicions del pacient.
  - Modificació dels hàbits intestinals:
    - Regularitzar horaris.
    - Aprofitar els moments en què el budell presenta peristaltisme augmentat (post prandial i post exercici físic) per a la defecació.
    - Dedicar el temps suficient a l'acte defecatori.
    - Posició adequada, entrenar la musculatura pelviana per aconseguir una maniobra defecatòria expulsiva eficient.
- Mesures farmacològiques: si s'han seguit les mesures anteriors, però el pacient no millora, valorar el tractament següent i contactar amb el metge o la metgessa, que segons criteris clínic i farmacològic, hauria de prescriure:
  - 1) Laxants<sup>167</sup> (vegeu annex 2: «Evidència científica davant el maneig de l'estrenyiment, mesures farmacològiques»):
    - **Formadors de massa**

Pertanyen a aquesta categoria el *psyllium* (*ispaghula*, derivada de la *Plantago ovata*) i diversos agents semisintètics com la metilcel·lulosa, el policarbofil càlcic i el dextrà. La primera opció és la *Plantago ovata* (*ispaghula*) i, com a alternativa, s'aconsella l'ús de la metilcel·lulosa. És necessari assegurar una ingesta adequada de líquids.
    - **Osmòtics**

Formen part d'aquest grup: el polietilenglicol, el macrogol, les sals de magnesi, les sals de fosfat via oral o el fosfat via rectal, la lactulosa i el lactitol. Segons les darreres revisions sistemàtiques, la primera opció i la preferent és el polietilenglicol, en front de la lactulosa. Aquest grup actua augmentant la pressió osmòtica en la llum intestinal. També és important assegurar la suficient ingesta de líquids en el restrenyiment agut perquè tenen una acció ràpida.
    - **Estimulants**

Es poden administrar per via oral o rectal i són: l'oli de ricí, els senòsids i el bisacodil. Per via oral actuen a les 8-12 hores i per via rectal als 20-60 minuts. Augmenten el peristaltisme en estimular directament les terminacions nervioses de l'intestí. Es recomana emprar aquest tipus de laxants com a opció de tractament de rescat. En el restrenyiment crònic es fan servir com una opció de tractament en persones que no han respost a laxants formadors de massa i/o osmòtics. S'ha d'emprar durant el menor temps possible, perquè el seu perfil de seguretat és menor que el dels laxants osmòtics.
    - **Procinètics<sup>8</sup>**

La prucaloprida es proposa com una opció de tractament en dones amb restrenyiment crònic que no han respost a altres tractaments.



## PI11 - Restrenyiment

### ▫ Secretors

Hi ha nous tractaments farmacològics que inclouen els laxants secretors:

- La lubiprostona, que no es comercialitza a Espanya.
- La linaclotida està aprovada a Espanya, només per al tractament de la síndrome de l'intestí irritable amb restrenyiment.

Vegeu annex 3: «Laxants. Classificació i dosi».

2) Microènema / ènema de neteja. Quan els pacients no responen als laxants orals i porten dies sense defecar es poden valorar els tractaments amb ènemes de neteja (1.500 ml d'aigua en 25 minuts), els ènemes comercials (140-250 ml d'ènemes salins o minerals) i/o els supositoris de glicerina o de bisacodil.

3) Si fecalomes: extracció manual.

### Recomanacions

- Explicar les mesures higièniques i dietètiques recollides al fullet «Recomanacions dietètiques restrenyiment» disponible a e-SIAP. Seguiment a la consulta d'infermeria per re-educació d'hàbits.
- Contactar de manera prioritària amb el metge o la metgessa en els casos de restrenyiment acompanyat de simptomatologia d'alerta, vegeu l'apartat «Anamnesi».
- Consultar amb el professional de referència si no millora en 3-4 dies.

### Bibliografia



1. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Delgado S, Ferrándiz J, Diaz ER, Mearín F. Guia de pràctica clínica sobre el manejo de estreñimiento crónico en adulto. Parte 2. Diagnóstico y tratamiento. Gastroenterología y Hepatología (English Edition), Volume 40, Issue 4, April 2017, Pages 303-316. [doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.02.007](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.02.007) [consulta: 17 juny 2022].
2. Amat G, Beguer N. Restrenyiment . Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona, Institut Català de la Salut. 2018.
3. Wald A. Management of chronic constipation in adults. This topic last updated: abr 12, 2013. In : UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2013.
4. Agirrezabala JR, Aizpurua I, Albizuri M, Alfonso I, Armendáriz M, Barrondo S, Barroso J. Estreñimiento y Laxantes. INFAC 2015; 23 (10): 67-73. [euskadi.eus/contentos/informacion/cavime\\_infac\\_2015/es\\_def/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_23\\_n\\_10\\_estrenimiento.pdf](https://euskadi.eus/contentos/informacion/cavime_infac_2015/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_10_estrenimiento.pdf) [consulta: 17 juny 2022].
5. Escudero A, Bixquert M. Guia para prevenir y tratar el estreñimiento. Valencia. Fundación española del aparato digestivo. 2016. [saludigestivo.es/wp-content/uploads/2016/03/guia-estreñimiento-para-web-20120425180854.pdf](https://saludigestivo.es/wp-content/uploads/2016/03/guia-estreñimiento-para-web-20120425180854.pdf) [consulta: 17 juny 2022].
6. Alvarez I. Guia clínica de estreñimiento. Fistera. 2017.
7. Mueller-Lissner SA, Wald A. Constipation in adults. BMJ Clin Evid. 2010. 5;2010:0413. PMID: 21418672; PMCID: PMC3217654.
8. Luthra P, Camilleri M, Burr NE, Quigley EMM, Black CJ, Ford AC. Efficacy of drugs in chronic idiopathic constipation: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2019 Nov;4(11):831-844

## PI11 - Restrenyiment



<b>Restrenyiment</b>	El restrenyiment es caracteritza per la dificultat o l'escassa freqüència de les deposicions, acompanyada, sovint, per un esforç defecatori excessiu o per una sensació d'evacuació incompleta, i/o que els excrements siguin durs o d'escàs volum.	
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals i familiars:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Edat.</li> <li>▫ Embaràs.</li> <li>▫ Malaltia prèvia. Història personal i familiar (restrenyiment, hemorroides, fissures anals, prolapse rectal, fecaloma, megacòlon, malaltia diverticular, entre d'altres).</li> <li>▫ Hàbits tòxics.</li> <li>▫ Fàrmacs i al·lèrgies (ferro, calci, levodopa, antagonistes del calci, analgèsics opioides...).</li> <li>▫ Tipus de dieta habitual.</li> </ul> </li> <li>▪ Característiques del restrenyiment:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants: canvi d'hàbits de vida (dieta, ingesta d'aigua, exercici, viatges, etc.).</li> <li>▫ Deposicions i característiques: freqüència, consistència i volum.</li> <li>▫ Temps d'evolució. Per diferenciar el restrenyiment agut (&lt; 6 setmanes) del crònic.</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants: vòmits, dolor abdominal, dolor anal, sagnat digestiu, existència de productes patològics a la femta, canvi sobtat del ritme deposicional en persones majors de 50 anys.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general.</li> <li>▪ Presa de constants, si precisa segons el judici clínica de la infermera.</li> <li>▪ Inspecció de la regió abdominal, perianal i rectal, i tacte rectal, si és necessari (descartar fecaloma).</li> </ul>	
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>	
564.0 «Estreñimiento»	00235 «Estreñimiento funcional crónico» 00012 «Estreñimiento subjetivo» 00015 «Riesgo de estreñimiento» 00236 «Riesgo de estreñimiento funcional crónico»	
<b>Pla d'actuació</b>		
<p>Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afectació de l'estat general. Febre.</li> <li>- Presència de les senyals d'alarma següents, que poden fer sospitar d'oclusió intestinal (dolor abdominal intens, vòmits fecaloides...) i/o càncer de colon (astènia, anorèxia i pèrdua de pes inexplicable, alternança diarrea i restrenyiment, rectorràgia o sang en femta...).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervencions:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Mesures no farmacològiques: augment de la ingesta de fibra soluble i de la ingesta hídrica, exercici físic de manera regular, modificació d'hàbits intestinals (regularitzar horaris, aprofitar per a la defecació els moments en què el budell presenta peristaltisme augmentat, dedicar el temps suficient a l'acte defecatori, posició adequada, entrenar la musculatura pelviana).</li> <li>▫ Mesures farmacològiques: si amb les mesures anteriors, el pacient no millora, valorar els tractaments següents:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Laxants: formadors de massa, osmòtics, estimulants, procinètics i secretors.</li> <li>2) Microènema / ènema de neteja.</li> <li>3) Si fecalomes: extracció manual.</li> </ol> </li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Explicar les mesures higièniques i dietètiques recollides al fulllet «Recomanacions dietètiques restrenyiment», disponible a e-SIAP. Seguiment a la consulta d'infermeria per re-educació d'hàbits.</li> <li>▫ Contactar de manera prioritària amb el metge o la metgessa en els casos de restrenyiment acompanyat de simptomatologia d'alerta, vegeu apartat «Anamnesi».</li> <li>▫ Consultar amb el professional de referència si no millora en 3-4 dies, les causes podrien haver variat.</li> </ul> </li> </ul>		

## PI11 - Restrenyiment

### Annex 1. Evidència científica davant el maneig de l'estrenyiment, mesures no farmacològiques

<i>Mesures no farmacològiques</i>	<i>Grau evidència científica</i>
Dieta rica en fibra	Evidència moderada, recomanacions fort a favor.
Ingesta hídrica	Evidència baixa, recomanacions feble a favor.
Exercici	Evidència baixa, recomanacions feble a favor.

### Annex 2. Evidència científica davant el maneig de l'estrenyiment, mesures farmacològiques

<i>Laxants</i>	<i>Grau evidència científica</i>
Formadors de massa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ <i>Plantago ovata</i>: evidència baixa, recomanacions fort a favor.</li> <li>▫ Metilcel·lulosa: evidència baixa, recomanacions fort a favor.</li> </ul>
Osmòtics	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Polietilenglicol: evidència moderada, recomanacions fort a favor.</li> <li>▫ Lactulosa: evidència baixa, recomanacions fort a favor.</li> </ul>
Estimulants	Evidència moderada, recomanacions fort a favor.
Procinètics	Prucaloprida: evidència moderada, recomanacions feble a favor.
Secretors	Evidència moderada, recomanacions feble a favor.

### Annex 3. Laxants. Classificació i dosi

<i>Laxants</i>		<i>Dosi recomanada</i>
Formadors de massa	<i>Plantago ovata</i>	3,5-10,5 g/dia
	Metilcel·lulosa	3-4,5 g/dia
Osmòtics	Polietilenglicol	3-9 g/dia o 250-500 ml/dia
	Lactulosa	15-60 ml
	Lactitol	20 g o 30 ml
Estimulants	Bisacodil	5-10 mg/dia
	Picosulfat de sodi	2,5-10 mg/dia
Procinètics	Prucaloprida	2 mg/24 h
Secretors	Linaclotida	145 g/dia

## Reacció a un vaccí

### Definició / Motiu de la consulta



Les vacunes presenten beneficis i riscos i poden produir reaccions adverses. La *reacció adversa* es defineix com «qualsevol resposta nociva i no intencionada a un medicament, incloent les reaccions adverses derivades de qualsevol ús al marge dels termes de l'autorització de comercialització, abús i els errors de medicació que produeixen un dany al pacient».<sup>(1)</sup>

Les reaccions adverses produïdes per les vacunes, generalment, són lleus, ben tolerades i autolimitades, tot i que, ocasionalment, poden ser greus.

### Anamnesi



- 1) Antecedents personals:
  - Edat.
  - Embaràs.
  - Malaltia prèvia: (neoplàsies, immunosupressió...).
  - Fàrmacs i al·lèrgies.
- 2) Característiques relacionades: (\*)
  - Vaccina administrada. Administració d'altres vaccines concomitants. Reaccions a un vaccí previ.
  - Data d'administració.
  - Lloc i via d'administració.
  - Perfil evolutiu. Intensitat, durada, freqüència...
- 3) Signes i símptomes acompanyants.
  - Sistèmics: febre (virus atenuats al cap de 5-12 dies), irritabilitat, dolor muscular, malestar general, cefalea, vòmits, diarrea, exantema generalitzat, artràlgies i adenopaties generalitzades...
  - Locals: dolor, tumefacció i eritema a la zona de la punció (són els més freqüents); nòdul subcutani en el punt d'injecció; vesícules (varicel·la) o pàpules (BCG); limfadenitis regional (adenopaties)...

(\*) És molt important que el personal implicat en la vacunació sàpiga quines són les reaccions adverses que es poden presentar. Es poden consultar a la fitxa tècnica, disponible a: [cima.aemps.es/cima/publico/home.html](http://cima.aemps.es/cima/publico/home.html). La reacció més freqüent és un episodi vasovagal amb pèrdua de consciència.

### Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Constants: TA, FC, Ta, FR i SatO<sub>2</sub> (si clínica respiratòria).
- 3) Característiques de la lesió: tipus, extensió, dolor local, calor, color i rubor...

## PI12 - Reacció a un vaccí

### Diagnòstic



CIE-9 E949 «EFC adverso vacunas nnc»  
NANDA 00217 «Riesgo de reacció alérgica»

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Focalitzat neurològic: cefalea intensa, convulsions, alteració del nivell de consciència...
- Immunosupressió.
- Signes d'infecció local o sistèmica.
- Afectació cutània extensa.
- Reacció greu a la vacuna: dificultat respiratòria, angioedema extens, vesícules, nòdul, necrosis...
- Sospita de reacció per interacció amb altres fàrmacs (insulina, oxitocina).

### Intervencions

- Si reaccions locals (dolor, eritema i tumefacció): aplicar fred local.
- Si nòdul cutani (aparició per possible tècnica incorrecta d'administració en vacines amb adjuvant d'alumini): aplicar calor local per ajudar a la reabsorció. Pot persistir setmanes i desaparèix espontàniament.<sup>(3)</sup>
- Si analgèsia: paracetamol 500 mg c/8 hores o ibuprofè 400 mg c/8 hores (adequar segons edat i la simptomatologia).
- En cas de sospita de reacció anafilàctica administrar adrenalina IM a l'1/1.000 (1 mg/ml) el més aviat possible. La dosi és 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg), màxim 0,5 mg (0,5 ml). La dosi es pot repetir cada 5-15 minuts fins a milloria clínica.
- Si el pacient presenta algun efecte advers, fer la notificació de sospita de «Reaccions Adverses als Medicaments» (RAMs), «Programa de la Targeta Groga»,<sup>(4)</sup> accessible a la història clínica d'atenció primària (e-SIAP), recepta electrònica (RELE), història de salut o a [ibnotificaram.caib.es](mailto:ibnotificaram.caib.es)

### Recomanacions

- Consultar de nou si aparició de signes d'alerta:
  - Afectació de l'estat general.
  - Persistència simptomatologia > 72 hores.
  - Augment de l'àrea afectada.
  - Formació d'abscessos.
  - Focalitat neurològica.
- Contactar amb el professional de referència, si precisa

## PI12 – Reacció a un vaccí

### Bibliografia



1. Real decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. 2013;BOIB Núm 1:1– 25. [boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-8191-consolidado.pdf](http://boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-8191-consolidado.pdf) [consulta: 21 juny 2022].
2. Amat G BN. Reacció vacunal. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Inst Català la Salut. 2018.
3. Silcock R, Crawford NW, Perrett KP. Subcutaneous nodules: an important adverse event following immunization [Internet]. Vol. 18, Expert Review of Vaccines. Taylor and Francis Ltd; 2019 [cited 2020 Jul 1]. p. 405–10. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14760584.2019.1586540> [consulta: 21 juny 2022].
4. Balears C de S i CI. Centre Farmacovigilància Illes Balears. «Manual de usuarios tarjeta amarilla online» 2017. [intranet.caib.es/sifarma/nraalcs/index.jsp?idCache=0](http://intranet.caib.es/sifarma/nraalcs/index.jsp?idCache=0) [consulta: 21 juny 2022].

## PI12 – Reacció a un vaccí



<b>Reacció a un vaccí</b>	Reacció a un vaccí: reaccions adverses produïdes per les vaccines, poden ser lleus, ben tolerades i autolimitades, tot i que, ocasionalment, poden ser greus.	
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals: edat, embaràs, malaltia prèvia (neoplàsies, immunosupressió...), fàrmacs i al·lèrgies.</li> <li>▪ Característiques relacionades:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Vaccina administrada. Administració d'altres vaccines concomitants. Reaccions a un vaccí prèvia.</li> <li>▫ Data d'administració.</li> <li>▫ Lloc i via d'administració.</li> <li>▫ Perfil evolutiu. Intensitat, durada, freqüència...</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants: sistèmics (dolor muscular, malestar general, cefalea...) i locals (tumefacció, eritema...).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general.</li> <li>▪ Constants: TA, FC, Ta, FR i SatO<sub>2</sub> (si clínica respiratòria).</li> <li>▪ Característiques de la lesió: tipus de lesió, extensió, dolor local, calor, color i rubor...</li> </ul>	
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>	
E949 «EFC adverso vacunas nnc»	00217 «Riesgo de reacció alérgica»	
<b>Pla d'actuació</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Afectació estat general.</li> <li>▫ Signes d'infecció local o sistèmica.</li> <li>▫ Afectació cutània extensa.</li> <li>▫ Reacció a un vaccí greu: dificultat respiratòria, nòdul, necrosis...</li> <li>▫ Sospita de reacció per interacció amb altres fàrmacs (insulina, oxitocina).</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Si reaccions locals (dolor, eritema i tumefacció): aplicar fred local.</li> <li>▫ Si nòdul cutani: aplicar calor local per ajudar a la reabsorció. Pot persistir setmanes i desapareix espontàniament.</li> <li>▫ Si analgèsia: paracetamol 500 mg c/8 hores o ibuprofè 400 mg c/8 hores (adequar segons l'afectació).</li> <li>▫ En cas de sospita de reacció anafilàctica: administrar adrenalina IM a l'1/1.000 (1 mg/ml) el més aviat possible. La dosi és de 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg), màxim 0,5 mg (0,5 ml). Es pot repetir la dosi cada 5-15 minuts fins a la milloria clínica.</li> <li>▫ Si el pacient presenta algun efecte advers, cal fer la notificació de sospita de «Reaccions Adverses als Medicaments» (RAMs) «Programa de la Targeta Groga», accessible a la història clínica d'atenció primària (e-SIAP), recepta electrònica (RELE), història de salut o a <a href="mailto:ibnotificaram.caib.es">ibnotificaram.caib.es</a>.</li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Consultar de nou si aparició de signes d'alerta.</li> <li>▫ Afectació de l'estat general.</li> <li>▫ Persistència simptomatologia &gt; 72 hores.</li> <li>▫ Augment de l'àrea afectada.</li> <li>▫ Formació d'abscessos.</li> <li>▫ Focalitat neurològica.</li> <li>▫ Contactar amb el professional de referència, si precisa.</li> </ul> </li> </ul>		

## Ungla encarnada i panadís

### Definició / Motiu de la consulta



L'onicocriptosi o unglya encarnada es produeix quan la làmina de l'ungla lesiona el plec lateral unguial amb la presència de dolor i d'inflamació. Aquesta lesió apareix pel continu traumatisme que provoca el creixement de l'ungla (que s'endinsa als teixits tous dels dits)<sup>1</sup>.

