

Gestión enfermera de la demanda



Autoría

- **Otero Cruz, Ana María.** Enfermera gestora de casos comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Miralles Xamena, Jerònia.** Enfermera del Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Tamborero Cao, Gaspar.** Médico de familia del Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Alfaro Gómez, Cristina María.** Subdirectora de enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Méndez Castell, M. Consolació.** Directora de enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Corredor Ibáñez, María Teresa.** Subdirectora médica. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Sureda Barbosa, María del Mar.** Subdirectora médica. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Martín Otero, Noelia.** Subdirectora de enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Pisà Gaià, Marta.** Subdirectora de enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Taltavull Aparicio, Joana María.** Subdirectora de enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Tomàs Tomàs, Maria del Mar.** Subdirectora de enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
-

Autoría de los protocolos

- **Abenza Vidal, Alberto.** Enfermero del Centro de Salud s'Escorxador (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autor protocolo «PI17 Disnea»
- **Cáceres Tejeiro, Yolanda.** Enfermera del Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autora protocolo «PI03 Anticoncepción de urgencia»
- **Domínguez Padilla, Esther.** Médica de familia del Centro de Salud Emili Darder (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autora protocolos «PI16 Crisis hipertensiva», «PI18 Cefalea» y «PI20 Mareo»
- **Escobar Casado, Marta.** Enfermera del Centro de Salud Trencadors (s'Arenal de Llucmajor). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autora protocolos «PI06 Epistaxis» y «PI21 Síndrome miccional»
- **Ferrer Perelló, Josep Lluís.** Enfermero del Centro de Salud Santa Ponça. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autor protocolo «PI13 Uña encarnada y panadizo»
- **González Torrente, Susana.** Enfermera del Centro de Salud Dra. Teresa Piqué (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autora protocolos «PI08 Insomnio» y «PI19 Crisis de ansiedad»
- **Hernández Arredondo, Francisco.** Enfermero gestor de casos comunitario de pediatría. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autor protocolo «PI09 Picadura»
- **Llort Bové, Montserrat.** Médica de familia del Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autora protocolo «PI15 Actuación en caso de COVID-19»
- **Molinas Mut, Katya.** Enfermera del Centro de Salud Marines (Muro). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autora protocolo «PI03 Anticoncepción de urgencia»
- **Ovejero Muñoz, Marina Paula.** Enfermera de salud mental del Centro de Salud Rafal Nou (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autora protocolo «PI19 Crisis de ansiedad»
- **Ramírez Manent, Ignasi.** Médico de familia del Centro de Salud Santa Ponça. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autor protocolos «PI01 Absceso cutáneo», «PI07 Herida» y «PI13 Uña encarnada y panadizo»
- **Rodríguez Ruiz, Tomás.** Médico de familia del Centro de Salud Son Ferriol (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autor protocolo «PI16 Crisis hipertensiva»
- **Román Rodríguez, Miguel.** Médico de familia del Centro de Salud Dra. Teresa Piqué (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Unda Villafuerte, Fabián.** Médico de familia del Centro de Salud Serra Nord (Sóller). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autor protocolo «PI16 Crisis hipertensiva»
- **Vidal Thomàs, Maria Clara.** Enfermera del Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Autora protocolo «PI15 Actuación en caso de COVID-19»

Revisión (por orden alfabético)

- **Campins Adrover, Guillem Marc.** Farmacéutico del Centro de Salud Torrent de sant Miquel (sa Pobla). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Esteva Cantó, Magdalena.** Médica de familia (jubilada) del Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Revisora protocolos «PI08 Insomnio» y «PI19 Crisis de ansiedad»
- **Medina Bombardó, David.** Médico de familia del Centro de Salud sa Torre (Manacor). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Mendieta Lagos, M. Nieves.** Médica de familia del Centro de Salud Pont d'Inca (Marratxí). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Revisora protocolos «PI01 Absceso cutáneo», «PI07 Herida» y «PI13 Uña encarnada y panadizo»
- **Navarro Mateu, Margalida.** Matrona de atención primaria. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Revisora protocolo «PI03 Anticoncepción de urgencia»
- **Pascual Reus, Esperança.** Enfermera del Centro de Salud Santa Maria del Camí. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Revisora PI12 «Reacción a una vacuna»
- **Piña Nicolau, Aina Maria.** Enfermera del Centro de Salud Porto Cristo. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Revisora protocolos «PI14 Orzuelo» y «PI18 Cefalea»
- **Rovira Vila, Marta.** Farmacéutica del Centro de Salud Pere Garau (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Sansó Romera, Aina.** Enfermera del Centro de Salud Serra Nord (Sóller). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Revisora protocolos «PI07 Herida», «PI08 Insomnio» y «PI11 Estreñimiento»
- **Sarmiento Cruz, Manuel.** Médico de familia del Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Revisor protocolo «PI24 Diarrea»
- **Silvestre Cardona, Adela.** Enfermera del Centro de Salud Son Ferriol (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Revisora protocolos «PI05 Quemadura» y «PI07 Herida»
- **Socias Buades, Isabel.** Médica de familia del Centro de Salud sa Torre (Manacor). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Revisora protocolos «PI22 Hipoglucemia» y «PI23 Hiperglucemia»
- **Soler Mieras, Aina.** Médica farmacóloga del Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- **Torrens Darder, Isabel.** Médica de familia del Centro de Salud Santa Ponça. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Revisora protocolos «PI08 Insomnio» y «PI19 Crisis de ansiedad»
- **Valcaneras Diéguez, Silvia.** Enfermera del Centro de Salud es Safrà (Alcúdia). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Revisora protocolo «PI02 Afta oral»
- **Vidal Mangas, Maria del Carme.** Enfermera del Centro de Salud Felanitx. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Revisora protocolo «PI04 Contusión»