La paroníquia aguda o el penedís és un procés infecciós agut que afecta la pell i el teixit de cèl·lules subcutànies dels dits.

### Anamnesi



#### 1) Antecedents personals:

- Edat.
- Embaràs.
- Malaltia prèvia: diabetis, immunosupressió, malaltia vascular perifèrica, neuropatia perifèrica, portador de pròtesi cardíaca. Recidives, intervenció prèvia.
- Fàrmacs (ús de corticoides, anticoagulants) i al·lèrgies.
- Estat de les vacines (Td).

#### 2) Característiques:

- Factors desencadenants: Tallat i manipulació incorrecte de les ungles, calçat atapeït, deformitats dels dits o de les ungles, onicomicosi.
- Perfil evolutiu: inici, intensitat, durada, freqüència.

#### 3) Simptomatologia acompanyant: impotència funcional, dolor articular...

### Valoració



#### 1) Estat general.

#### 2) Control de la temperatura, si precisa.

#### 3) Característiques de la lesió:

- Localització i extensió.
- Edema, eritema, calor local, dolor, secreció (serosa o purulenta), aspecte de l'ungla i dels teixits circumdants. Inspecció de les articulacions interfalàngiques del dit afectat.

### Diagnòstic



- CIE-9      703.0 «Uña encarnada»  
              681.0.1 «Paroníquia dedo mano»  
              681.1.1 «Oníquia y paroníquia dedo pie»
- NANDA:     00046 «Deterioro integridad cutánea»

## PI13 – Ungla encarnada i panadís

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Alerta de risc de disseminació de la infecció (portador vàlvula cardíaca...).
- Signes d'infecció. Cellulitis (cellulitis disseminada, no la cellulitis circumscribida a la lesió), necrosi...
- Afectació muscular, neurològica i/o articular de la zona afectada.

### Intervencions ungly encarnada

- No retallar la punta que s'endinsa perquè la situació empitjora.
- Banys tebis d'aigua 24-48 hores (durant 15 minuts, 4-6 vegades al dia) o fomentos d'aigua de Burow (20-30 minuts, c/8-12 hores).<sup>1</sup>
- Tractaments per minimitzar l'endinsament de l'ungla (re-educació de l'ungla).<sup>2,3</sup>
  - *Packing* o tamponament: col·locar un trosset petit de cotó (o de fil dental) amb un antisèptic sota l'ungla.
  - *Taping* o embenat adhesiu del plec lateral o distal: col·locar una tira d'esparadrap a l'extrem afectat fent tracció cap a l'altre costat.
- En cas d'infecció es recomana una bona neteja de la ferida i, si és necessari, antibiòtic, que és preferible la via oral que el tractament tòpic.<sup>4</sup> Si cal recepta de l'antibiòtic, la primera prescripció la de fer el metge o la metgessa. Es podrà prorrogar o finalitzar la indicació per part d'infermeria, segons criteri clínic i farmacològic.

### Intervencions panadís

- El drenatge és l'opció terapèutica d'elecció. Només es fa aquest drenatge en el període de fluctuació. Si encara no és possible drenar: aplicar calor local amb fomentos humits durant 24 hores per facilitar-ho (durant 15 minuts, 4-6 vegades al dia).
- **Tècnica de drenatge:**
  - Neteja (amb sèrum fisiològic) i desinfecció (clorhexidina). Delimitació del camp estèril.
  - Anestèsia: en la majoria de les paroníquies es pot fer la incisió sense anestèsia, però si la zona és molt dolorosa a la manipulació, cal fer servir un anestèsic sense vasoconstrictor (per evitar la necrosi en la part acra) per conducció o truncal.
  - Incisió: la zona de fluctuació indica la localització correcta per a la incisió.<sup>(1)</sup>
- Protegir la zona amb gases. Per a induir el drenatge pot ajudar fer pressió cap a la zona d'incisió.
- En cas d'infecció es recomana una bona neteja de la ferida i, si és necessari, antibiòtic amb prioritat per via oral sobre el tractament tòpic. Si cal recepta per a l'antibiòtic, la primera prescripció la de fer el metge o la metgessa. Es podrà prorrogar o finalitzar la indicació per part d'infermeria, segons criteri clínic i farmacològic.

## PI13 – Ungla encarnada i panadís

(\*) Es fa una incisió ràpida amb bisturí (es proposa el número 11) entre l'ungla i el plec unguial. Cal fer la incisió a la zona de màxima fluctuació, evitant, sempre que es pugui, la cara palmar del dit (sempre esquivant el paquet vasculonerviós). En aquests casos en què es requereix una incisió cutània, es necessari aplicar anestèsia per conducció. S'ha d'optar per una incisió en J (anomenada d'estic d'hoquei) o una incisió palmar transversa, evitant creuar l'arruga de la flexió IFD (per eludir la retracció de la zona).

### Recomanacions

- Mantenir la higiene de la zona (aigua tèbia i sabó) i, la resta del temps seca.
- Evitar qualsevol ferida a les ungles o a les puntes dels dits.
- Tallar les ungles dels peus cada mes. Fer-ho després del bany, que és quan estan més toves. Emprar tisores amb vores arrodonides i llimes. La forma del tallat ha de ser recta al llarg de la punta. No s'han de tallar massa curtes, ni arrodonides, ni en V.
- Calçat: evitar que hagi pressió sobre la lesió.<sup>5</sup>
- Contactar amb el professional de referència si unglya encarnada i/o paroníquia recidivant.

### Bibliografia



1. Geizhals S, Lipner SR. Review of onychocryptosis: epidemiology, pathogenesis, risk factors, diagnosis and treatment. *Dermatol Online J.* 2019. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31738836/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31738836/) [consulta: 21 juny 2022].
2. Amat G, Beguer N. Ungla encarnada Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut. 2018.
3. Mayeaux EJ Jr, Carter C, Murphy TE. Ingrown Toenail Management. *Am Fam Physician.* 2019;100(3):158-164. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31361106/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31361106/) [consulta: 21 juny 2022].
4. Folch B, Palop V, Martínez-Mir I, Colomina J, Sempere M. «Tratamiento empírico de las infecciones cutáneas bacterianas». 2019.
5. Litaiem N, Drissi H, Zeglaoui F, Khachemoune A. Retronychia of the toenails: a review with emphasis on pathogenesis, new diagnostic and management trends. *Arch Dermatol Res.* 2019; 311(7):505-512.

## PI13 – Ungla encarnada i panadís



<b>Ungla encarnada i panadís</b>	<p>Una unglu encarnada es produeix quan la làmina de l'ungla lesiona el plec lateral unguial amb presència de dolor i inflamació.</p> <p>La paroníquia aguda o panadís és un procés infecció agut que afecta la pell i el teixit de cèl·lules subcutànies dels dits.</p>	
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals: edat, embaràs, malaltia prèvia (diabetis, immunosupressió, portador de pròtesi cardíaca). Recidives, intervenció prèvia.</li> <li>▪ Fàrmacs (ús de corticoides, anticoagulants) i al·lèrgies.</li> <li>▪ Estat de les vaccines.</li> <li>▪ Característiques:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Factors desencadenants. Tallat i manipulació incorrecte de les ungles, calçat atapeït...</li> <li>▪ Perfil evolutiu: inici, intensitat, durada, freqüència.</li> </ul> </li> <li>▪ Simptomatologia acompanyant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general.</li> <li>▪ Control de la temperatura, si precisa.</li> <li>▪ Característiques de la lesió:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Localització i extensió.</li> <li>▪ Edema, eritema, calor local, dolor, secreció, aspecte de l'ungla i dels teixits circumdants. Inspecció de les articulacions interfalàngiques del dit afectat.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>	
703.0 «Uña encarnada» 681.0.1 «Paroniquia dedo mano» 681.1.1 «Oniquia y paroniquia dedo pie»	00046 «Deterioro integridad cutanea»	
<b>Pla d'actuació</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Afectació de l'estat general. Alerta de risc de disseminació de la infecció (portador vàlvula cardíaca...).</li> <li>▫ Signes d'infecció. Cellulitis (cellulitis disseminada, no la circumscrita a la lesió), necrosi...</li> <li>▫ Afectació muscular, neurològica i/o articular de la zona afectada.</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions unglu encarnada:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ No retallar la punta que s'endinsa.</li> <li>▫ Banys tebis d'aigua 24-48 h (durant 15', 4-6 vegades al dia) o fonents d'aigua de Burow (20'-30', c/8-12 h).</li> <li>▫ Tractaments per minimitzar l'endinsament de l'ungla (re-educació de l'ungla).                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Packing</i>: col·locar un trosset petit de cotó (o de fil dental) amb un antisèptic sota l'ungla.</li> <li>○ <i>Taping</i> del plec lateral o distal: col·locar una tira d'espardrap a l'extrem afectat fent tracció cap a l'altre costat.</li> </ul> </li> <li>▫ En cas d'infecció: neteja de la ferida i, si és necessari antibiòtic. La primera prescripció la de fer el metge o la metgessa. Es podrà prorrogar o finalitzar la indicació des d'infermeria, segons criteri clínic i farmacològic.</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions panadís:             <p>El drenatge és l'opció terapèutica d'elecció. Només es pot fer en el període de fluctuació. Si encara no és possible drenar: aplicar calor local amb fonents humits.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Tècnica de drenatge:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neteja (sèrum fisiològic) i desinfecció (clorhexidina). Camp estèril.</li> <li>○ Anestèsia: en la majoria dels casos es fa sense anestèsia, si cal, emprar anestèsic sense vasoconstrictor i per conducció o trunca.</li> <li>○ Incisió.</li> </ul> </li> <li>▫ En cas d'infecció: neteja de la ferida i, si és necessari antibiòtic. La primera prescripció la de fer el metge o la metgessa. Es podrà prorrogar o finalitzar la indicació des d'infermeria, segons criteri clínic i farmacològic.</li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions generals:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Higiene de la zona amb aigua tèbia i sabó i la resta del temps seca.</li> <li>▫ Evitar: ferides a les ungles o a les puntes dels dits.</li> <li>▫ Tallar les ungles dels peus cada mes. Després del bany, emprar tisores amb vores arrodonides i llimes. La forma del tallat ha de ser recta. No s'han de tallar ni massa curtes, ni arrodonides, ni en V.</li> <li>▫ Calçat: evitar que la pressió sobre la lesió.</li> <li>▫ Contactar amb el professional de referència.</li> </ul> </li> </ul>		

## Uixol

### Definició / Motiu de la consulta



L'uixol és una infecció localitzada a les glàndules de les parpelles o als fol·licles pilosos de les pestanyes.<sup>1</sup> Generalment, és produït per un *Staphylococcus aureus*.<sup>2</sup> Pot ser intern o extern. Habitualment es presenta com una tumoració ben delimitada, d'aparició aguda i dolorosa. La majoria són autolimitats i desapareixen de manera espontània.<sup>3</sup>

### Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
  - Malaltia prèvia (antecedents d'uixols previs...).
  - Fàrmacs i al·lèrgies.
- 2) Característiques:
  - Factors precipitants (maquillatge...).
  - Inici i evolució de la lesió.
- 3) Signes i símptomes acompanyants: dolor, edema palpebral, hiperèmia conjuntival, llagrimaig...

### Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Localització i extensió de la lesió.
- 3) Consistència: exsudat...

### Diagnòstic



CIE-9 373.1 «Orzuelo y otra inflamación profunda del párpado»  
NANDA 00044 «Deterioro de la integridad tissular»  
00122 «Trastorno de la percepción sensorial visual»

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Febre.
- Grandària de l'uixol (requereix incisió i drenatge).
- Alteració de la visió.
- Presència de flictenes, cel·lulitis palpebral, acne rosàcia, blefaritis crònica seborreica o excés de fotofòbia.
- Sospita de conjuntivitis o d'afectació intraocular.

## Intervencions

- Uixol de caràcter agut: tractament antibiòtic no indicat.<sup>4</sup> Aplicar mesures no farmacològiques (vegeu l'apartat «Recomanacions»).
- En el cas que es tracti d'una persona amb un uixol que no millora amb mesures no farmacològiques contactar amb el metge o la metgessa per valorar el tractament farmacològic amb eritromicina tòpica (pomada oftàlmica 0,5 %),<sup>4,2,1</sup> una aplicació cada 12 hores durant 10 dies o oxitetraciclina tòpica (pomada oftàlmica 1 %), una aplicació cada 12 hores durant 10 dies.<sup>5</sup>

## Recomanacions

- Higiene de mans adequada.
- Aplicació de compreses calentes 10 minuts, 3-4 vegades/dia.<sup>1,2</sup>
- Higiene palpebral adequada, incloent-hi un massatge circular a la zona del nòdul.<sup>2</sup>
- Evitar factors agreujants (lents de contacte, maquillatge...).
- Contactar amb el professional de referència, si signes d'alarma: febre, dolor, edema palpebral, cel·lulitis, hiperèmia conjuntival, llagimeig...

## Bibliografia



1. Bragg KJ, Le PH, Le JK. Hordeolum. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28723014/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28723014/) [consulta: 22 juny 2022].
2. Willmann D, Guier CP, Patel BC, Melanson SW. Stye. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083787/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083787/) [consulta: 22 juny 2022].
3. Díez A, Vallés CJ. "Trastornos de los párpados". *AMF* 2018;14(8):479-484. [amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2294](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2294) [consulta: 22 juny 2022].
4. American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Conjunctivitis. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology (AAO); 2013. [aao.org/ppp](https://www.aao.org/ppp) [consulta: 22 juny 2022].
5. Clinical Knowledge Summaries (CKS). Blepharitis 2015 Oct.
6. Junta de Andalucía. Título del capítulo «Tratamiento de infecciones en la comunidad» «Orzuelo en adultos». Guía de terapéutica antimicrobiana del Área Aljarafe. Ed Servicio andaluz de salud. 2ª ed 2018. [spa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guia/terapeuticaaljarafe/guia/terapeuticaAljarafe/guia/viewApartado\\_pdf.asp?idApartado=114](https://spa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guia/terapeuticaaljarafe/guia/terapeuticaAljarafe/guia/viewApartado_pdf.asp?idApartado=114) [consulta: 22 juny 2022].



**Uixol** L'uixol és una infecció localitzada a les glàndules de les parpelles o als fol·licles pilosos de les pestanyes.

**Anamnesi** **Valoració**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals i familiars:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Malaltia prèvia (antecedents d'uixols previs...).</li> <li>▫ Fàrmacs i al·lèrgies.</li> </ul> </li> <li>▪ Característiques:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants (maquillatge...).</li> <li>▫ Inici i evolució de la lesió.</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants: dolor, edema palpebral, hiperèmia conjuntival, llagrimaig...</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general.</li> <li>▪ Localització i extensió de la lesió.</li> <li>▪ Consistència: exsudat...</li> </ul> |
|---|--|

**Diagnòstic CIE-9** **NANDA**

373.1 «Orzuelo y otra inflamación profunda del párpado»	00044 «Deterioro de la integridad tisular» 00122 «Trastorno de la percepción sensorial visual»
---	---

**Pla d'actuació**

- Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:
  - Febre.
  - Grandària de l'uixol (requereix incisió i drenatge).
  - Alteració de la visió.
  - Presència de flictenes, cellulitis palpebral, acne rosàcia, blefaritis crònica seboreica o excés de fotofòbia.
  - Sospita de conjuntivitis o d'afectació intraocular.
- Intervencions:
  - Uixol de caràcter agut: tractament antibiòtic no indicat. Aplicar mesures no farmacològiques (vegeu l'apartat «Recomanacions»).
  - En el cas que es tracti d'una persona amb un uixol que no millora amb mesures no farmacològiques contactar amb el metge o la metgessa per valorar el tractament farmacològic amb eritromicina tòpica (pomada oftàlmica 0,5 %) 1 aplicació cada 12 h, durant 10 dies o oxitetraciclina tòpica (pomada oftàlmica 1 %), 1 aplicació cada 12 h, durant 10 dies.
- Recomanacions:
  - Higiene de mans.
  - Aplicació de compreses calentes 10', 3-4 vegades/dia.
  - Higiene palpebral adequada, incloent-hi un massatge circular a la zona del nòdul.
  - Evitar factors agreujants (lents de contacte, maquillatge...).
  - Contactar amb el professional de referència, si signes d'alarma: febre, dolor, edema palpebral, cellulitis, hiperèmia conjuntival, llagrimaig...



## Actuació en cas de COVID-19

Per a l'elaboració d'aquest procediment s'han seguit les indicacions de l'*Estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia*, del Ministeri de Sanitat, de 3 de juny de 2022.

### Definició / Motiu de la consulta



Sospita d'infecció per SARS CoV-2:

- Inici agut.
- Aparició de símptomes compatibles en els darrers deu dies: tos, dispnea, odinofàgia, rinorrea, amb o sense febre. Les diarrees, el dolor toràcic, la cefalea, l'anòsmia i l'agèusia també poden ser considerats símptomes de sospita d'infecció pel SARS-CoV-2, segons el criteri clínic.

### Anamnesi



- 1) Valorar els signes i els símptomes.
- 2) Antecedents personals:
  - malalties prèvies
  - criteris de vulnerabilitat: 60 anys o més, immunodeprimits<sup>(1)</sup> per causa intrínseca o extrínseca i embarassades
- 3) Data d'inici dels signes i dels símptomes i manera d'aparició.

<sup>(1)</sup> Receptors de trasplantament de progenitors hematopoètics o CAR-T, en els dos anys després del trasplantament/tractament, en tractament immunosupressor o que tinguin una malaltia de l'empelt contra l'hoste (EICH), independentment del temps des del trasplantament; receptors de trasplantament d'òrgan sòlid (menys de dos anys o amb tractament immunosupressor per a reaccions de rebuig); immunodeficiències primàries: combinades i de cèl·lules B en les quals s'hagi demostrat l'absència de resposta al vaccí; persones que han rebut en els tres mesos anteriors (sis mesos en cas de rituximab) fàrmacs anti CD20 o belimumab; síndrome de Down d'edat superior als 40 anys, infecció per VIH amb CD4 < 200/ $\mu$ l.

### Valoració



- 1) Valoració de l'estat general: coloració, aspecte, edemes, perfusió perifèrica, orientació.
- 2) Constants vitals: temperatura corporal, saturació O<sub>2</sub>, freqüència respiratòria i freqüència cardíaca.
- 3) Valoració clínica de símptomes d'alarma (*vegeu el document derivació hospitalària*):
  - Febre superior als 38 °C durant més de 3-5 dies.
  - Alteració de l'estat d'alerta: confusió, letargia...
  - Tos persistent que dificulta l'alimentació.
  - Hemoptisi.
  - Dispnea: valorar la gravetat de la dispnea.
  - Dispnea greu a severa:
    - Es fatiga quan s'aixeca i quan comença a caminar o en repòs.
    - Persistència de dispnea lleu de més de deu dies.
    - Taquipnea: parla entretallada o dificultat per mantenir una conversa.
    - Incapacitat per fer qualsevol activitat física.
  - Presència de dolor toràcic pleurític: dolor costal que dificulta la respiració, de nova aparició o que ha anat empitjorant amb el pas dels dies.
  - Vòmits: presenta vòmits que li impedeixen la hidratació i l'alimentació.

## PI15 – Actuació en cas de COVID-19

- Diarrea: més de deu deposicions en un dia o entre cinc i deu al dia durant més de tres dies.

4) Valoració de la capacitat de comprensió i col·laboració del pacient i de la persona cuidadora.

### Diagnòstic



Només es pot codificar com COVID-19 si es disposa d'una PDIA supervisada per un sanitari (de la sanitat pública o de la privada).

CIE-9: V01.79.X «Infección por Coronavirus COVID-19 confirmada mediante PCR, serología o antígeno»

En cas de no complir criteris de PDIA s'ha de codificar segons la simptomatologia predominant.

### Pla d'actuació



- Indicació de PDIA

Davant la sospita de COVID-19 està indicada fer una PDIA en els casos següents:

- a) Pacients amb criteris de vulnerabilitat: 60 anys o més, immunodeprimits per causa intrínseca o extrínseca i embarassades.
- b) Persones relacionades amb àmbits vulnerables.<sup>(2)</sup>
- c) Persones amb quadre d'infecció respiratòria aguda de les vies baixes que requereixi un ingrés hospitalari.
- d) Sospita de variant d'interès.
- e) A criteri clínic quan el professional sanitari que atén el cas clínic ho consideri necessari.
- f) En el moment actual, si la situació del pacient requereix una incapacitat transitòria.

La PDIA que s'ha de fer és un test d'antígens.

Si la PDIA és positiva s'ha de confirmar el diagnòstic de COVID-19.

Si la PDIA és negativa s'ha de valorar el diagnòstic diferencial en funció de la simptomatologia predominant.

<sup>(2)</sup> Persones que resideixen, acudeixen, estan ingressades o treballen en àmbits vulnerables (centres sanitaris assistencials, centres soci-sanitaris i centres de dia, centres penitenciaris i altres centres amb persones institucionalitzades), així com treballadors que donen suport i tenen cura de persones vulnerables.

- Actuació conjunta amb el metge o la metgessa, si:
  - Presència de símptomes d'alarma (vegeu l'apartat «Valoració»).
  - Tos amb augment de l'expectoració o sensació de dispnea.
  - Deterioració de l'estat general.
  - Majors de 80 anys o immunodeprimits per a la valoració de tractament amb *Paxlovid*.
  - A criteri clínic de la infermera.
  - Necessitat d'IT segons el circuit intern establert en el centre de salut:
    - Als treballadors dels àmbits vulnerables se'ls ha de fer una PDIA de confirmació diagnòstica. Si la PDIA és positiva han de notificar-ho al servei de prevenció de riscos laborals. Si no és possible el teletreball ni l'adaptació del lloc de treball han de sol·licitar la **baixa laboral** a través de [covid.ibsalut.es/gestio](https://covid.ibsalut.es/gestio) o telefonar a **Infosalut Connecta 971 22 00 00** (atenció de dilluns a dissabte de 7.00 h a 21.00 h / diumenges i festius de 8.00 h a 21.00 h).

## PI15 – Actuació en cas de COVID-19

- Els professionals del Servei de Salut de les Illes Balears han de contactar amb el Servei de Prevenció de riscos laborals.
  - Els funcionaris mutualistes (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) han de demanar la baixa com ho fan habitualment.
- S'han de citar en el centre de salut els pacients que, després de la valoració inicial, es consideri que cal fer-los un seguiment. A la resta de pacients se'ls ha d'indicar que en cas d'empitjorament contactin amb els serveis sanitaris a través d'Infosalut Connecta.
  - Es recomana tractament simptomàtic a aquells pacients que ho precisin: paracetamol 500-650 mg /6 hores (màxim 4 g/24 hores).
  - En **cas d'embaràs** i PDIA positiva, cal contactar per correu electrònic amb: [gapm.gestorcomareccovid@ibsalut.es](mailto:gapm.gestorcomareccovid@ibsalut.es), indicant el nombre d'identificació personal i el nom de la pacient.
  - **Notificació urgent epidemiològica**
    - S'han de notificar els casos amb PDIA positiva a través del protocol de cas.
    - En els supòsits *a, b, c* i *d* de l'apartat «Indicació de PDIA», s'ha d'emplenar la notificació completa.
    - En els casos en els quals es faci la PDIA i no estiguin inclosos dins els supòsits de l'Estratègia del Ministeri és suficient incloure en el protocol del cas a e-SIAP la data de la PDIA positiva.

### Recomanacions

- S'ha d'informar el pacient que ha d'extremar les precaucions per evitar transmetre la infecció a altres persones. En els deu dies següents, des de l'inici dels símptomes o del resultat positiu, se li ha de recomanar:
  - L'ús de màscara, preferentment FFP2.
  - Rentar-se les mans amb freqüència.
  - Evitar el contacte amb persones vulnerables.
  - No assistir a esdeveniments multitudinaris.
  - Vigilar els símptomes d'alarma:
    - Febre superior als 38 °C durant 3 dies o més.
    - Empitjorament dels símptomes.
- En cas d'haver de menester assistència pot sol·licitar cita en el centre de salut telefonant a Infosalut Connecta 971 22 00 00 (atenció de dilluns a dissabte de 7.00 h a 21.00 h / diumenges i festius de 8.00 h a 21.00 h).
- Si li falta l'aire o té la sensació d'estar en risc greu ha de contactar amb el Servei d'Atenció Mèdica Urgent, telefonant al 061.
- Informació per al pacient a: Autogestió digital de la COVID-19 a les Illes Balears - IB-SALUT. Servei de Salut de les Illes Balears ([ibsalut.es](http://ibsalut.es)).

### Bibliografia



1. Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social. Estratègia de vigilància y control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandèmia, actualitzat pel Ministeri de Sanitat i Institut de Salut Carlos III. 3 de juny de 2022. [sanidad.gob.es/profesionales/saludpublica/ccayes/alertasactual/ncov/documentos/nueva\\_estrategia\\_vigilancia\\_u\\_control.pdf](https://sanidad.gob.es/profesionales/saludpublica/ccayes/alertasactual/ncov/documentos/nueva_estrategia_vigilancia_u_control.pdf) [consulta: 6 setembre 2022].

## PI15 – Actuació en cas de COVID-19



### Actuació en cas de COVID-19

#### Sospita d'infecció per SARS CoV-2:

- Inici agut.
- Aparició de símptomes compatibles en els darrers deu dies: tos, dispnea, odinofàgia, rinorrea, amb o sense febre. Les diarrees, el dolor toràcic, la cefalea, l'anòsmia i l'agèusia també poden ser considerats símptomes de sospita d'infecció per SARS-CoV-2, segons el criteri clínic.

#### Anamnesi

- Valorar signes i símptomes.
- Antecedents personals:
  - malalties prèvies
  - criteris de vulnerabilitat: 60 anys o més, immunodeprimits per causa intrínseca o extrínseca i embarassades
- Data d'inici de signes i símptomes i manera d'aparició.

#### Valoració

- Estat general: coloració, aspecte, edemes, perfusió perifèrica, orientació.
- Constants vitals: temperatura corporal, saturació O<sub>2</sub>, freqüència respiratòria i freqüència cardíaca.
  - Símptomes d'alarma: febre > 38 °C durant més de 3-5 dies; alteració de l'estat d'alerta: confusió, letargia; tos persistent que dificulta l'alimentació; hemoptisis; dispnea; vòmits; diarrea: més de deu deposicions en un dia o entre cinc i deu al dia durant més de tres dies.
- Capacitat de comprensió i col·laboració del pacient i de la persona cuidadora.

#### Diagnòstic CIE-9

V01.79.X «Infecció por Coronavirus COVID-19 confirmada mediante PCR, serología o antígeno»

#### NANDA

#### Pla d'actuació

- Indicació de PDIA
  - Pacients amb criteris de vulnerabilitat: 60 anys o més, immunodeprimits per causa intrínseca o extrínseca i embarassades.
  - Persones relacionades amb àmbits vulnerables.
  - Persones amb quadre d'infecció respiratòria aguda de les vies baixes que requereixi un ingrés hospitalari.
  - Sospita de variant d'interès.
  - A criteri clínic quan el professional sanitari que atén el cas clínic ho consideri necessari.
  - Si la situació del pacient requereix una incapacitat transitòria.
- Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:
  - Presència de símptomes d'alarma (vegeu l'apartat «Valoració»).
  - Tos amb augment de l'expectoració o sensació de dispnea.
  - Deterioració de l'estat general.
  - Majors de 80 anys o immunodeprimits per a la valoració de tractament amb Paxlovid.
  - A criteri clínic de la infermera.
  - Necessitat d'IT segons el circuit intern establert en el centre de salut.

Tractament a aquells pacients que ho precisin: paracetamol 500-650 mg /6 hores (màxim 4 g/24 hores).  
 En cas d'embaràs i PDIA positiva, contactar per correu electrònic amb: [gapm.gestorcomareccovid@ibsalut.es](mailto:gapm.gestorcomareccovid@ibsalut.es).  
 Notificació urgent epidemiològica.
- Recomanacions:
  - S'ha d'informar el pacient que ha d'extremar les precaucions per evitar transmetre la infecció a altres persones. Des de l'inici dels símptomes o del resultat positiu i durant deu dies, s'ha de recomanar al pacient:
    - L'ús de màscara, preferentment FFP2.
    - Rentar-se les mans amb freqüència.
    - Evitar el contacte amb persones vulnerables.
    - No assistir a esdeveniments multitudinaris.
    - Vigilar els símptomes d'alarma: febre superior als 38 °C durant 3 dies o més; empitjorament dels símptomes.
  - En cas d'haver de menester assistència pot sol·licitar cita en el centre de salut telefonant a Infosalut Connecta 971 22 00 00.
  - Si li falta l'aire o té sensació d'estar en risc greu ha de contactar amb el Servei d'Atenció Mèdica Urgent, telefonant al 061.

## Crisi HTA

### Definició / Motiu de la consulta



La crisi hipertensiva es l'elevació aguda de la TA  $\geq 180/120$  mmHg (aquestes xifres varien segons el document consultat). En la crisi hipertensiva, cal distingir entre:<sup>1</sup>

- Emergència hipertensiva (EH): s'acompanya d'alteracions orgàniques greus (fonamentalment d'àmbit cardíac, cerebral o renal). Suposa un risc de lesió irreversible.
- Urgència hipertensiva (UH): elevació aguda de la TA en un pacient asimptomàtic o amb símptomes inespecífics que no implica una afectació greu dels òrgans diana i que, per tant, no suposa un risc vital immediat. L'abordatge inicial és extrahospitalari.
- Pseudocrisi hipertensiva o falsa UH: elevació tensional aguda asimptomàtica, sense repercussió orgànica, reactiva a estímuls aguts (dolor intens, ansietat...). Habitualment, no requereix tractament específic perquè els valor de la TA es normalitzen quan desapareix el factor desencadenant.

### Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
  - Edat.
  - Embaràs.
  - Malaltia prèvia: malaltia cardiovascular coneguda, temps d'evolució de l'HTA, crisis hipertensives prèvies...
  - Altres factors de risc cardiovascular.
  - Hàbits tòxics: alcohol, cocaïna, amfetamines...
  - Fàrmacs i al·lèrgies: considerar els fàrmacs i substàncies amb acció pressora: antiinflamatoris no esteroïdals (AINE), corticoides, immunosupressors, anticonceptius...<sup>2</sup>
- 2) Característiques:
  - Factors precipitants: incompliment terapèutic, situacions d'estrès...
  - Tipus: EH, UH, falsa UH.
  - Perfil evolutiu: inici, intensitat, durada...
- 3) Signes i símptomes acompanyants: associats a l'afectació aguda d'òrgans diana (cefalea, mareig, vòmits, dolor toràcic, dorsal o abdominal agut, dispnea, palpitations, taquipnea, taquicàrdia, edemes a EEII, símptomes visuals, dèficit neurològic focal, agitació, estupor, síncope...), altres símptomes (ansietat...)<sup>3</sup>

## Valoració



L'objectiu fonamental de la valoració és identificar si existeixen signes i símptomes que facin sospitar d'una afectació aguda dels òrgans diana i de risc vital (EH) o si no existeix aquesta simptomatologia ni risc vital immediat (UH).<sup>3</sup> Cal valorar:

- 1) Estat general.
- 2) Constants: TA, Ta, FC, ritme cardíac, FR, saturació O<sub>2</sub>.
- 3) Confirmar braç control: 2 mesures a cada braç en un interval mínim d'1 minut.<sup>4</sup>
- 4) Signes d'alerta/afectació aguda dels òrgans diana.

## Diagnòstic



CIE-9 «Hipertensió...» (escollir el més adequat segons la clínica)  
NANDA 00267 «Riesgo de tensión arterial inestable» (escollir el més adequat segons la clínica)

## Pla d'actuació



### Intervencions

#### **Emergència hipertensiva**

L'objectiu de la intervenció és reduir la TA un 20-25 % dels valors inicials en un període de pocs minuts a dues hores (no de manera brusca, especialment si presenta un ictus).<sup>5</sup>

- Sol·licitar valoració mèdica urgent.
- Monitoritzar, ECG, canalitzar via intravenosa, administrar oxigenoteràpia (si sat. O<sub>2</sub><95 %: GN 2lx /VM24) i tira d'orina.
- Requereix derivació urgent a «Urgències hospitalàries».

#### **Urgència hipertensiva**

L'objectiu de la intervenció és reduir la TA un 20-25 % dels valors inicials en dues o tres hores, sense pretendre normalitzar totalment els valors.<sup>5</sup>

- Valorar ECG.
- Contacte amb el metge o la metgessa: Captopril® 25 mg via oral.
- Repòs d'uns 30 minuts i nova presa de la TA.
  - Si persisteixen xifres  $\geq 180/120$  es pot repetir la dosi de Captopril® 25 mg a intervals de 30 minuts fins un màxim de 100 mg. Si en 2-3 hores no ha disminuït (TA  $< 180/120$ ), cal considerar derivar a «Urgències hospitalàries».
  - Si disminueix la TA  $< 180/120$ , cal considerar les opcions següents:
    - Si el pacient no es coneixia hipertens, aquestes xifres són diagnòstiques d'HTA i s'ha de derivar al professional de referència per avaluació i seguiment de l'HTA.
    - Si era hipertens conegut s'ha de derivar al professional de referència per optimitzar el tractament.

#### **Hipertensió sense situació de crisi hipertensiva**

Si TAS 160-179 i TAD 95-119:

- Derivar al professional de referència.

## Recomanacions

- Evitar factors desencadenants.
- En el cas d'HTA no diagnosticada citar amb el professional de referència per a diagnòstic i incloure'l en el protocol d'HTA.
- Si HTA ja coneguda:
  - Reforçar adherència al tractament.
  - Donar el consell breu acompanyat del fullet «Recomanacions dietètiques a HTA» disponible a e-SIAP.
  - Citar per controls posteriors amb la infermera de referència.
- Consultar de nou si aparició de signes d'alerta.

## Bibliografia



1. Ribera M, Caballero I. Crisis hipertensiva (AMF 2014) A partir de un síntoma. *amf-semfyc.com/web/article\_ver.php?id=1235* [consulta: 24 juny 2022].
2. Amat G, Rodríguez C. Elevació de la pressió arterial Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona. Institut Català de la Salut. 2018.
3. Elliot W, Varon J. Evaluation and treatment of hypertensive emergencies in adults. This topic last updated Jan 9, 2020. Bakris G, White W. Ed. Waltham, MA: UpToDate. *uptodate.com/contents/evaluation-and-treatment-of-hypertensive-emergencies-in-adults* [consulta: 24 juny 2022].
4. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. Guia d'intervencions d'infermera a Problemes de Salut Urgents. CASAP Castelldefels atenció primària CUAP. Primera edició, febrer de 2014, Primera revisió, gener de 2020.
5. Chayán Zas, Maria Luisa et al. Urgencias y emergencias hipertensivas. 2015.



<b>Crisi HTA</b>	La crisi hipertensiva es l'elevació aguda de la TA $\geq$ 180-120 mmHg (aquestes xifres varien segons el document consultat).
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals i familiars: edat, embaràs, malaltia prèvia (malaltia cardiovascular coneguda, temps d'evolució de l'HTA, crisis hipertensives prèvies), factors de risc cardiovascular, hàbits tòxics, fàrmacs i al·lèrgies.</li> <li>▪ Característiques de la crisi HTA:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants.</li> <li>▫ Tipus: EH, UH, falsa UH.</li> <li>▫ Perfil evolutiu: inici, intensitat, durada...</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants: associats a l'afectació aguda d'òrgans diana i altres símptomes (ansietat...).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general.</li> <li>▪ Constants: TA, Ta, FC, ritme cardíac, FR, saturació O<sub>2</sub>.</li> <li>▪ Confirmar braç control: 2 mesures a cada braç en un interval mínim d'1 minut.</li> <li>▪ Signes d'alerta/afectació aguda d'òrgans diana.</li> </ul>
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>
«Hipertensió...» (escollir el més adequat segons la clínica)	00267 «Riesgo de tensión arterial inestable» (escollir el més adequat segons la clínica)
<b>Pla d'actuació</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Emergència hipertensiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Sol·licitar valoració mèdica urgent.</li> <li>▫ Monitoritzar, ECG, canalitzar via intravenosa, administrar oxigenoteràpia (Si sat. O<sub>2</sub>&lt;95 %: GN 2lx /VM24) i tira d'orina.</li> <li>▫ Requereix derivació urgent a «Urgències hospitalàries».</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Urgència hipertensiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Valorar ECG.</li> <li>▫ Contacte amb el metge o la metgessa: Captopril<sup>®</sup> 25 mg via oral.</li> <li>▫ Repòs de 30 minuts i nova presa TA:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si persisteixen xifres <math>\geq</math> 180/120 es pot repetir la dosi de Captopril<sup>®</sup> 25mg a intervals de 30 minuts fins un màxim de 100 mg. Si en 2-3 hores no ha disminuït (TA &lt;180/120) considerar derivar a «Urgències hospitalàries».</li> <li>○ Si disminueix la TA &lt;180/120, considerar les opcions següents:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si el pacient no es coneixia hipertens, aquestes xifres són diagnòstiques d'HTA, derivar al professional de referència per incloure'l en el protocol d'HTA.</li> <li>– Si era hipertens conegut derivar al professional de referència per optimitzar el tractament.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ <b>Hipertensió sense situació de crisi hipertensiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Si TAS 160-179 i TAD 95-119: derivar al professional de referència.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Recomanacions:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Evitar factors desencadenants. Consultar de nou si aparició de signes d'alerta.</li> <li>▫ En el cas d'HTA no diagnosticada citar amb el professional de referència per a diagnòstic i incloure'l en el protocol d'HTA.</li> <li>▫ Si HTA coneguda: reforçar adherència al tractament, donar el consell breu acompanyat del fullet «Recomanacions dietètiques a HTA» disponible a e-SIAP i citar per controls posteriors amb la infermera de referència.</li> </ul> </li> </ul>	

## Dispnea

### Definició / Motiu de la consulta



La dispnea és la sensació subjectiva de dificultat de la respiració associada a un augment de l'esforç per respirar.<sup>1</sup> Pot ser aguda o crònica, depenent que s'instauri hores o dies i la seva intensitat pot ser variable. En l'aguda s'inclouen tant les afectacions de nova aparició com aquelles que es presenten per un empitjorament o agudització d'una ja existent, com poden ser una crisi d'asma o una descompensació d'una insuficiència cardíaca. Pot ser la principal manifestació de diverses malalties amb origen multifactorial pel que és fonamental fer una anamnesi i una exploració física detallades.