Traducción

Bàrbara Sansó Portell. Asesora lingüística. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

Edición

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Junio de 2022

ISBN

978-84-09-61599-5

Como citar este documento

Miralles Xamena J (coord.). Gestión enfermera de la demanda. Palma: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca; 2022.



Introducción

La atención primaria asume la responsabilidad continuada sobre la salud de la población mediante los profesionales de este nivel asistencial, por lo cual tienen que disponer de los medios y de los recursos para la prevención, la promoción, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.¹

El equipo de atención primaria de cada zona básica de salud presta una atención sanitaria integral, integrada, continúa, accesible y participativa y, es responsable de las medidas de promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y de la educación sanitaria en el entorno familiar y comunitario de la población que tiene adscrita.

La organización básica de la atención sanitaria de los equipos de atención primaria responde a tres tipos principales de asistencia: a demanda (con o sin cita), programada y urgente. Hay que subrayar que los profesionales soportan grandes presiones de demanda asistencial, muchas veces causadas por demandas espontáneas (sin cita), cosa que ha provocado que los centros de salud se hayan organizado de manera heterogénea y no haya protocolos de actuación consensuados por la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.

La atención sanitaria que se presta en los centros de salud se tiene que organizar de la manera más eficiente posible para que los usuarios puedan ser atendidos según criterios de equidad, prioridad de urgencia, tipo de problema de salud, y adecuación y disponibilidad de recursos.

Hay que establecer estrategias organizativas que planteen nuevas propuestas asistenciales para mejorar la eficiencia y la efectividad del sistema y obtener la máxima potencialidad de cada profesional. Y también hay que establecer una organización que facilite la gestión de la demanda para dar una respuesta eficiente y resolutive al problema de salud por el cual el usuario acude a la consulta, es decir, mejorar la accesibilidad, el tiempo de respuesta, la calidad de la atención y la satisfacción de los profesionales y de los usuarios.

Entre las propuestas de mejora de la gestión que hay que implementar está la gestión **enfermera de la demanda**, que hace referencia a la atención que los profesionales de enfermería de la atención primaria presta a usuarios que consultan por un motivo de salud leve siguiendo un protocolo consensuado en su ámbito competencial que les permita ser autónomos en la atención del paciente y en la resolución de problemas agudos leves.²

La gestión enfermera de la demanda se diferencia del triaje en que pretende dar solución a un problema de salud, mientras que el triaje se refiere a la recepción, la acogida y la clasificación de los pacientes a los servicios de urgencias. En la gestión enfermera de la demanda los problemas de salud están protocolizados por medio de guías breves pensadas para dar una atención estandarizada en el ámbito de la demanda sin cita, para reducir la variabilidad de la práctica clínica y garantizar una asistencia de calidad, en la cual se unan la capacidad de respuesta con la excelencia clínica. Se trata de un proyecto liderado por el profesional de enfermería de la atención primaria dentro de su ámbito competencial, en el cual pueda ser autónomo en la atención del paciente para resolver problemas agudos leves.