La dispnea aguda, en moltes ocasions, requereix una actuació urgent i la presa de decisions immediata,<sup>2</sup> si presenta algun dels criteris de gravetat següents:<sup>1</sup>

- Dolor toràcic o síncope.
- Obnubilació.
- Agitació psicomotriu.
- Fredor i pal·lidesa cutani-mucosa, cianosis central i perifèrica, fredor, sudoració.
- Impossibilitat de tossir o de parlar.
- Tiratge costal, ús de musculatura accessòria.
- Freqüència respiratòria (FR) > 30 rpm.
- Freqüència cardíaca (FC) >125 lpm.
- Tensió Arterial (TA) sistòlica <90 mmHg.
- Saturació O<sub>2</sub> (SatO<sub>2</sub>) < 90 % amb oxigenoteràpia.

### Anamnesi



#### 1) Antecedents personals i familiars:

- Edat.
- Malalties prèvies (atenció especial a les cardiopulmonars). Intervencions quirúrgiques recents, fractures, immobilitat, trombosi venosa.
- Factors de risc cardiovascular.
- Hàbits tòxics (tabac, alcohol, abús de drogues).
- Fàrmacs.
- Al·lèrgies.

#### 2) Característiques de la dispnea:

- Factors precipitants: repòs en els dies previs (possibilitat de tromboembolisme pulmonar), vòmits (possibilitat d'aspiració), ingesta d'un cos estrany, quadre catarral, situació emocional especial, inhalació de gasos, traumatismes, etc.
- Inici de la clínica (sobtat o progressiu, continu o intermitent).
- Tipus específics de dispnea: ortopnea, dispnea paroxística nocturna, dispnea de repòs o d'esforç.

## PI17 - Dispnea

### 3) Signes i símptomes acompanyants:

- Febre.
- Tos, expectoració.
- Presència d'edemes.
- Dolor toràcic.
- Dolor a les extremitats inferiors.

### Valoració



- 1) Estat general: nivell de consciència.
- 2) Exploració física:
  - Signes cutanis: pal·lidesa, cianosis central i perifèrica, fredor, sudoració.
  - Extremitats: valorar la presència de polsos perifèrics, dolor, edema, eritema, cordó venós...
  - Tòrax: ús de musculatura accessòria, tiratge intercostal, descoordinació toracoabdominal, espiració llarga i sorollosa, singlot/hiperventilació.
- 3) Constants vitals: SatO<sub>2</sub>, TA, FC, FR, temperatura corporal.
- 4) En presència de dolor toràcic fer un ECG. Si el grau de dispnea no és coherent amb l'història previ del pacient, valorar la necessitat d'ECG, encara que no hi hagi dolor toràcic.
- 5) Compliment del tractament.
- 6) Tècnica inhalatòria.
- 7) En pacients asmàtics mesurar el flux expiratori màxim mitjançant el mesurador de Peak Flow<sup>3</sup> per avaluar la gravetat de la crisi asmàtica, (vegeu la taula 1).

Taula 1. Avaluació de la gravetat de la crisi asmàtica segons el Comitè Executiu de la GEMA <sup>4</sup>				
	<i>Crisi lleu</i>	<i>Crisi moderada</i>	<i>Crisi greu</i>	<i>Crisi vital</i>
PEF				
MMP o valors de referència	> 70 %	< 70 %	< 50 %	No procedeix

PEF: flux expiratori màxim per minut.

MMP: millor valor personal que consti en la història clínica del pacient.

Per al càlcul és preferible emprar el valor percentual del millor valor personal previ del pacient dels últims anys, si és conegut. Si no es coneix, es pot emprar el valor percentual teòric que apareix en les taules disponibles.

### Diagnòstic

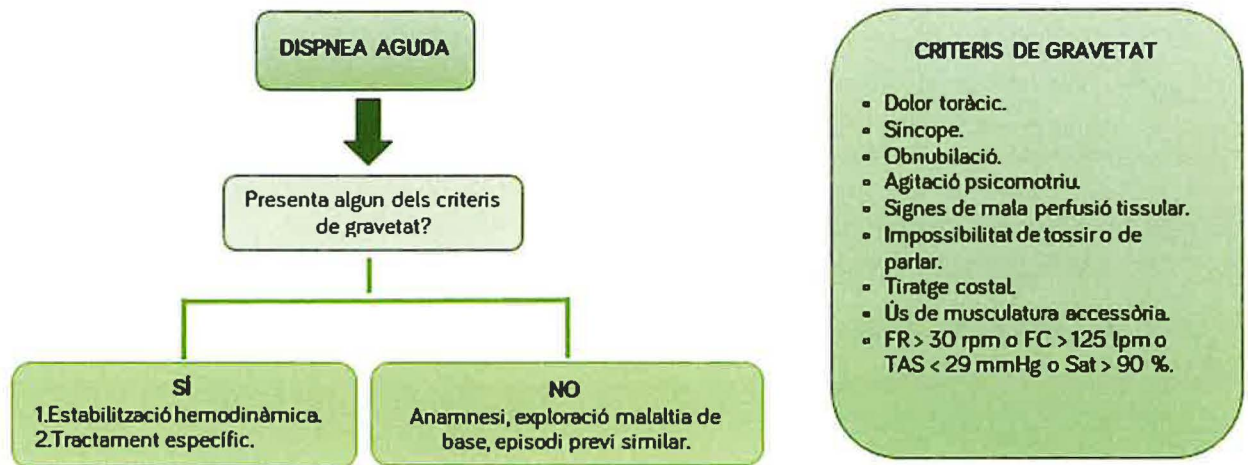


CIE-9      786.0 «Disnea y alteraciones respiratorias»  
 NANDA     00032 «Patrón respiratorio ineficaz»



## Pla d'actuació

Actuació conjunta amb el metge o la metgessa segons la presència o l'absència d'inestabilitat hemodinàmica i els criteris de gravetat del pacient,<sup>1</sup> (vegeu l'apartat «Definició / Motiu de la consulta»).



## Intervencions

### 1) Estabilització de la situació clínica:

- Repòs, mantenir el pacient assegut o tombat amb elevació del tors i el cap a 45°.
- Garantir la permeabilitat de la via aèria.
- Oxigenoteràpia, si cal, depenent de la saturació d'O<sub>2</sub> i de les possibles causes,<sup>5</sup> (vegeu la taula 2).

Taula 2. Criteris aplicables en oxigenoteràpia	
Causas	Actuació
Insuficiència cardíaca	Mantenir SatO <sub>2</sub> > 95 % o > 90 % en MPOC.
Edema agut de pulmó	Oxigenoteràpia amb una FiO <sub>2</sub> del 35 % al 100 %.
MPOC	Mantenir SatO <sub>2</sub> > 90 %, excepte si se sospita d'hipercàpnia*. És preferible administrar amb la màscara Venturi que amb ulleres nasals, es pot arribar aproximadament fins al 50 % de FiO <sub>2</sub> .
Crisi asmàtica	Mantenir SatO <sub>2</sub> > 92 % (o > 95% en dones embarassades o en pacients amb malaltia cardíaca). Administrar amb màscara Venturi o amb màscara amb reservori, amb una FiO <sub>2</sub> del 28-32 %. Qualsevol crisi asmàtica amb afectació de la saturació d'O <sub>2</sub> s'ha de considerar d'alt risc.
Tromboembolisme pulmonar	Sol requerir oxigen nasal suplementari, encara que rarament necessita ventilació mecànica.

(\*) Casos d'hipoxèmia/hipercàpnia:

- Si se sospita d'hipercàpnia no s'han de superar els 2 l/min o el 28 % de fracció d'oxigen inspirat (FiO<sub>2</sub>).
- En cas d'hipoxèmia greu, que el pacient no respongui amb la màscara Venturi, i si no existeix sospita d'hipercàpnia, està indicada la màscara amb reservori que administra FiO<sub>2</sub> del 90 %, encara que requereixi elevats fluxos d'oxigen.

## PI17 - Dispnea

- Si amb cap d'aquests mètodes no s'aconsegueix millorar la hipoxèmia, o existeix hipercàpnia que limiti el tractament, l'única solució és recórrer a la ventilació mecànica.

Taula 3. Flux de font d'oxigen segons dispositiu (ulleres nasals i màscares Ventimask®)							
Flux l/min	3	4	6	8	10	12	15
Fracció inspiratòria d'Oxigen (FiO <sub>2</sub> %)	24	24	28	31	35	40	50

En cas de ser suficient la oxigenoteràpia amb ulleres nasals, s'ha d'establir un flux d'O<sub>2</sub> de 2 l/min.

- Monitoratge de les constants: TA, FC, FR i SatO<sub>2</sub>.
  - Via venosa i fluidoteràpia, si cal:<sup>5</sup>
    - Insuficiència cardíaca: restricció de líquids (1.000 ml c/24 h de sèrum fisiològic), excepte si hi ha hipotensió.
    - Edema agut de pulmó: sèrum glucosat a un ritme de manteniment.
- 2) Tractament específic segons les causes després de la valoració mèdica.
- Dispnea en pacient amb MPOC.<sup>5</sup>

En la taula 4 es mostra el tractament d'agudització de l'MPOC.

Taula 4. Tractament de l'agudització de l'MPOC <sup>5</sup>	
Tractament farmacològic	Indicació
Broncodilatadors	Base del tractament agut; generalment en forma de beta-2-agonista d'acció curta (salbutamol i terbutalina) o anticolinèrgics d'acció curta com el bromur d'ipratropi. La teràpia combinada augmenta el grau de broncodilatació i disminueix els possibles efectes secundaris. Es recomana l'ús de càmeres espaiadores en comptes de nebulitzadors en casos de crisis que no precisin emprar oxigenoteràpia.
Corticoides orals	Milloren la recuperació de l'agudització de l'MPOC moderada i greu, redueixen la necessitat de més fàrmacs i escurcen la durada del procés (fins i tot en cas d'ingrés hospitalari). Han d'emprar-se en dosi de 0,5 mg/kg de pes al dia, entre 5 i 10 dies, sense necessitat de pautar una reducció gradual de la dosi. En aguditzacions greus o dificultat per a la ingesta oral, es poden administrar per via endovenosa.
Antibiòtics	No estan indicats de manera rutinària. En cas d'esputs de característiques purulentes, s'ha de pautar antibioteràpia empírica dirigida contra els gèrmens més habituals i, si és possible, per via oral.
Altres tractaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corticoides inhalats: la indicació de corticoides inhalats després de l'agudització s'ha d'avaluar després de la crisi.</li> <li>- Teofil·lina: no està indicada com a tractament per reagudització. Mantenir la mateixa pauta si ja estava prescrita.</li> <li>- Diürètics: pautar-los en cas d'insuficiència cardíaca.</li> <li>- Mucolítics i antitussígens: no estan indicats.</li> <li>- Fisioteràpia respiratòria: no està indicada de manera sistemàtica en l'agudització, encara que sí a llarg termini.</li> </ul>

- Dispnea per crisi asmàtica<sup>5</sup>
  - Tractament inicial segons avaluació inicial de gravetat i PEF

PI17 - Dispnea

Taula 5. Tractament inicial de la crisi d'asma segons la gravetat (PEF)	
PEF > 70 % Crisi lleu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salbutamol o terbutalina (2-8 pufs amb càmera espaiadora, fins a 3 vegades la primera hora).</li> <li>- Si el pacient no millora inicialment, o ja n'havia pres, s'han d'afegir corticoides orals.</li> </ul>
PEF 50-70 % Crisi moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salbutamol o terbutalina amb càmera espaiadora: (4-10 pufs, fins a 3 vegades la primera hora).</li> <li>- Només si el pacient no millora inicialment amb salbutamol, s'ha de valorar afegir ipratropi: (4-8 pufs amb càmera) després del salbutamol.</li> <li>- Cal afegir-hi sempre corticoides orals.</li> </ul>
PEF < 50 % Crisi greu <sup>(*)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salbutamol + ipratropi amb nebulització si hi ha hipoxèmia, fins a 3 vegades la primera hora.</li> <li>- Només si el pacient no respon inicialment amb BD, s'ha de valorar afegir-hi budesonida inhalada a la nebulització.</li> <li>- Corticoides orals o per via intravenosa sempre.</li> </ul>

(\*) En cas de criteris clínics d'extrema gravetat, enviar a l'hospital amb ambulància medicalitzada i assegurar l'estabilitat hemodinàmica i la via aèria.

- o Revaluació (crisi lleu/moderada): examen físic, PEF, pulsioximetria. Pla d'actuació segons la resposta (vegeu la taula 6).

Taula 6. Revaluació i tractament de la crisi d'asma		
Resposta	Criteris	Intervencions
Bona resposta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PEF &gt; 80 %.</li> <li>- SatO<sub>2</sub> &gt; 95 %.</li> <li>- Absència de dispnea.</li> <li>- Millorança mantinguda 1-3 hores després del tractament.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta al domicili amb tractament pautat (s'ha d'iniciar si no ho tenia prescrit i s'ha d'augmentar la dosi si ho tenia pautat).</li> <li>- Pauta curta de corticoides orals 5 dies.</li> <li>- Prescriure càmera d'inhalació en pacients tractats amb inhalador de cartutx pressuritzat.</li> <li>- Revisar tècnica d'inhalació.</li> <li>- Pla d'actuació per escrit.</li> <li>- Citar amb el metge de família en les 48-72 hores següents.</li> </ul>
Resposta incorrecta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PEF 50-70 %.</li> <li>- Síntomes moderats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhalació de beta-2-agonista + bromur amb càmera espaiadora o amb nebulització.</li> <li>- Oxigen en cas de disminució de SatO<sub>2</sub>.</li> <li>- Corticoides sistèmics.</li> <li>- Si millora: alta al domicili amb tractament pautat (vegeu casella superior).</li> <li>- Si no millora: derivar a l'hospital amb ambulància medicalitzada i monitoritzat.</li> </ul>
Agreujament	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PEF &lt; 50 %.</li> <li>- Síntomes greus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derivar a l'hospital amb ambulància medicalitzada i monitoritzat.</li> </ul>

- Altres causes de dispnea. Si la causa de la dispnea és per insuficiència cardíaca o per edema agut de pulmó o està associada a un tromboembolisme pulmonar s'han d'aplicar els tractaments específics per a cada cas.

## PI17 - Dispnea

### Recomanacions

- Citar amb el metge de família en les 48-72 hores següents per a revisió.
- En pacients amb episodis de dispnea sense un diagnòstic identificat, citar per fer una espirometria i donar les instruccions prèvies a la prova.
- En pacients fumadors, donar consell breu: [caib.es/sites/taquisme/és/guias\\_i\\_recomanacions-86940/](http://caib.es/sites/taquisme/és/guias_i_recomanacions-86940/), i citar per a possible intervenció.
- En casos de medicació inhalada, prescriure càmera d'inhalació als pacients tractats amb inhalador de cartutx pressuritzat.
- Revisar tècnica d'inhalació en tots els casos.
- Citar amb infermeria en menys de dues setmanes per revisar la tècnica d'inhalació i el pla d'actuació.
- En malalts respiratoris, establir un pla d'actuació per escrit.

### Consideracions especials

- Si clínica compatible amb sospita COVID, actuar segons protocol sospita COVID vigent.
- Es recomana l'ús de càmeres espaiadores en comptes d'aerosols, en casos de crisis lleus o moderades.
- En el cas de dispnea secundària a crisi d'ansietat cal aplicar el protocol corresponent.

### Bibliografia



1. Fernández MJ, Landaluce M, Mora E, De la Fuente A, Rodríguez ML. Valoración de la disnea como síntoma urgente en atención primaria. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Ergon Creación, S. A. 2018. [mqjmf.org/valoracion-de-la-disnea-como-sintoma-urgente-en-atencion-primaria/](http://mqjmf.org/valoracion-de-la-disnea-como-sintoma-urgente-en-atencion-primaria/) [consulta: 27 juny 2022].
2. Irizar MI, Martínez JM. Disnea aguda. Fisterra 2016.
3. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. Guia d'intervenció infermera. CASAP Castelldefels atenció primària. CUAP. Primera edició, febrer de 2014, primera revisió, gener de 2020. Edició online.
4. Comité Ejecutivo de la GEMA.GEMA 5.0. Guia Española para el manejo del asma. Madrid 2020.
5. Abreu DT., Adánez MG, Alcalá J, Alonso MF, Alonso EM, Alvarado C. Manual d'Urgències i Emergències. Grup d'Urgències i Atenció Continuada de la semFYC. 2a edició. Barcelona 2012.
6. Flor X, Álvarez S. Guia Asmagrap 2020.

## PI17 - Dispnea



### Dispnea

La dispnea és la sensació subjectiva de dificultat de la respiració associada a un augment de l'esforç per respirar. Pot ser aguda o crònica, i d'intensitat variable. La dispnea aguda requereix una actuació urgent davant la presència d'algun d'aquests símptomes greus: dolor toràcic o síncope, obnubilació, agitació psicomotriu, fredor i pal·lidesa cutània-mucosa, cianosis central i perifèrica, fredor, sudoració, impossibilitat de tossir o de parlar, tiratge costal, ús de musculatura accessòria, FR > 30 rpm, FC > 125 lpm, TAS < 90 mmHg, SatO<sub>2</sub> < 90 % amb oxigenoteràpia.

### Anamnesi

- Antecedents personals:
  - Edat.
  - Malalties prèvies (cardiopulmonars).
  - Intervencions quirúrgiques recents, fractures, immobilitat.
  - Factors de risc cardiovascular.
  - Hàbits tòxics.
  - Fàrmacs
  - Al·lèrgies.
- Característiques de la dispnea:
  - Factors precipitants.
  - Inici de la clínica.
  - Tipus específics de dispnea: ortopnea, dispnea paroxística nocturna, dispnea de repòs o d'esforç.
- Signes i símptomes acompanyants: febre, tos, expectoració, edemes i dolor EEII, dolor toràcic.

### Valoració

- Estat general: nivell de consciència.
- Signes cutanis: pal·lidesa, cianosis, fredor, sudoració.
- Extremitats: polsos perifèrics, dolor, edema...
- Tòrax: tiratge intercostal, descoordinació toracoabdominal, espiració llarga i sorollosa, singlot/hiperventilació.
- Constants vitals: SatO<sub>2</sub>, TA, FC, FR, Ta.
- Valorar necessitat d'ECG, encara que no hi hagi dolor toràcic.
- Compliment del tractament.
- Tècnica inhalatòria.

En pacients asmàtics mesurar el flux expiratori màxim (PEF)

	<i>Crisi lleu</i>	<i>Crisi moderada</i>	<i>Crisi greu</i>	<i>Crisi vital</i>
PEF	> 70 %	< 70 %	< 50 %	No procedeix

### Diagnòstic CIE-9

786.0 «Disnea y alteraciones respiratorias»

### NANDA

00032 «Patrón respiratorio ineficaz»

### Pla d'actuació

- Estabilització de la situació clínica:  
Repòs, mantenir el pacient assegut o tombat amb elevació del tors i el cap 45°. Garantir la permeabilitat de la via aèria. Oxigenoteràpia, si cal, i depenent de la saturació d'O<sub>2</sub> i de les possibles causes. Monitoratge de constants: TA, FC, FR i SatO<sub>2</sub>. Via venosa i fluidoteràpia, si cal.
- Tractament específic: segons l'afectació, després de la valoració mèdica.
- Consideracions especials:
  - Si clínica compatible amb sospita COVID, actuar segons protocol sospita COVID vigent.
  - En el cas de dispnea secundària a crisi d'ansietat aplicar el protocol corresponent.
- Recomanacions:
  - Citar amb el metge de família en les 48-72 hores següents per a revisió.
  - En pacients amb episodis de dispnea, sense un diagnòstic identificat, citar per fer una espirometria.
  - En pacients fumadors, donar consell breu i citar per a possible intervenció.
  - En casos de medicació inhalada, prescriure càmera d'inhalació.
  - Revisar tècnica d'inhalació en tots els casos.<sup>7</sup>
  - Citar amb infermeria en menys de dues setmanes per revisar tècnica d'inhalació i pla d'actuació.
  - En malalts respiratoris, establir un pla d'actuació per escrit.



## Cefalea

### Definició / Motiu de la consulta



La cefalea consisteix en el dolor o en la molèstia localitzada en qualsevol part del cap. El 90 % de les cefalees són primàries, sense substrat anatòmic aparent que les justifiqui i, el seu diagnòstic és fonamentalment clínic.<sup>1,2</sup>

### Anamnesi



#### 1) Antecedents personals i familiars:

- Antecedents familiars de cefalees.
- Edat i sexe. És important perquè les cefalees primàries són més freqüents en les dones, la migranya sol començar en la joventut i, la cefalea tensional és més típica de l'edat adulta. En pacients majors de 50 anys, pot estar relacionada amb processos més greus.<sup>1</sup>
- Embaràs.
- Malaltia prèvia (HTA, diabetis...).
- Hàbits tòxics: alcoholisme, drogues.
- Fàrmacs i al·lèrgies. Resposta a tractaments anteriors.

#### 2) Característiques de la cefalea:

- Factors precipitants: estrès, alcohol, menstruació, traumatisme...
- Tipus: pulsativa, lancinant, opressiva...
- Localització del dolor (frontal, hemicranial, afectació a l'ull...) i irradiació.
- Perfil evolutiu: instauració brusca o progressiva, durada de l'episodi (hores, dies...), freqüència, intensitat (es pot emprar l'escala EVA).

#### 3) Signes i símptomes acompanyants:

- Migranya<sup>3</sup>: fotofòbia, fonofòbia, nàusees, vòmits, focalitat neurològica transitòria (< 60').
- Cefalea tensional:<sup>4</sup> ansietat, cansament...
- Cefalea arraimada:<sup>5</sup> llagremeig, miosi, ptosi, injecció conjuntival, sudoració, rinorrea, inquietud...
- Procés infecció (meningitis): febre, vòmits...
- Lesions intracrànials: vòmits, diplopia, alteracions del nivell de consciència, convulsions...
- Glaucoma: dolor ocular, ull vermell, llagremeig...

## P118 - Cefalea

### Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Constants: TA, FC, FR, temperatura corporal. Glucèmia, si procedeix.
- 3) Valoració neurològica:<sup>1</sup> nivell de consciència, alteracions del llenguatge, signes d'irritació meníngia, coordinació i marxa.

### Diagnòstic



CIE-9 784.0 «Cefalea»  
NANDA 00132 «Dolor agudo»  
00133 «Dolor crónico»  
(Escollir el més adequat segons la clínica)

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general: febre, nàusees o vòmits.
- Afectació neurològica o psiquiàtrica rellevant.
- TA  $\geq$  180-120 mmHg (vegeu el protocol gestió de la demanda «Crisi HTA»).
- Cefalea intensa d'inici sobtat o de característiques atípiques.
- Cefalea moderada o greu.
- Sospita de cefalea migranyosa.
- Pacients amb tractament anticoagulant, immunodeprimits o oncològics.
- No resposta a tractament anterior.

### Intervencions

- Tractament de la cefalea lleu: paracetamol 500 mg/8 hores o ibuprofè 400 mg/8 hores (adequar segons l'afectació).

### Recomanacions

- Evitar factors desencadenants/agreujants.
- Consells d'higiene ambiental:<sup>2</sup>renou, il·luminació (en el cas de migranya repòs en habitació fosca i en silenci).
- La relaxació i els exercicis de la musculatura del coll poden ser útils.<sup>2</sup>
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta.
- Contactar amb el professional de referència. Considerar tractament profilàctic en cas de crisi recurrent.

## Bibliografia



1. González C, Jurado CM, Viguera J. Romero. Guía Oficial de Cefaleas 2019. Madrid: Grupo de Estudios de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología-MEDEA, 2019. *saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/03/Guia\_Cefaleas\_san-2019.pdf* [consulta: 4 juliol 2022].
2. Amat G, Beguer N. Cefalea. Gestió infermera de la demanda atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2018.
3. Bajwa, Zahid H. Smith, Jonathan H. Acute treatment of migraine in adults. This topic last updated: Nov 20, 2014. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2014.
4. Suárez R, Gómez R, Romay E, Pedrosa C, García B, Piñeiro JC. Cefalea tensional. Fistera 2017.
5. Louro A, Costa C. Cefalea en racimos. Fistera 2017.



<b>Cefalea</b>	La cefalea consisteix en el dolor o en la molèstia localitzada en qualsevol part del cap. El 90 % de les cefalees són primàries, sense substrat anatòmic aparent que les justifiqui i, el seu diagnòstic és fonamentalment clínic.	
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals i familiars:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antecedents familiars de cefalees, edat i sexe, embaràs, malaltia prèvia (HTA, diabetis...), hàbits tòxics, fàrmacs i al·lèrgies. Resposta a tractaments anteriors.</li> </ul> </li> <li>▪ Característiques de la cefalea:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants: estrès, alcohol, menstruació, traumatisme...</li> <li>▫ Tipus: pulsativa, lancinant, opressiva...</li> <li>▫ Localització del dolor (frontal, hemicranial, afecta l'ull...) i irradiació.</li> <li>▫ Perfil evolutiu: instauració brusca o progressiva, durada de l'episodi, freqüència, intensitat.</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Migranya: fotofòbia, fonofòbia, nàusees, vòmits, focalitat neurològica transitòria (&lt; 60').</li> <li>▫ Cefalea tensional: ansietat, cansament...</li> <li>▫ Cefalea arraïmada: llagimeig, miosi, ptosi, injecció conjuntival, sudoració, rinorrea, inquietud...</li> <li>▫ Procés infecció (meningitis): febre, vòmits...</li> <li>▫ Lesions intracranials: vòmits, diplopia, alteracions del nivell de consciència, convulsions...</li> <li>▫ Glaucoma. dolor ocular, ull vermell o llagimeig.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general.</li> <li>▪ Constants: TA, FC, FR, temperatura corporal. Glucèmia, si procedeix.</li> <li>▪ Valoració neurològica: nivell de consciència, alteracions del llenguatge, signes d'irritació meningia, coordinació i marxa.</li> </ul>	
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>	
784.0 «Cefalea»	00132 «Dolor agudo» 00133 «Dolor crónico» (Escriure el més adequat segons la clínica)	
<b>Pla d'actuació</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Afectació de l'estat general: febre, nàusees o vòmits.</li> <li>▫ Afectació neurològica o psiquiàtrica rellevant.</li> <li>▫ TA <math>\geq</math> 180-120 mmHg (vegeu protocol «Crisi HTA»).</li> <li>▫ Cefalea intensa d'inici sobtat o de característiques atípiques.</li> <li>▫ Cefalea moderada o greu.</li> <li>▫ Sospita de cefalea migranyosa.</li> <li>▫ Pacients amb tractament anticoagulant, immunodeprimits o oncològics.</li> <li>▫ No resposta a tractament anterior.</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Cefalea lleu: paracetamol 500 mg/8 hores o ibuprofè 400 mg/8 hores (segons afectació).</li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Evitar factors desencadenants/agreujants.</li> <li>▫ Consells d'higiene ambiental.</li> <li>▫ Relaxació i exercicis de la musculatura del coll.</li> <li>▫ Consultar de nou si apareixen signes d'alerta.</li> <li>▫ Contactar amb el professional de referència. (Considerar el tractament profilàctic en cas de crisi recurrent).</li> </ul> </li> </ul>		

## Crisi d'ansietat

### Definició / Motiu de la consulta



La crisi d'ansietat, també anomenada *crisi d'angoixa* o *atac de pànic*, es caracteritza per l'aparició sobtada de símptomes de por o de malestar intens que arriba al nivell màxim en pocs minuts i va acompanyada de símptomes físics i/o cognitius. La crisi d'ansietat pot ésser esperada, en resposta a objectes i a situacions típicament temudes o inesperades, sense raó aparent (DSM-5).<sup>1</sup>

Quan la crisi de ansietat es produeix de forma recurrent i hi ha por constant a patir un altre atac es defineix com *trastorn de pànic*.

### Anamnesi



Cal fer-la quan el pacient estigui tranquil i, si s'estima oportú, contrastar la informació amb un familiar o una persona acompanyant.

#### 1) Antecedents personals i familiars:

- Edat.
- Malaltia prèvia:<sup>2,3</sup> diagnòstics de salut mental (trastorns de l'estat d'ànim, ansietat, fòbies...) i altres malalties que poden causar símptomes similars als que es descriuen en una crisi d'ansietat (hipertiroidisme, feocromocitoma...).
- Factors de risc cardiovascular.
- Fàrmacs habituals i de prescripció recent<sup>2</sup> que poden relacionar-se amb l'augment de l'ansietat i repercutir amb insomni (broncodilatadors, anticonceptius, antiparkinsonians, insulina, fàrmacs digitals, antidepressius inhibidors de la serotonina, alguns antibiòtics) i al·lèrgies.
- Hàbits tòxics.<sup>2</sup> Descartar l'abús de drogues estimulants o al·lucinògenes o l'abstinència d'ansiolítics i/o alcohol.

#### 2) Característiques de la crisi d'ansietat:

- Valorar possibles desencadenants, per exemple una situació de violència.
- Demanar sobre altres episodis similars (durada, resolució, tractament).
- Temps d'evolució.

#### 3) Signes i símptomes acompanyants:

- Manifestacions psicològiques:<sup>2</sup> por a perdre el control, desrealització (sensació d'irrealitat) o despersonalització (separar-se d'un mateix), por a morir.
- Manifestacions físiques:<sup>4</sup> elevació de la TA, dispnea, palpitations, sudoració, tremolors, dolors, tensió muscular, formigueig, mareig, trastorns gastrointestinals...

## PI19 – Crisi d'ansietat

### Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Valorar TA, FC, FR, SatO<sub>2</sub>, tipus de respiració, glucèmia (hipoglucèmia), signes de tetània.
- 3) Valorar dolor toràcic. Si dolor precordial opressiu, fer un ECG.
- 4) Valorar el risc de suïcidi (\*)<sup>5</sup>.

(\*) El risc de suïcidi no és gaire elevat en els trastorns d'ansietat, però es veu molt incrementat si aquests trastorns coexisteixen amb problemes de salut mental, com trastorns de la personalitat, trastorns de l'humor o trastorns per abús de substàncies tòxiques. Fer la valoració només si hi ha altres indicadors de risc de suïcidi com: manifestacions verbals durant la crisi («no vull viure», «no puc més») o manifestacions conductuals d'autòlisi. Si no es pot fer en el mateix moment, cal citar el pacient pel dia següent amb el professional de referència.

### Diagnòstic



CIE-9      300.0    «Estados de ansiedad»  
              300.0.0   «Estado de ansiedad no especificado»  
              300.0.1   «Trastorno de pánico»

NANDA      00146   «Ansiedad»

Triar el més adequat segons la clínica.

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general.
- Episodi que no remet amb mesures de relaxació, conductuals i de suport.
- Secundària a fàrmacs o a consum de substàncies tòxiques.
- Dolor toràcic intens o alteracions a l'ECG.
- Comorbiditat psiquiàtrica o orgànica.
- Risc de suïcidi i/o idees autolítiques estructurades.
- Valorar fer un «Parte de lesiones».
- Presència de signes o símptomes de qualsevol tipus de violència (cal activar el protocol adient i fer el comunicat de lesions pertinent).

### Intervencions

- Comprensió i escolta empàtica en un ambient tranquil.
- En cas que s'acompanyi d'un episodi d'hiperventilació, cal tranquil·litzar el pacient i normalitzar-li la respiració. Per fer-ho cal recomanar respirar amb els llavis frunzits, com si tractés d'apagar una espelma o tapar-se la boca i una fossa nasal i respirar per la que queda destapada.<sup>4</sup> Una altre opció, és col·locar una bossa de paper o una màscara tancada sobre la boca i el nas durant uns minuts.
- Psicoteràpia de suport<sup>2,6</sup> (tècniques de relaxació, exercicis de respiració...).
- Si precisa tractament farmacològic contactar amb el metge o la metgessa per valorar el tractament amb alprazolam 0.5-1 mg via oral o sublingual<sup>6</sup> o diazepam 5mg sublingual.<sup>7</sup>

## PI19 – Crisi d'ansietat

### Recomanacions

- Evitar situacions desencadenants o precipitants.
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta o es repeteixen els episodis.
- Citar amb el professional de referència per a fer-li un seguiment, especialment en casos de malaltia psiquiàtrica subjacent o risc de suïcidi.

### Bibliografia



1. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (5ª. ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo, 2008.
3. González M, Fadón P. Protocolo diagnóstico y terapéutico del trastorno por crisis de ansiedad. *Medicine*, 2019;12(84):4957-61. [sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219302045](https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.005) [consulta: 7 juliol 2022].
4. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. Guia d'intervencions d'infermeria a Problemes de Salut Urgents CASAP. 1ª ed. 2014, 1ª rev. 2020. Castelldefels: CASAP, 2020.
5. Amat G, Beguer N. Crisi d'ansietat. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2018.
6. Gómez N, Lois M. Crisis de pánico. Fistera, 2019.
7. Reyes R, de Portugal E. Trastorno de la ansiedad. *Medicine*, 2019;12(84):4911-17. [sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219301982](https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002) [consulta: 7 juliol 2022].

## PI19 – Crisi d'ansietat



**Crisi d'ansietat**

La crisi d'ansietat, també anomenada *crisi d'angoixa* o *atac de pànic*, es caracteritza per l'aparició sobtada de símptomes de por o de malestar intens que arriba al nivell màxim en pocs minuts, acompanyat de símptomes físics i/o cognitius. La crisi d'ansietat pot ser esperada, en resposta a objectes i situacions típicament temudes o inesperades, sense raó aparent (DSM-5).<sup>1</sup>

Anamnesi	Valoració
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals i familiars:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Edat.</li> <li>▫ Malaltia prèvia: diagnòstics de salut mental (trastorns de l'estat d'ànim, ansietat, fòbies...) i altres malalties que poden causar símptomes similars als que es descriuen en una crisi d'ansietat (hipertiroidisme, feocromocitoma...).</li> <li>▫ Factors de risc cardiovascular.</li> <li>▫ Fàrmacs habituals i al·lèrgies.</li> <li>▫ Fàrmacs de prescripció recent que poden repercutir en ansietat, insomni...</li> <li>▫ Hàbits tòxics (drogues, abstinència d'ansiolítics i/o alcohol).</li> </ul> </li> <li>▪ Característiques de la crisi d'ansietat:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Valorar possibles desencadenants, per exemple una situació de violència.</li> <li>▫ Demanar sobre altres episodis similars.</li> <li>▫ Temps d'evolució.</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Manifestacions psicològiques: por a perdre el control, desrealització o despersonalització, por a morir.</li> <li>▫ Manifestacions físiques: elevació de la TA, dispnea, palpitations...</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general.</li> <li>▪ Valorar TA, FC, FR, SatO<sub>2</sub>, tipus de respiració, glucèmia (hipoglucèmia), signes de tetània.</li> <li>▪ Valorar dolor toràcic. Si dolor precordial opressiu, fer ECG.</li> <li>▪ Valorar el risc de suïcidi.</li> </ul>

Diagnòstic CIE-9	NANDA
300.0 «Estados de ansiedad» 300.0.0 «Estado de ansiedad no especificado» 300.0.1 «Trastorno de pánico» Triar el més adequat segons la clínica.	00146 «Ansiedad»

Pla d'actuació
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Afectació de l'estat general</li> <li>▫ Episodi que no remet amb mesures de relaxació, conductuals i de suport.</li> <li>▫ Secundària a fàrmacs o a consum de substàncies tòxiques.</li> <li>▫ Dolor toràcic intens o alteracions a l'ECG.</li> <li>▫ Comorbiditat psiquiàtrica o orgànica.</li> <li>▫ Risc de suïcidi i/o idees autolítiques estructurades.</li> <li>▫ Valorar fer un «Parte de lesiones».</li> <li>▫ Presència de signes o de símptomes de qualsevol tipus de violència (cal activar el protocol adient i fer el comunicat de lesions pertinent).</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Comprensió i escolta empàtica en un ambient tranquil.</li> <li>▫ En cas d'hiperventilació, tranquil·litzar el pacient. Recomanar respirar amb els llavis frunzits, com si tractés d'apagar una espelma o tapar-se la boca i una fossa nasal i respirar per la que queda destapada. Una altra opció és col·locar una bossa de paper o una mascareta tancada sobre la boca i el nas durant uns minuts.</li> <li>▫ Psicoteràpia de suport (tècniques de relaxació...).</li> <li>▫ Si precisa tractament farmacològic contactar amb el metge o la metgessa per valorar el tractament amb diazepam 5 mg sublingual o alprazolam 0.5-1 mg via oral o sublingual.</li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Evitar situacions desencadenants o precipitants.</li> <li>▫ Consultar de nou si apareixen de signes d'alerta.</li> <li>▫ Citar amb el professional de referència per a seguiment (patologia psiquiàtrica subjacent o risc de suïcidi).</li> </ul> </li> </ul>

## Mareig

### Definició / Motiu de la consulta



El terme *mareig* es refereix a una sensació subjectiva i inespecífica que compren un conjunt de situacions que tenen en comú una alteració de l'equilibri o de la consciència, i que resulten especialment desagradables per a la persona que els pateix.