En general se puede decir que la gestión enfermera de la demanda ha mostrado una alta tasa (superior al 70 %) de resolución de manera autónoma y una tasa de nueva consulta muy baja. Esto se puede fundamentar en el hecho que el profesional de enfermería ha mostrado que tiene juicio clínico apto para valorar, diagnosticar e instaurar un tratamiento dentro de los protocolos establecidos que incluyen también los criterios en que la gestión de la demanda tiene que ser compartida.³

En un estudio aleatorizado con una muestra de 575.189 pacientes adultos, la resolución de los casos de enfermedades agudas menores a cargo de profesionales de enfermería fue del 61,8 %, mientras que el 38,2 % restante tuvo que ser atendido en la consulta de medicina de familia. Pero hay que subrayar que la tasa de resolución autónoma del personal de enfermería fue del 90 % en los casos de determinadas patologías, como por ejemplo lesiones cutáneas, quemaduras y anticoncepción de emergencia, en cambio, las tasas más bajas (menos del 50 %) de resolución autónoma estuvieron relacionadas con enfermedades que presentaban síntomas urinarios, conjuntivitis, síntomas respiratorios agudos y dolor de garganta.⁴

En cuanto a la tasa de nueva consulta, en un estudio transversal de dos años de duración en que se evaluaron 1.209.669 consultas de pacientes, ninguno de las dieciséis enfermedades menores protocolizadas en la intervención del estudio obtuvo una tasa de resolución a cargo del personal de enfermería inferior al 40 %. El periodo de nueva consulta fue de siete días, que se considera una tasa baja, y únicamente el 4,6 % de los pacientes visitados tuvo que volver a acudir al centro de salud.⁵

La puesta en marcha de la gestión enfermera de la demanda no ha estado exenta de barreras. Los estudios que se han hecho para evaluar las principales dificultades incluyen los conflictos competenciales entre profesionales, las limitaciones en la indicación enfermera de fármacos y las barreras percibidas por los mismos profesionales de enfermería:³ diferente nivel de formación entre los profesionales, falta de conocimientos y habilidades enfermeras, resistencia del mismo personal, aumento de la responsabilidad, del miedo y de la inseguridad del personal.⁶

La capacidad de respuesta de los profesionales de enfermería en estas situaciones no siempre es finalista, para que las acciones que llevan a cabo en «algunos procesos clínicos» no pueden resolver toda la situación generada y hace falta la intervención del médico o de la médica o de algún otro profesional. Esta limitación puede estar relacionada con la capacidad de resolución de los profesionales de enfermería, la formación, el acceso a pruebas complementarias, el reparto de tareas dentro del equipo y el desarrollo del Real decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el cual se regula la indicación, el uso y la autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, modificado por el Real decreto 1302/2018, de 22 de octubre.⁷

El proyecto que se quiere instaurar en todos los centros de salud de Mallorca se denomina «Gestión enfermera de la demanda». Para elegir los procesos que hace falta protocolizar se han analizado los implementados en otras comunidades autónomas y se ha consensuado con el equipo directivo protocolizar veinticuatro procesos en una primera fase y aumentar el número progresivamente. Algunos son susceptibles que los resuelva el profesional de enfermería de manera autónoma, pero otros requieren la actuación conjunta con el médico o la médica:

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1) Absceso cutáneo | 13) Uña encarnada y panadizo |
| 2) Afta oral | 14) Orzuelo |
| 3) Anticoncepción de urgencia | 15) Actuación en caso de COVID-19 |
| 4) Contusión | 16) Crisis hipertensiva |
| 5) Quemadura | 17) Disnea |
| 6) Epistaxis | 18) Cefalea |
| 7) Herida | 19) Crisis de ansiedad |
| 8) Insomnio | 20) Mareo |
| 9) Picadura | 21) Síndrome miccional |
| 10) Tapón de cerumen | 22) Hipoglucemia |
| 11) Estreñimiento | 23) Hiperglucemia |
| 12) Reacción a una vacuna | 24) Diarrea |

En cuanto a la elaboración de los protocolos, también hemos partido de los modelos instaurados en otras comunidades autónomas, como el de Cataluña, adaptándolos a nuestro contexto o elaborándolos de nuevo.⁸

Los protocolos siguen la estructura siguiente, basada en la secuencia lógica de atención de una situación clínica:

- 1) Definición del motivo de la consulta.
- 2) Anamnesis.
- 3) Valoración.
- 4) Diagnóstico.
- 5) Plan de actuación.
- 6) Bibliografía.
- 7) Cuadro de resumen.

Estos protocolos pretenden facilitar a todos los miembros del equipo el uso de una metodología consensuada en los circuitos, en la toma de decisiones y en las intervenciones según la evidencia científica disponible.

La Gerencia de Atención Primaria de Mallorca quiere impulsar la gestión enfermera de la demanda y unificar la actuación relativa a determinados motivos de consulta con objeto de reducir la variabilidad injustificada de la práctica clínica.