Els motius de consulta poden ser, entre d'altres:<sup>1,2,3</sup>

- Inestabilitat: dificultat per mantenir la postura o l'equilibri, cosa que provoca que el pacient necessiti punts de suport.
- Vertigen: sensació subjectiva de rotació o de desplaçament de l'entorn, o del propi cos respecte a l'entorn (il·lusió de moviment).
- Desequilibri: pèrdua del punt de gravetat del cos.
- Defalliment, presíncope o prelipotímia: sensació imminent de pèrdua de la consciència.
- Debilitat: pèrdua de la força muscular.

És important distingir entre un mareig i un mareig amb afectació neurològica o cardíaca que requereix una atenció immediata.

### Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
  - Edat i sexe. Prevalença elevada en les persones majors (fins un 38 %) i, a més, s'associa al risc de caigudes, discapacitat funcional, institucionalització i, fins i tot, la mort.<sup>2</sup>
  - Embaràs.
  - Hàbits tòxics: alcoholisme, drogues.
  - Fàrmacs habituals i de prescripció recent (hipotensors, opioides, ansiolítics ...). Productes d'herbolari.
  - Malaltia prèvia<sup>4</sup> (HTA, DM, anèmia, traumatisme previ, episodis anteriors de marejos...).
- 2) Característiques del mareig:
  - Inici: l'activitat que estava fent el pacient en el moment de produir-se.
  - Intensitat i durada. Evolució de l'episodi.
  - Factors desencadenants o que el modifiquen:<sup>2</sup>
    - Canvis de la posició corporal.
    - Activitat física.
    - Influència de la foscor o de l'oclusió ocular.
- 3) Signes i símptomes acompanyants:
  - Hipoacúsia, acúfens...
  - Símptomes neuropsiquiàtrics: ansietat, depressió, diplopia, hipoestèsia, pèrdues visuals, disàrtria, atàxia.
  - Símptomes cardiorespiratoris.
  - Altres: vòmits, deshidratació, hemorràgia...

## Valoració



- 1) Constants i paràmetres: TA (a ambdós braços, valorar canvis de la pressió arterial amb l'ortostatisme) i FC. Si precisa, FR, SatO<sub>2</sub>, temperatura corporal (la febre es pot expressar com a mareig), glucèmia i tira d'orina.
- 2) Si símptomes cardíacs o sense causa clara, fer ECG.<sup>3</sup>
- 3) Estat de la pell i de les mucoses (si pallidesa).
- 4) Otoscòpia bilateral: descartar la presència de taps de cerumen, cossos estranys, malaltia de l'oïda mitjana...
- 5) Valorar zona cervical: contractures, punts dolorosos...
- 6) Valorar l'estabilitat i la marxa.

## Diagnòstic



CIE-9        780.4 «Vértigo y mareos»  
NANDA        00155 «Riesgo de caída»  
(Triar el més adequat segons la clínica)

## Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Febre.
- Afectació neurològica: síncope/vertigen recidivant, recurrent i/o crònic, alteració del nivell de consciència, disàrtria, sospita d'ictus, cefalea...
- Simptomatologia intensa de mareig, otàlgia, vòmits freqüents...
- Alteració de l'ECG (isquèmia, bloqueig AV complet, taquiarítmies, QT allargat...).
- Sospita de mareig secundari a fàrmacs.

## Intervencions

Segons l'orientació diagnòstica:

- Ortostatisme: evitar aquelles situacions, moviments o postures que han provocat crisis amb anterioritat.
- Psicogen: ansietat, agorafòbia. Protocol gestió infermera de la demanda «Crisi d'ansietat».
- Hipoglucèmia lleu: protocol gestió infermera de la demanda «Hipoglucèmia».
- Tap de cerumen: protocol gestió infermera de la demanda «Tap de cerumen».

## Recomanacions

- Evitar situacions i factors desencadenants (moviments bruscos, àpats copiosos, estímuls visuals...).
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta.
- Contactar amb el professional de referència.

## Bibliografia



1. García R. Mareo. Fistera 2019.
2. Branch W, Barton J. Approach to the patient with dizziness. This topic last updated: Feb 11, 2020. Waltham, MA: UpToDate. [uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-dizziness](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-dizziness) [consulta: 5 juliol 2022].
3. Zwergal, Andreas; Dieterich, Marianne. Vertigo and dizziness in the emergency room. *Current Opinion in Neurology*. 2020; 33(1): 117-125.
4. Amat G, Beguer N. Mareig. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut. 2018.



**Mareig**

El terme *mareig* es refereix a una sensació subjectiva i inespecífica que compren un conjunt de situacions que tenen en comú una alteració de l'equilibri o de la consciència, i que resulten especialment desagradables per a la persona que els pateix.

És important distingir entre un mareig i un mareig amb afectació neurològica o cardíaca que requereix una atenció immediata.

Anamnesi	Valoració
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals i familiars:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Edat i sexe, embaràs, hàbits tòxics, fàrmacs habituals i de prescripció recent, productes d'herbolari, malaltia prèvia (HTA, DM, anèmia, traumatisme previ, episodis anteriors de marejos...).</li> </ul> </li> <li>▪ Característiques del mareig:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Inici.</li> <li>▫ Intensitat i durada. Evolució de l'episodi.</li> <li>▫ Factors desencadenants o que el modifiquen:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Canvis de la posició corporal.</li> <li>- Activitat física.</li> <li>- Influència de la foscor o de l'oclusió ocular.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hipoacúsia, acúfens...</li> <li>▫ Símptomes neuropsiquiàtrics: ansietat, depressió, diplopia, hipoestèsia, pèrdues visuals, disàrtria, atàxia.</li> <li>▫ Símptomes cardiorespiratoris.</li> <li>▫ Altres: vòmits, deshidratació, hemorràgia...</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constants i paràmetres: TA (a ambdós braços, valorar canvis de la pressió arterial amb l'ortostatisme) i FC. Si precisa, FR, SatO<sub>2</sub>, temperatura corporal (la febre es pot expressar com a mareig), glucèmia i tira d'orina.</li> <li>▪ Si símptomes cardíacs o sense causa clara, fer ECG.</li> <li>▪ Estat de la pell i les mucoses (si pallidesa).</li> <li>▪ Otoscòpia bilateral: descartar la presència de taps de cerumen, cossos estranys, malaltia de l'oida mitjana...</li> <li>▪ Valorar zona cervical: contractures, punts dolorosos...</li> <li>▪ Valorar l'estabilitat i la marxa.</li> </ul>

Diagnòstic CIE-9	NANDA
780.4 «Vértigo y mareos»	00155 «Riesgo de caída» (Triar el més adequat segons la clínica)

Pla d'actuació
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Afectació estat general. Febre.</li> <li>▫ Afectació neurològica: síncope/vertigen recidivant, recurrent i/o crònic, alteració del nivell de consciència, disàrtria, sospita d'ictus, cefalea...</li> <li>▫ Simptomatologia intensa de mareig, otàlgia, vòmits freqüents...</li> <li>▫ Alteració de l'ECG (isquèmia, bloqueig AV complet, taquiarítmies, QT allargat...)</li> <li>▫ Sospita mareig secundari a fàrmacs.</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions segons l'orientació diagnòstica:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ortostatisme: evitar aquelles situacions, moviments o postures que han provocat crisis amb anterioritat.</li> <li>▫ Psicogen: ansietat, agorafòbia. Protocol gestió infermera de la demanda «Crisi d'ansietat».</li> <li>▫ Hipoglucèmia lleu: protocol gestió infermera de la demanda «Hipoglucèmia».</li> <li>▫ Tap de cerumen: protocol gestió infermera de la demanda «Tap de cerumen».</li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Evitar situacions i factors desencadenants (evitar moviments bruscos, àpats copiosos, estímuls visuals...).</li> <li>▫ Consultar de nou si apareixen signes d'alerta.</li> <li>▫ Contactar amb el professional de referència.</li> </ul> </li> </ul>

## Síndrome miccional

### Definició / Motiu de la consulta



La síndrome miccional és un conjunt de símptomes que afecten l'aparell urinari i que es pot manifestar, entre d'altres, amb pol·laciúria, disúria, tenesme vesical, urgència miccional... Són símptomes molt inespecífics, alguns d'ells es poden resoldre de manera senzilla i d'altres, estan relacionats amb processos nefrourològics que requereixen un estudi específic més complex (pielonefritis...).

### Anamnesi



- 1) Antecedents personals:
  - Edat i sexe.
  - Embaràs.
  - Malaltia prèvia (diabetis, neoplàsia activa, immunosupressió...), malalties nefrourològiques (pielonefritis, incontinença...) i intervencions quirúrgiques de l'àrea nefrourològica.
  - Antecedents d'infeccions urinàries anteriors i resposta al tractament.<sup>(\*)</sup>
  - Ús de fàrmacs i al·lèrgies.
- 2) Característiques de la síndrome miccional:
  - Factors precipitants o afavoridors: <sup>1</sup> retenció d'orina, canvi de sonda vesical, coit...
  - Inici i evolució dels símptomes (intensitat, durada, freqüència).
  - Confirmar si el pacient ha iniciat algun tractament farmacològic (antibiòtic).
  - Característiques de l'orina: piúria, hematúria,...
- 3) Signes i símptomes acompanyants:
  - Dolor lumbar i/o que irradia a la zona renal o uretral.
  - Anúria.
  - Globus vesical.
  - Hematúria.
  - Nàusees i/o vòmits.
  - Febre.
  - Augment del flux vaginal...

(\*) Cal distingir entre recidiva i reinfecció. Les recidives se solen presentar en les dues primeres setmanes després de la «curació», a causa de la soca original. Les reinfeccions són noves infeccions originades per soques diferents i es solen produir-se mes tard (més de dues setmanes, després de la infecció inicial).

## PI21 – Síndrome miccional

### Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Constants vitals: temperatura corporal i TA. La resta de les constants cal valorar-les si hi ha afectació de l'estat general.
- 3) Dolor: escala visual analògica del dolor (EVA).
- 4) Fer una tira reactiva d'orina.<sup>(\*)</sup>
- 5) Exploració física: puny percussió lumbar (PPL).

(\*) La proteïnúria no aporta res en el diagnòstic d'una infecció urinària. L'hematúria sola, descarta la infecció urinària. La leucocitúria sola i escassa, és dubtosa d'ITU (infecció tracte urinari), i amb la presència de leucorrea, disminueix notablement la probabilitat d'infecció urinària. Sempre que hi ha nitritúria és suggestiva d'infecció urinària.

### Diagnòstic



CIE-9	788	«Síntomas que afectan al aparato urinario»
	595	«Deterioro de la eliminación urinaria»
NANDA	00016	«Deterioro de la eliminación urinaria»

Es poden tenir en compte altres diagnòstics si es consideren més adequats a la clínica que presenta el pacient.

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Febre.
- Embaràs. Lactància.
- Manipulació urològica recent.
- Síndrome miccional recurrent (< 3 a l'any o 2 en 6 mesos) o si no respon al tractament.
- Procés nefrourològic subjacent (retenció aguda d'orina, anomalies de les vies urinàries, antecedents de pielonefritis el darrer any...), intervenció de les vies urinàries.
- Presència dels símptomes següents: PPL positiva, dolor zona lumbar i/o fossa ilíaca, hematúria franca, leucorrea.
- Presència de secreció, mala olor i/o prurit vaginal.
- Dolor (EVA >7).
- Pacient amb tira d'orina positiva, excepte si es tracta d'una dona no embarassada (vegeu l'apartat «Intervencions»).

## PI21 – Síndrome miccional

### Intervencions

- En el cas que es tracti d'una persona amb PPL negativa i tira reactiva negativa explicar-li quines són les recomanacions.
- En el cas que es tracti d'una dona no embarassada amb PPL negativa i tira reactiva compatible amb infecció del tracte urinari (vegeu la nota a la «Valoració») contactar amb el metge o la metgessa per valorar el tractament amb fosfomicina 3 mg,<sup>1,3,4</sup> una única dosi en adults i adolescents a partir dels dotze anys.
- Si requereix analgèsia (EVA <7): paracetamol 500 mg/8 hores o ibuprofè 400 mg/8 hores (segons l'afectació).

### Recomanacions

- Generals:<sup>2,4</sup>
  - Buidar la bufeta cada 2-3 hores. Evitar retenir l'orina.
  - Higiene perianal. Eixugar-se de davant cap enrere. Higiene íntima amb sabó de pH neutre.
  - Micció abans i després del coit. Si la pacient emprava diafragma amb espermicida, canviar-lo per un altre mètode anticonceptiu.
  - Roba interior de cotó.
  - Assegurar la hidratació correcta diària. Beure aigua en abundància.
  - Aplicar calor local a l'hipocondri.
  - Completar el tractament, malgrat no presentar símptomes.
- Si requereix un cultiu després del tractament, cal explicar-li com es recull la mostra (entrega del fulllet explicatiu accessible a e-SIAP).
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta: febre, hematúria franca, dolor lumbar, anúria...
- Contactar amb el professional de referència.

### Bibliografia



1. Bonkat G, Pickard R, Bartoletti R, Bruyère F, Geerlings S, Wagenlehner F, Wullt B. Urological Infections. London: European Association of Urology, 2017. [uroweb.org/guideline/urological-infections/](http://uroweb.org/guideline/urological-infections/) [consulta: 15 juliol 2022].
2. Amat G, Beguer N. Molèsties urinàries. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2018.
3. Grup de treball de gestió infermera de la demanda. Guia d'intervencions d'infermeria a Problemes de Salut Urgents CASAP 2020. Síndrome miccional. 1ª ed. 2014. 1ª rev. 2020. Castelldefels: CASAP, 2020.
4. Fernández R. Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 3ª ed. Sevilla: Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, 2018. [portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_578\\_Antimicrobianos\\_Aljarafe\\_2018.pdf](http://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_578_Antimicrobianos_Aljarafe_2018.pdf) [consulta: 15 juliol 2022].

## PI21 – Síndrome miccional



### Síndrome miccional

La síndrome miccional és un conjunt de símptomes que afecten l'aparell urinari que es pot manifestar, entre d'altres, amb pol·laciúria, disúria, tenesme vesical, urgència miccional...

Són símptomes molt inespecífics, alguns d'ells es poden resoldre de manera senzilla i d'altres, estan relacionats amb processos nefrourològics que requereixen un estudi específic més complex (pielonefritis...).

Anamnesi	Valoració
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals: edat i sexe, embaràs. Malaltia prèvia i intervencions quirúrgiques de l'àrea nefrourològica. Antecedents d'infeccions urinàries i resposta al tractament. Ús de fàrmacs i al·lèrgies.</li> <li>▪ Característiques:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants o afavoridors: retenció d'orina, canvi de la sonda vesical, coit...</li> <li>▫ Inici i evolució dels símptomes.</li> <li>▫ Confirmar si ha iniciat algun tractament farmacològic (antibiòtic).</li> <li>▫ Característiques de l'orina: piúria, hematúria...</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes acompanyants: dolor lumbar i/o irradiat a la zona renal o ureteral...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general.</li> <li>▪ Constants vitals: temperatura corporal i TA. La resta de les constants cal valorar-les si hi ha afectació de l'estat general.</li> <li>▪ Dolor: escala visual analògica del dolor (EVA).</li> <li>▪ Fer tira reactiva d'orina.</li> <li>▪ Exploració física: puny percussió lumbar (PPL).</li> </ul>
Diagnòstic CIE-9	NANDA
788 «Símptomes que afecten al aparato urinario» 595 «Deterioro de la eliminación urinaria»	00016 «Deterioro de la eliminación urinaria»  Es poden tenir en compte altres diagnòstics si es consideren més adequats a la clínica que presenta el pacient.
Pla d'actuació	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Afectació de l'estat general. Febre.</li> <li>▫ Embaràs. Lactància.</li> <li>▫ Manipulació urològica recent.</li> <li>▫ Síndrome miccional recurrent o que no respon al tractament.</li> <li>▫ Procés nefrourològic subjacent o intervenció de les vies urinàries.</li> <li>▫ Presència dels símptomes següents: PPL positiva, dolor zona lumbar i/o fossa ilíaca, hematúria franca, leucorrea.</li> <li>▫ Persona amb tira d'orina positiva, excepte si es tracta d'una dona no embarassada (vegeu l'apartat «Intervencions»).</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ En el cas que es tracti d'una persona amb PPL negativa i tira reactiva negativa cal explicar-li les recomanacions.</li> <li>▫ En el cas que es tracti d'una dona no embarassada amb PPL negativa i tira reactiva compatible amb infecció del tracte urinari (vegeu la nota a la «Valoració») contactar amb el metge o la metgessa per valorar el tractament amb fosfomicina 3 mg, única dosi en adults i adolescents a partir dels dotze anys.</li> <li>▫ Si requereix analgèsia: paracetamol 500 mg/8 hores o ibuprofè 400 mg/8 hores (segons l'afectació).</li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Generals: buidar la bufeta cada 2-3 h. Evitar retenir l'orina. Higiene perianal. Micció abans i després del coit. Si la pacient utilitza diafragma amb espermicida, canviar per un altre mètode. Roba interior de cotó. Beure aigua en abundància. Aplicar calor local a l'hipocondri. Completar sempre el tractament.</li> <li>▫ Si requereix cultiu posttractament (entregar el fullet explicatiu de recollida de mostra, accessible a e-SIAP).</li> <li>▫ Consultar de nou si apareixen signes d'alerta: febre, hematúria franca, dolor lumbar, anúria...</li> <li>▫ Contactar amb el professional de referència</li> </ul> </li> </ul>	

## Hipoglucèmia

### Definició / Motiu de la consulta



La hipoglucèmia és la disminució de les xifres de glucèmia < 70 mg/dl'. (En la Taula 1 es mostra la classificació en funció de les xifres i de la gravetat).