Circuito de atención al usuario

Cuando un paciente contacta con atención primaria por un problema de salud, en la unidad de admisión le tienen que preguntar qué necesita y tienen que seguir el procedimiento siguiente:

- Si requiere hacer algún trámite administrativo (informes, renovación de recetas, trámites relacionados con consultas o listas de espera, trámites derivados del hospital, entre otros), hay que citar al paciente en la consulta administrativa y gestionar la demanda basándose en el documento [Desburocratización de las consultas de la atención primaria](#).
- Si el usuario no necesita hacer un trámite administrativo, hay que preguntarle por el motivo de la visita y orientarlo para poder citarlo con el profesional más adecuado.
- Para citarlo hay que seguir los circuitos establecidos.
- Para resolver cualquier incidencia o duda sobre medicación, se puede consultar al farmacéutico o a la farmacéutica de atención primaria del centro de salud y citarlo en su agenda.

Objetivos

- Resolver de manera eficiente y coordinada los problemas de salud susceptibles de la gestión enfermera de la demanda.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica injustificada aplicando protocolos gestión enfermera de la demanda.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales con la aplicación de los protocolos.

Población diana y ámbito

- Población diana: los usuarios de la atención primaria de más de catorce años que contactan con atención primaria por iniciativa propia.
- Ámbito: atención primaria de Mallorca.
- Destinatarios: los profesionales de los equipos de atención primaria de Mallorca.

Creación de los protocolos

El proyecto se fundamenta en una serie de guías clínicas que se efectuaron según el cronograma siguiente:

Creación del grupo de trabajo y análisis de la situación	Se crea un grupo con cuatro miembros del equipo directivo y tres del Gabinete Técnico.	Grupo de trabajo Búsqueda de bibliografía y lectura	Un mes	Coordinación técnica del Gabinete Técnico
Priorización de los motivos de demanda	Se analizan los motivos de demanda protocolizados en otras comunidades autónomas y discusión con el equipo de trabajo de los motivos que se pueden priorizar en el área de Salud de Mallorca.	Veinticuatro motivos de demanda priorizados	Una semana	Dirección de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
Elaboración de los protocolos	Se elabora cada uno de los protocolos, que son revisados por profesionales sanitarios expertos en cada tema.	Veinticuatro motivos de demanda protocolizados	Dos meses	Gabinete Técnico
Revisión de los protocolos	Se publican en la intranet para que los equipos de atención primaria hagan aportaciones. Se envían a sociedades científicas y colegios profesionales para que hagan aportaciones.	Veinticuatro motivos de demanda revisados	Un-dos meses	Gabinete Técnico

Implementación

Para implementar los protocolos de gestión de la enfermera demanda se seguirán las fases siguientes:

- 1) **Difusión:** acciones de difusión del proyecto y de los protocolos que incluyen reuniones con los equipos directivos de los centros de salud y reuniones con los responsables del programa de cada sector.
- 2) **Formación:** actividades formativas del proyecto y de los protocolos que incluyen cursos no presenciales, semipresenciales, y sesiones clínicas en cada centro de salud por parte de profesionales del mismo equipo.
- 3) **Organización de los equipos:** circuitos de citación para facilitar la aplicación de los protocolos en la práctica diaria.
- 4) **Aplicación en la práctica diaria.** Para facilitar la implementación se seguirá el cronograma siguiente:
 - Divulgación a los equipos de cada C.S. a través de reuniones presenciales.
 - Reorganización de los flujos de citación.
 - Reuniones organizativas en los C.S.
 - Sesiones clínicas sobre las guías, hechas por el propio equipo, si es posible i, si no lo es por el gabinete técnico de la GAPM.

Antes de implantarlo en todos los centros de salud se llevará a cabo un pilotaje de tres meses en siete centros de salud para evaluar la implementación del proyecto.

- 5) **Evaluación y seguimiento:** se realiza una evaluación general y una de específica.

Evaluación

EVALUACIÓN GENERAL

1) Indicador de consultas efectuadas para resolver un problema de salud

INDICADOR	Porcentaje de consultas no programadas atendidas por enfermería durante el periodo de estudio.
NUMERADOR	Número de consultas no programadas atendidas por EF durante el periodo de estudio x 100.
DENOMINADOR	Número de consultas no programadas atendidas por EF y MF durante el periodo de estudio
Definiciones	(*) Consultas no programadas: Citadas en la agenda sala de urgencias como urgente o demanda. Citadas en la agenda de enfermería como urgentes. Citadas en la agenda de medicina como urgentes. EF: enfermera de familia. MF: medicina de familia.
Periodo de estudio	Pre: meses de abril, mayo y junio de 2019. Post: a los 3 meses de haberlo iniciado (2022 o 2023).