**Taula 1. Classificació de la hipoglucèmia (\*)**

Glucèmia	Classificació en funció de la gravetat
< 70 mg/dl	Hipoglucèmia lleu: <ul style="list-style-type: none"><li>▫ Síntomes neurogènics (**) presents.</li><li>▫ El pacient sol poder autotractar-se.</li></ul>
	Hipoglucèmia moderada: <ul style="list-style-type: none"><li>▫ Síntomes neurogènics (**) i neuroglucopènics.</li><li>▫ El pacient sol poder autotratar-se.</li></ul>
< 54 mg/dl	Hipoglucèmia severa: <ul style="list-style-type: none"><li>▫ Sol requerir ajuda externa per a la recuperació.</li></ul>

Font: Modificat de la redGDPS (2018).<sup>1</sup>

(\*) Classificació sobre la base de xifres de glucèmia i la capacitat del pacient de reconèixer la situació i de resoldre la hipoglucèmia. S'ha de tenir en compte que els signes i els símptomes poden estar absents fins que els nivells de glucosa en plasma baixen de 50-55 mg/dl.<sup>2,4</sup>

(\*\*) Vegeu l'apartat «Signes i símptomes associats» (Anamnesi).

### Anamnesi



Sempre que sigui possible preguntar, a més del pacient, a l'acompanyant i/o al familiar.

#### 1) Antecedents personals i familiars:

- Antecedents familiars de diabetis.
- Edat.
- Embaràs.
- Malalties prèvies. Perquè existeix un risc major d'hipoglucèmia en pacients amb diabetis que associen altres malalties, com: demència, pluripatològics, malaltia renal crònica...
- Fàrmacs i al·lèrgies. Especialment antidiabètics (les sulfonilurees poden produir hipoglucèmies greus i perllongades) i aquells que poden emascarar les hipoglucèmies (blocadors  $\beta$ ).
- Limitacions visuals o cognitives (dosificació excessiva d'insulina...)
- Hàbits tòxics: alcohol i drogues.

#### 2) Característiques de la hipoglucèmia:

- Factors precipitants: activitat física, dejuni, ingesta enòlica, canvis o reajustaments recents en la dieta o en el tractament...
- Evolució: durada, intensitat...

## PI22 - Hipoglucèmia

### 3) Signes i símptomes associats:

- Neurogènics (autonòmics/adrenèrgics): sudoració, palpitations, pal·lidesa, tremolor, formigueig, ansietat, gana, nàusees, debilitat i somni.
- Neuroglucopènics (neurològics): confusió, marejos, agressivitat, visió borrosa, mal de cap, disàrtria, falta de concentració, convulsions i coma.

### Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Constants (TA, FC, glucèmia capil·lar). Temperatura corporal i ECG, si precisa.
- 3) Capacitat de la persona de reconèixer els signes i els símptomes, i de resoldre la hipoglucèmia.
- 4) Afectació neurològica (grau de consciència...).

### Diagnòstic



CIE-9 251.2 «Hipoglucèmia no especificada»  
NANDA 00179 «Riesgo de nivel de glucemia inestable»  
Triar el que correspongui segons la clínica.

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Hipoglucèmia severa.
- Afectació de l'estat general: deterioració del nivell de consciència, febre...
- Alteració de l'ECG.
- Pacient amb hipoglucèmia no diagnosticada de diabetis.

### Intervencions

- Hipoglucèmia lleu o moderada, que tolera la via oral:<sup>2</sup>
  - 1) Administrar 15-20 g d'hidrats de carboni (HC) d'absorció ràpida (vegeu la Taula 2). L'actuació varia en determinats casos (vegeu la Taula3).

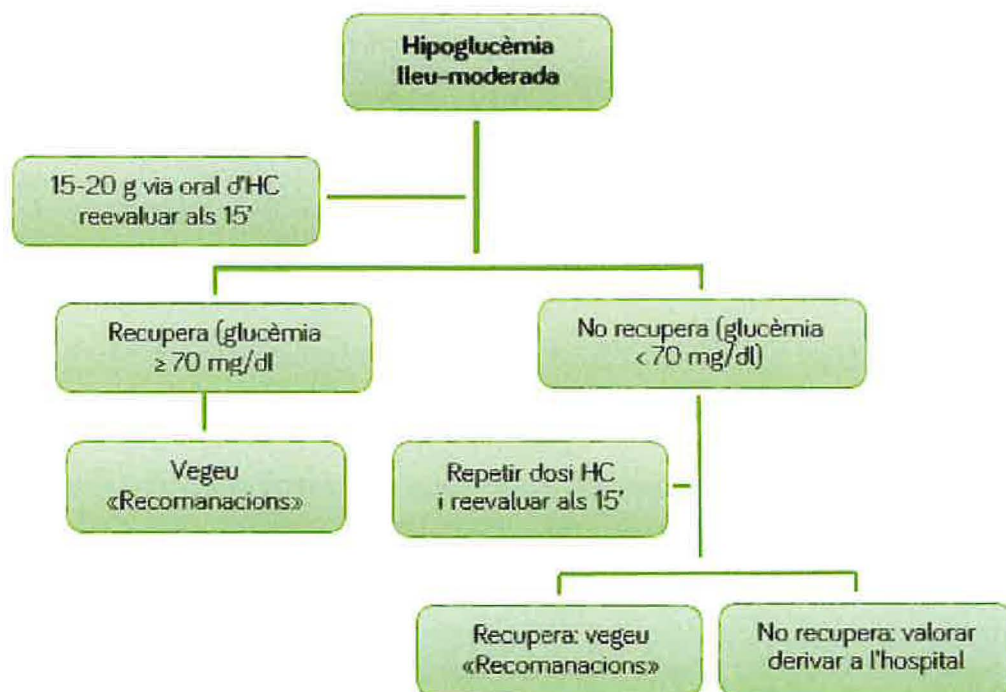
**Taula 2. Aliments que contenen 15-20 grams d'HC d'absorció ràpida<sup>6</sup>**

Aliments	g HC
2 sobres de sucre	15-20g
150 ml de beguda refrescant (cola, taronja o tònica)	15 g
200 ml de beguda refrescant (cola, taronja o tònica)	20 g
200 ml de suc de fruita (comercial)	20 g
250 ml de beguda isotònica	20 g
3-4 caramels	10 g
1 gelatina de fruites amb sucre	10 g

## PI22 - Hipoglucèmia

- 2) Reavaluar la glucèmia en 15 minuts:
- Si el nivell de glucèmia és inferior a 70 mg/dl: administrar nova dosi de 15-20 g d'HC d'absorció ràpida. Reavaluar de nou als 10-20 min:
    - Si recupera, vegeu l'apartat «Recomanacions».
    - Si no recupera, valorar conjuntament amb el metge o la metgessa la derivació a l'hospital.
  - Si el nivell de glucèmia ja és major o igual a 70 mg/dl vegeu l'apartat «Recomanacions».

### Gràfic del pla d'actuació en hipoglucèmia lleu-moderada



- Hipoglucèmia severa: baix nivell de consciència o d'intolerància a la via oral, es tracta d'una urgència mèdica que requereix intervenció immediata i valoració conjunta:<sup>2</sup>
  - Glucosa hipertònica intravenosa al 50 % (Glucosmon®20 cc).
  - Si no s'aconsegueix accés venós: 1 mg de Glucagon® intramuscular o subcutani.
  - Valoració del metge o la metgessa de l'actuació a seguir, considerant el seu tractament anti-diabètic habitual (sulfonilurees o insulina).
  - L'actuació varia en casos determinats (vegeu la Taula 3).



## PI22 - Hipoglucèmia

Taula 3. Casos especials

Pacient/Situació	Pla d'actuació
Hepatopatia avançada o consum d'alcohol (especialment en alcoholisme crònic).	No respon al glucagó perquè l'alcohol inhibeix la gliconeogènesi hepàtica (*): administrar glucosa hipertònica intravenosa al 50 %. (* Fitxa tècnica: <a href="http://cima.aemps.es/cima/publico/home.html">cima.aemps.es/cima/publico/home.html</a> )
En tractament amb inhibidor de l'alfa-glucosidasa: acarbose, Glucobay® i Glumida®.	S'ha de tractar amb glucosa oral, el sucre comú trigarà a resoldre la hipoglucèmia perquè l'acarbose retarda la seva absorció. (* Fitxa tècnica: <a href="http://cima.aemps.es/cima/publico/home.html">cima.aemps.es/cima/publico/home.html</a> )
Portador de bomba d'infusió contínua subcutània d'insulina.	Dura a terme les mateixes actuacions descrites per a pacients no portadors de bomba, a més d'aturar la bomba (posar-la en STOP o retirar el catèter de la pell): <sup>6</sup> <ul style="list-style-type: none"><li>▫ Hipoglucèmia lleu: s'ha d'aturar la bomba durant 15-30 minuts fins a comprovar que s'ha recuperat de la hipoglucèmia.</li><li>▫ Hipoglucèmia moderada: aturar la bomba durant uns 30 minuts, fins que la hipoglucèmia reverteixi.</li><li>▫ Hipoglucèmia greu: aturar la bomba fins que la hipoglucèmia reverteixi totalment.</li></ul>

### Recomanacions

- Informar a la persona i/o a l'acompanyant, que ha de prendre suplement d'hidrats d'absorció lenta, si falta més d'una hora per a la menjada següent.
- Indicar a la persona i/o a l'acompanyant la necessitat de mesurar la glucèmia capil·lar cada 6-8 h durant 24 hores. En cas d'estar en tractament amb hipoglucemiant orals, sobretot sulfonilurees, és important el control de la glucèmia fins a les 48 hores posteriors (per risc de recidiva deguda a la possible permanència de metabòlits actius del fàrmac).
- Fer un recordatori d'aspectes educatius bàsics per evitar hipoglucèmies (corregir errors en relació als hàbits: aportació d'hidrats, horaris d'ingesta, presa de la medicació...).
- Reforçar l'educació terapèutica, si és necessari durant altres consultes de seguiment. Considerar la indicació d'un equip de glucagó, en aquest cas, confirmar que tant el pacient com les persones que conviuen amb ell coneixen el maneig correcte de l'equip.
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta.
- Contactar amb el professional de referència.

## Bibliografia



1. Standards of Medical Care in Diabetes-2017. *Diabetes Care* 2017; 40 (Suppl 1): S53-S55.
2. RedGDPS. Guía clínica de diabetes tipo 2 para clínicos. Madrid: redGDPS 2018.  
[redgdps.org/gestor/upload/colecciones/guia%20DM2\\_web.pdf](http://redgdps.org/gestor/upload/colecciones/guia%20DM2_web.pdf) [consulta: 18 juliol 2022].
3. Mathew P, Thoppil D. Hypoglycemia. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020*  
[pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30521262/?from\\_term=hypoglycemia&from\\_filter=simsearch2ffrft&from\\_filter=ds1\\_1&from\\_pos=5](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30521262/?from_term=hypoglycemia&from_filter=simsearch2ffrft&from_filter=ds1_1&from_pos=5) [consulta: 18 juliol 2022].
4. Clayton D, Woo V, Yale JF. Canadian Diabetes Association 2013. *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada: Hypoglycemia. Ca J Diabetes* 2013; 37: S69-S71  
[pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24070966/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24070966/) [consulta: 18 juliol 2022].
5. Domínguez A, Villena ML, Rivero C, Piñar A, Cabrera CA, Machuca MJ. Protocolo de atención compartida demanda aguda no demorable. Hipoglucemia leve. Sevilla: Consejería de salud. Servicio Andaluz de Salud. 2018.
6. Barranco R, Romero F, De la Cal MA, Millán MJ, Palomares RJ. Protocolo urgencias diabéticas extrahospitalarias. Junta de Andalucía, Emergencias Sanitarias. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 061. [s.d.]. [epes.es/wp-content/uploads/proceso\\_diabetes.pdf](https://epes.es/wp-content/uploads/proceso_diabetes.pdf) [consulta: 18 juliol 2022].

## PI22 - Hipoglucèmia



<b>Hipoglucèmia</b>	<p>La hipoglucèmia és la disminució de les xifres de glucèmia &lt; 70 mg/dl.<sup>1</sup>          En la <a href="#">Taula 1</a> de la pàgina 1 es mostra la classificació en funció de les xifres i de la gravetat.</p>
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>
<p>Sempre que sigui possible preguntar, a més del pacient, a l'acompanyant i/o al familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antecedents personals i familiars de diabetis, edat, embaràs, fàrmacs i al·lèrgies. Especialment antidiabètics i aquells que puguin emascarar les hipoglucèmies (blocadors β), limitacions visuals o cognitives i hàbits tòxics: alcohol i drogues.</li> <li>▪ Característiques de la hipoglucèmia:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants: activitat física, dejuni, canvis o reajustaments recents en la dieta...</li> <li>▫ Evolució: durada, intensitat...</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes associats:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Neurogènics (autonòmics /adrenèrgics): sudoració, palpitations, pal·lidesa, tremolor...</li> <li>▫ Neuroglucopènics (neurològics): confusió, marejos, agressivitat, visió borrosa...</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general.</li> <li>▪ Constants (TA, FC, glucèmia capil·lar). Temperatura corporal i ECG, si precisa.</li> <li>▪ Capacitat de la persona de reconèixer els signes i els símptomes associats a la hipoglucèmia i d'autotractar-se.</li> <li>▪ Afectació neurològica (grau de consciència...).</li> </ul>
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>
251.2 «Hipoglucèmia no especificada»	00179 «Riesgo de nivel de glucemia inestable» Triar el que correspongui segons la clínica
<b>Pla d'actuació</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hipoglucèmia severa.</li> <li>▫ Afectació de l'estat general: deterioració del nivell de consciència, febre...</li> <li>▫ Alteració de l'ECG.</li> <li>▫ Pacient amb hipoglucèmia no diagnosticada de diabetis.</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hipoglucèmia lleu o moderada, que tolera la via oral: (vegeu el <a href="#">Gràfic</a> de la pàgina 3).</li> <li>▫ Hipoglucèmia severa, baix nivell de consciència o intolerància a la via oral, valoració conjunta amb el metge o la metgessa:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Glucosa hipertònica intravenosa al 50 % (Glucosmon®20 cc).</li> <li>○ Si no s'aconsegueix l'accés venós: 1 mg de Glucagon® intramuscular o subcutani.</li> </ul> </li> <li>▫ Valorar amb el metge o la metgessa segons el tractament antidiabètic habitual.</li> <li>▫ L'actuació varia en determinats casos: (vegeu els <a href="#">Casos especials</a> de la pàgina 4).</li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Prendre suplement d'hidrats d'absorció lenta, si falta més d'una hora per a la menjada següent.</li> <li>▫ Mesurar la glucèmia capil·lar cada 6-8 h durant 24 hores, si tractament amb hipoglucèmians orals fins a les 48 hores posteriors.</li> <li>▫ Recordatori d'aspectes educatius bàsics per evitar hipoglucèmies (horaris d'ingesta, presa de la medicació...).</li> <li>▫ Considerar la indicació d'un equip de glucagó, en aquest cas, confirmar que tant el pacient com les persones que conviuen amb ell coneixen el maneig correcte de l'equip.</li> <li>▫ Consultar de nou si apareixen signes d'alerta.</li> <li>▫ Contactar amb el professional de referència. (Reforçar l'educació terapèutica).</li> </ul> </li> </ul>	

## Hiperglucèmia

### Definició / Motiu de la consulta



Es considera hiperglucèmia aquella xifra de glucèmia per sobre dels límits normals (> 126 mg/dl en dejú de 8 hores o > 200 mg/dl després de la ingesta).<sup>1</sup>

Quan els nivells de glucèmia superen determinades xifres (generalment 250 mg/dl), es parla de descompensació hiperglucèmica que pot ocasionar una situació potencialment greu (cetoacidosis, hiperosmolar...).

### Anamnesi



#### 1) Antecedents personals i familiars:

- Antecedents familiars de diabetis.
- Edat.
- Embaràs.
- Malalties prèvies: especificar si pateix diabetis i de quin tipus.
- Hàbits tòxics: alcohol i drogues.
- Fàrmacs (especialment antidiabètics) i al·lèrgies.

#### 2) Característiques de la hiperglucèmia:

- Factors precipitants:<sup>1</sup>
  - Medicació amb efectes potencialment hiperglucemiants (corticoides, diürètics, hormones, blocadors  $\beta$ , etc.).
  - Omissió del tractament hipoglucemiant.
  - Transgressió dietètica.
  - Abandó de l'exercici habitual o de l'exercici intens.
  - Situacions d'estrès (traumatismes, infeccions, cirurgia, malaltia greu...).
- Evolució: durada, intensitat...

#### 3) Signes i símptomes acompanyants: cansament, malestar general, poliúria, polifàgia, polidípsia, pèrdua de pes, sequedat de pell i mucoses, visió borrosa, irritabilitat, astènia, nàusees i vòmits, dolor abdominal, cefalea, taquipnea...

### Valoració



- 1) Estat general. Febre. (infecció intercurrent).
- 2) Nivell de consciència (obnubilació...).
- 3) Existència de fetor cetòsic, afruitat.
- 4) Glucèmia capil·lar. Si afectació estat general: TA, temperatura corporal, FC, FR, SatO<sub>2</sub>.
- 5) ECG si precisa (amb l'objectiu de descartar una síndrome coronària aguda o arítmies).

## PI23 - Hiperglucèmia

- 6) Si glucèmia > 250 mg/dl determinar si hi ha presència de cetonèmia o, en el seu defecte de cetonúria.<sup>2</sup>

**Taula 1. Interpretació dels resultats de cetonèmia/cetonúria<sup>2</sup>**

Cetosis	Cetonèmia (mmol/L)	Cetonúria mg/dl (mmol/L)
Negativa	≤ 0,5	-
Indicis	0,6 - 0,9	± 5 (0,5)
Lleu	1,0 - 1,4	+ 15 (1,5)
Moderada	1,5 - 2,9	++ 40 (3,9)
Greu	≥ 3	+++ 100 (10)

Font: AMF2019

### Diagnòstic



- CIE-9 250.9 «Diabetes con complicación no específica»  
 250.9.0 «Diabetes con complicación no específica tipo II o no específica no descompensada»  
 250.9.1 «Diabetes con complicación no específica tipo I no descompensada»  
 250.9.2 «Diabetes con complicación no específica tipo II no específica descompensada»  
 250.9.3 «Diabetes con complicación no específica .tipo I descompensada»

NANDA 00179 «Riesgo de nivel de glucemia inestable»  
 Triar el més adequat segons la clínica.

### Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Alteració de l'estat general o del nivell de consciència.
- Febre.
- Glucèmia ≥ 250 mg/dl.
- Si hi ha presència de cetonèmia i/o cetonúria.
- Pacient diabètic no conegut amb dades d'insulinopenia (sospita de diabetis mellitus tipus 1 no conegut, clínica cardinal, pèrdua de pes, cetosis).
- Embaràs.
- Alteració de l'ECG o dolor precordial.
- Dispnea.
- Síntomes neurològics suggestius d'ictus (debilitat muscular, pèrdua de visió sobtada, problema de coordinació, dificultat per parlar...).

### Intervencions

- Determinar la glucèmia capil·lar. Resta de constants si precisa: TA, temperatura corporal, FC, FR i SatO<sub>2</sub>.
- Tira reactiva d'orina, si precisa, per descartar infecció del tracte urinari.<sup>1</sup>
- Valorar fer un ECG (vegeu l'apartat «Valoració»).

## PI23 - Hiperglucèmia

- En funció de la glucèmia s'han de dur a terme les actuacions següents:<sup>1,2</sup>
  - < 250 mg/dl: no precisa actuació urgent<sup>4</sup> (vegeu l'apartat «Recomanacions»).
  - ≥ 250 mg/dl: determinar la cetonèmia o, en el seu defecte, la cetonúria.<sup>3</sup> Actuació conjunta amb el metge o la metgessa.
    - Cetosis lleu/moderada, el pla d'actuació variaria en funció de:
      - Si el pacient no segueix tractament amb insulina:
        - Insulina ràpida 4-6 UI abans de cada una de les tres menjades principals, que sol correspondre a 0,15-0,2 UI/Kg/dia repartides entre les tres menjades principals.
        - Hidratació via oral i dieta de cetosis.
        - Tractar el procés intercurrent, si escau, en atenció primària.
      - Si el pacient segueix tractament amb insulina:
        - Administrar el 20 % de la dosi total d'insulina abans de cadascuna de les tres menjades principals.
        - Hidratació via oral i dieta de cetosis.
        - Tractar el procés intercurrent, si escau, en atenció primària.
      - Valoració a les 12-24 hores.
        - Si el pacient millora: ajustar el tractament.
        - Si el pacient no millora: derivar a l'hospital.
    - Amb sospita de cetoacidosis diabètica (CAD) o descompensació hiperglucèmica hiperosmolar no cetòsica (DHHNC) (cetonúria/ cetonèmia greu):
      - Hidratació via endovenosa.
      - Administració anàleg ràpid d'insulina (no emprar insulina regular) per via subcutània:
        - Si glucèmia > 300 mg/dl: 0,1 UI/Kg subcutània i registrar el pacient en la derivació a l'hospital, es pot repetir la dosi cada 2 hores en el cas que persisteixi la hiperglucèmia i que hi hagi retard en el trasllat del pacient a l'hospital.
        - Si glucèmia < 300 mg/dl, amb cetonèmia i/o símptomes d'hiperglucèmia, la dosi ha de ser de 0,05 UI/Kg per via subcutània i es pot repetir a les 2 hores.
      - Derivar a l'hospital.

### Recomanacions

- Indicar al pacient i/o a la persona acompanyant la necessitat de mesurar la glucèmia capil·lar cada 6-8 h durant 24 hores.
- Mesurar la glucèmia a les 2 hores postprandials per poder ajustar la dosi del bolus d'insulina prandial, segons la indicació del professional sanitari.
- Recordar els aspectes educatius bàsics per evitar la hiperglucèmia (corregir errors en relació als hàbits: ingesta, activitat física, medicació...). Reforçar aquests consells amb la documentació disponible a e-SIAP: [aquí](#).
- Sol·licitar hemoglobina glucosilada si el pacient necessita un nou control, i citar amb el professional de referència per valorar el resultat.

## PI23 - Hiperglucèmia

- En les persones ancianes amb DM2, especialment si tenen febre, diarrees i altres processos intercurrents, és molt important assegurar la ingesta hídrica.
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta o si la glucèmia continua pujant malgrat aplicar les pautes indicades.
- Contactar amb els dos professionals sanitaris de referència. Valorar la modificació temporal del tractament i educar el pacient sobre els tres pilars bàsics: tractament-ingesta-exercici. Comprovar si hi ha problemes d'administració: dèficit de visió, falta de formació, zones de lipodistròfia.

### Bibliografia



1. Taboada A. Tratamiento ambulatorio de la descompensación hiperglucémica. *Diabetes Práctica* 2018; 9 (1): 15-18. [diabetespractica.com/files/1524476468.03\\_habilidades\\_dp-9-1.pdf](https://diabetespractica.com/files/1524476468.03_habilidades_dp-9-1.pdf) [consulta: 20 juliol 2022].
2. Torres JL, Tobalina P. Urgencias diabéticas. *AMF* 2019;15 (5): 286-288.
3. Parra I, Marínez JG. Interpretación de los análisis en la diabetes mellitus. *AMF*. 2019; 15 (2):91-96. [amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2386](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2386) [consulta: 20 juliol 2022].

De la Cal DT, Becerra MM, García MO, Moreno M, Sáenz D, Be JJ *et al*. Documento del grupo de trabajo de diabetes de SEMES Andalucía. Manejo y Control de la Glucemia de Pacientes Adultos en los Servicios de Urgencias. SEMES 2015. [semesandalucia.es/wp-content/uploads/2015/12/manejo-glucemia-urgencias-v08.pdf](https://semesandalucia.es/wp-content/uploads/2015/12/manejo-glucemia-urgencias-v08.pdf) [consulta: 20 juliol 2022].

## PI23 - Hiperglucèmia



<b>Hiperglucèmia</b>	<p>Es considera hiperglucèmia aquella xifra de glucèmia per sobre dels límits normals (&gt; 126 mg/dl en dejú de 8 hores o &gt; 200 mg/dl després de la ingesta).</p> <p>Quan els nivells de glucèmia superen determinades xifres (generalment 250 mg/dl), es parla de descompensació hiperglucèmica que pot ocasionar una situació potencialment greu (cetoacidosis, hiperosmolar...).</p>
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals i familiars: antecedents familiars de diabetis, edat, embaràs, malalties prèvies, diabetis (tipus i control), hàbits tòxics, alcohol i drogues, fàrmacs (especialment antidiabètics) i al·lèrgies.</li> <li>▪ Característiques de la hiperglucèmia:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Factors precipitants: medicació amb efectes potencialment hiperglucemians (corticoides, diürètics, hormones, blocadors <math>\beta</math>, etc.), omissió del tractament hipoglucemiant, transgressió dietètica...</li> <li>▫ Evolució: durada, intensitat...</li> </ul> </li> <li>▪ Signes i símptomes recurrents: cansament, malestar general, poliúria, polifàgia, polidípsia...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general. Febre. (infecció intercurrent).</li> <li>▪ Nivell de consciència (obnubilació...).</li> <li>▪ Existència de fetor cetòsic, afruïtat.</li> <li>▪ Glucèmia capil·lar. Si afectació de l'estat general: TA, temperatura corporal, FC, FR, SatO<sub>2</sub>.</li> <li>▪ ECG si precisa (amb l'objectiu de descartar síndrome coronària aguda o arítmies).</li> <li>▪ Si glucèmia &gt; 250 mg/dl determinar si hi ha presència de cetonèmia i/o cetonúria.</li> </ul>
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>
<p>250.9 «Diabetes con complicación no específica»          250.9.0 «Diabetes con complicación no específica tipo II o no específica no descompensada»          250.9.1 «Diabetes con complicación no específica tipo I no descompensada»          250.9.2 «Diabetes con complicación no específica tipo II no específica descompensada»          250.9.3 «Diabetes con complicación no específica .tipo I descompensada»          Triar el més adequat segons la clínica.</p>	<p>00179 « Riesgo de nivel de glucemia inestable»</p>
<b>Pla d'actuació</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Alteració de l'estat general o nivell de consciència.</li> <li>▫ Febre.</li> <li>▫ Glucèmia <math>\geq</math> 250 mg/dl.</li> <li>▫ Si hi ha presència de cetonèmia i/o cetonúria.</li> <li>▫ Pacient diabètic no conegut amb dades d'insulinopenia (sospita de diabetis mellitus tipus 1 no conegut, clínica cardinal, pèrdua de pes, cetosis).</li> <li>▫ Embaràs.</li> <li>▫ Alteració de l'ECG o dolor.</li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Determinació de la glucèmia capil·lar. Resta de constants si precisa: TA, temperatura corporal, FC, FR i SatO<sub>2</sub>.</li> <li>▫ Tira reactiva d'orina, si precisa, per descartar infecció del tracte urinari.</li> <li>▫ Valorar fer un ECG (vegeu l'apartat «Valoració»).</li> <li>▫ En funció de la glucèmia s'han de dur a terme les actuacions següents:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &lt;250 mg/dl: no precisa actuació urgent. Vegeu l'apartat «Recomanacions».</li> <li>○ <math>\geq</math>250 mg/ dl: determinació de cetonèmia i, en el seu defecte, de cetonúria. Actuació conjunta amb el metge o la metgessa.                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cetosis lleu/moderada:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Si el pacient no ha estat tractat prèviament amb insulina: insulina ràpida 0,3-0,4 UI/kg/dia en les quatre ingestes i hidratació.</li> <li>➢ Si ja ha estat tractat amb insulina: administrar insulina ràpida 20 % de la dosi habitual repartida en les quatre ingestes. Valoració a les 12-24 hores.</li> <li>➢ Si el pacient millora: ajustar el tractament i tractar el procés intercurrent.</li> <li>➢ Si el pacient no millora: derivació hospitalària.</li> </ul> </li> <li>• Amb sospita de cetoacidosis diabètica (CAD) o descompensació hiperglucèmica hiperosmolar no cetòsica (DHHNC) (cetonúria/cetonèmia greu): administrar anàleg ràpid d'insulina (no emprar insulina regular) per via subcutània (vegeu l'apartat «Intervencions» on s'indica insulinoteràpia segons glucèmia), hidratació endovenosa i derivació hospitalària.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	



## Diarrea

### Definició / Motiu de la consulta



La diarrea consisteix en l'eliminació de femta aquosa o tova, tres o més vegades al dia que pot anar acompanyada d'altres símptomes (dolor abdominal, nàusees, vòmits, febre...).<sup>1,2</sup>

### Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
  - Edat.
  - Embaràs.
  - Malalties prèvies: malalties inflammatòries intestinals, síndrome de l'intestí irritable, infecció per VIH, procediments quirúrgics abdominals previs...
  - Hàbits tòxics (abús d'alcohol).
  - Fàrmacs (antibiòtics, medicaments immunosupressors, laxants, antiàcids que contenen magnesi, AINEs, metformina), al·lèrgies i intoleràncies alimentàries o altres substàncies.
- 2) Característiques de la diarrea:
  - Nombre i tipus de deposicions, consistència, presència de sang, moc o pus, etc.
  - Factors precipitants: canvi de dieta, tipus d'ingestes recents, laxants, viatges,<sup>3</sup> toxiinfecció alimentària (possible afectació per un brot, parar especial atenció a la unitat familiar i institucionalitzada).
  - Temps d'evolució: dies de durada, recaiguda, antics episodis.
- 3) Signes acompanyants:
  - Nàusees, vòmits, dolor abdominal, deshidratació, febre, etc.
  - Factors psicològics (ansietat, estrès).

### Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Constants (TA, FC, temperatura corporal). Glucèmia capil·lar segons clínica, en cas de pacients diabètics sempre està indicat (pel risc d'hipoglucèmia).
- 3) Signes de deshidratació:<sup>4</sup> sequedat de la pell i de les mucoses, taquicàrdia, pols feble, nàusees, cefalea, falta de força o disminució del rendiment, fatiga mental i física, ulls enfonsats, elasticitat cutània disminuïda, temps de recapil·larització major de 2 segons.
- 4) Si el pacient presenta dolor abdominal cal identificar-lo: la intensitat, la durada, la localització, com millora o empitjora.
- 5) Si presenta vòmits: freqüència i característiques.

### Diagnòstic



CIE-9 787.9.1 «Diarrea»

NANDA 0013 «Diarrea»

Triar entre d'altres possibles diagnòstics segons la situació del pacient.



## Pla d'actuació.

Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:<sup>5</sup>

- Afectació de l'estat general. Febre
- Presència de vòmits, sang, mucositat o pus en femta.
- Presència de signes/síntomes d'hipoglucèmia, hipovolèmia o deshidratació.
- Intolerància oral.
- Dolor abdominal intens.<sup>4</sup>
- Glucèmia capil·lar alterada en pacient diabètic (vegeu el protocol específic).
- Sospita de: intoxicació alimentària,<sup>4</sup> secundària a fàrmacs, diarrea del viatger, descompensació de malaltia digestiva prèvia (malaltia inflamatòria intestinal, síndrome de l'intestí irritable, diverticulitis, neoplàsia digestiva...).
- Sospita de COVID-19 (vegeu el protocol gestió de la demanda COVID-19).

## Intervencions

- Rehidratació oral progressiva i reajustament de la dieta. Reincorporació gradual d'aliments.

## Recomanacions

- Repòs relatiu.
- Recomanacions dietètiques i normes d'higiene: rentat correcte de les mans, manipulació dels aliments, no compartir tovalloles, tassons...
- Recomanar la dieta per a la diarrea explicada en el fullet informatiu «Informació per al pacient adult amb gastroenteritis aguda» disponible a e-SIAP.
- Contactar amb el professional de referència si la simptomatologia persisteix més de cinc dies.
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta: sang, pus en la femta, febre, signes de deshidratació (per exemple, disminució de la micció, letargia o apatia, set extrema i sequedat de boca), diarrea crònica, diarrea nocturna o pèrdua de pes.

## Bibliografia



1. Nemeth V, Pflieger N. Diarrhea. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28846339/?from\\_term=diarrhea&from\\_filter=simsearch2&from\\_filter=ds1\\_1&from\\_pos=1](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28846339/?from_term=diarrhea&from_filter=simsearch2&from_filter=ds1_1&from_pos=1) [consulta: 21 juliol 2022].
2. Ashkenazi S. Traveler's Diarrhea: The Other Side of the Coin. *Isr Med Assoc J* 2019; 2019;21(8):552-554. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31474019/?from\\_term=diarrhea&from\\_filter=simsearch2&from\\_filter=ds1\\_1&from\\_pos=10](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31474019/?from_term=diarrhea&from_filter=simsearch2&from_filter=ds1_1&from_pos=10) [consulta: 21 juliol 2022].
3. García S, García G, Rierol MT. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la gastroenteritis aguda. *Medicine*. 2020; 13:154-7.
4. Machuca MJ, Velasco I, Domínguez A, Villena ML, Rivero C. Protocolo de atención compartida demanda aguda no demorable: diarrea. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2018.
5. Amat G, Beguer N. Diarrea. Gestió infermera de la demanda atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2018

## PI24 - Diarrea



<b>Diarrea</b>	La diarrea consisteix en l'eliminació de femtes aquoses o toves, tres o més vegades al dia que pot anar acompanyada d'altres símptomes (dolor abdominal, nàusees, vòmits, febre...).
<b>Anamnesi</b>	<b>Valoració</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedents personals i familiars: edat, embaràs, malalties prèvies (malalties inflammatòries intestinals, síndrome de l'intestí irritable, infecció per VIH), hàbits tòxics, fàrmacs (antibiòtics, medicaments immunosupressors, laxants, antiàcids que contenen magnesi, AINEs, metformina), al·lèrgies i intoleràncies alimentàries.</li> <li>▪ Característiques de la diarrea:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Nombre i tipus de deposicions, consistència, presència de sang, moc o pus, etc.</li> <li>▫ Factors precipitants: canvi de dieta, tipus d'ingestes recents, laxants, viatges, toxiinfecció alimentària (possible afectació per un brot, especial atenció a la unitat familiar i institucionalitzada).</li> <li>▫ Temps d'evolució: dies de durada, recaiguda, antics episodis.</li> </ul> </li> <li>▪ Signes acompanyants:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Nàusees, vòmits, dolor abdominal, deshidratació, febre...</li> <li>▫ Factors psicològics (ansietat, estrès).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estat general</li> <li>▪ Constants (TA, FC, temperatura corporal). Glucèmia capil·lar segons clínica, en cas de pacients diabètics.</li> <li>▪ Signes de deshidratació: sequedat de la pell i de les mucoses, taquicàrdia, pols feble, nàusees, cefalea, falta de força o disminució del rendiment, fatiga mental i física, ulls enfonsats, elasticitat cutània disminuïda, temps de recapil·larització major de 2 segons.</li> <li>▪ Si el pacient presenta dolor abdominal s'ha d'identificar: intensitat, durada, localització, com millora o empitjora.</li> <li>▪ Si presenta vòmits: freqüència i característiques.</li> </ul>
<b>Diagnòstic CIE-9</b>	<b>NANDA</b>
787.9.1 «Diarrea»	0013 «Diarrea» Triar entre d'altres possibles diagnòstics segons la situació del pacient.
<b>Pla d'actuació</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Afectació de l'estat general. Febre</li> <li>▫ Presència de vòmits, sang, mucositat o pus en femta.</li> <li>▫ Presència de signes/símptomes d'hipoglucèmia, hipovolèmia o deshidratació.</li> <li>▫ Intolerància oral</li> <li>▫ Dolor abdominal intens.                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Glucèmia capil·lar alterada en pacient diabètic (vegeu el protocol específic).</li> <li>○ Sospita de: intoxicació alimentària, secundària a fàrmacs, diarrea del viatger, descompensació de malaltia digestiva prèvia.</li> <li>○ Sospita de COVID-19 (vegeu el protocol específic).</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ Intervencions:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Rehidratació oral progressiva i reajustament de la dieta. Reincorporació gradual d'aliments.</li> </ul> </li> <li>▪ Recomanacions:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Repòs relatiu.</li> <li>▫ Recomanacions dietètiques i normes d'higiene: rentat correcte de les mans, manipulació dels aliments, no compartir tovalloles, tassons...</li> <li>▫ Recomanar la dieta per a la diarrea, lliurar el fullet informatiu disponible a e-SIAP.</li> <li>▫ Contactar amb el professional de referència si la simptomatologia persisteix més de cinc dies.</li> <li>▫ Consultar de nou si apareixen signes d'alerta: sang, pus en la femta, febre, signes de deshidratació (per exemple, disminució de la micció, letargia o apatia, set extrema i sequedat de boca), diarrea crònica, diarrea nocturna o pèrdua de pes.</li> </ul> </li> </ul>	