2) Indicador de consultas efectuadas para resolver un problema de salud protocolizado como GID

INDICADOR	Porcentaje de consultas GID no programadas atendidas por enfermería durante el periodo de estudio.
NUMERADOR	Número de consultas GID no programadas atendidas por EF durante el periodo de estudio x 100.
DENOMINADOR	Número de consultas no programadas atendidas por EF durante el periodo de estudio.
Definiciones	(*) Consultas GID: se considera como GID los 24 motivos de consulta clasificados con los correspondiente CIE-9. (*) Consultas no programadas: las visitadas en la sala de urgencias con tipos de visita urgente o demanda visitadas por la enfermera más las visitas urgentes de las consultas de enfermería. EF: enfermera de familia. MF: medicina de familia.
Periodo de estudio	Pre: meses de abril, mayo y junio de 2019. Post: a los 3 meses de haberlo iniciado (2022 o 2023).

3) Indicador de visitas por los motivos protocolizados

INDICADOR	Porcentaje de visitas por cada uno de los motivos de consulta GID atendidas por EF durante el periodo de estudio.
NUMERADOR	Número de visitas por el motivo de consulta «x» atendidas por EF durante el periodo de estudio x 100.
DENOMINADOR	Número de visitas por el motivo de consulta «x» atendidas por EF y MF durante el periodo de estudio.
Definiciones	(*) Motivo de consulta «x» está definido en cada uno de los protocolos con el diagnóstico CIE. (*) Se tiene que hacer para cada uno de los 24 protocolos. EF: enfermera de familia. MF: medicina de familia.
Periodo de estudio	Pre: meses de abril, mayo y junio de 2019. Post: a los 3 meses de haberlo iniciado (2022 o 2023).

4) Indicador de resolución motivo de consulta protocolizado como GID

INDICADOR	Porcentaje de consultas resueltas por enfermería por el motivo de consulta «x» sin intervención de otro profesional durante el periodo de estudio.
NUMERADOR	Número de consultas por el motivo de consulta «x» atendidas por EF donde no consta ninguna visita con MF en las próximas 72 horas durante el periodo de estudio x 100.
DENOMINADOR	Número de consultas por el motivo «x» atendidas por EF durante el periodo de estudio.
Definiciones	(*) Consultas resueltas: cuando no consta ninguna visita por MF en las próximas 72 horas por el motivo de consulta «x». (*) Los motivos a analizar son los 18 primeros protocolos, que son finalistas para la enfermera. EF: enfermera de familia. MF: medicina de familia.
Periodo de estudio	Pre: meses de abril, mayo y junio de 2019. Post: a los 3 meses de haberlo iniciado (2022 o 2023).

EVALUACIÓN ESPECÍFICA

El objetivo de la evaluación específica es valorar la aplicación del Protocolo para asegurar que se siguen las recomendaciones que nos marca la evidencia científica (tal como está recogido en cada guía), la atención estandarizada para disminuir la variabilidad de la práctica clínica y garantizar una asistencia de calidad, en la que se unen la capacidad de respuesta con la excelencia clínica.

Para valorar los indicadores específicos se han analizado, de los diferentes apartados del Protocolo, cuáles son evaluables con los datos disponibles en e-SIAP.

Tabla 2: Indicadores específicos para cinco protocolos de resolución autónoma

Protocolos GID	Diagnóstico	Indicador
Anticoncepción de urgencia	CIE-9: código V25.0.3 «Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente»	Número de motivos de consulta (CIE-9: código V25.0.3. «Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente») atendidos por la enfermera con consejo folleto «Pildora poscoital y uso de preservativo» / Número total de motivos de consulta (CIE-9: código V25.0.3. «Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente») x 100. Número de motivos de consulta (CIE-9: código V25.0.3. «Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente») atendidos por la enfermera con prueba de embarazo realizada (*) / Número total de motivos de consulta (CIE-9: código V25.0.3. «Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente») x 100. (* Es un indicador negativo porque no se tiene que realizar prueba de embarazo (apartado de procedimientos de e-SIAP).
Epistaxis	CIE-9: código 784.7 «Epistaxis»	Número de motivos de consulta (CIE-9: código 784.7. «Epistaxis») atendidos por la enfermera con órdenes y/o procedimiento Taponamiento nasal (colocar) y toma TA en parámetros clínicos / Número total de motivos de consulta (CIE-9: código 784.7. «Epistaxis») x 100.
Tapón de cerumen	CIE-9: código 380.4. «Cerumen impactado»	Número de motivos de consulta (CIE-9: código 380.4. «Cerumen impactado») atendidos por la enfermera con exploración general (otoscopia) y órdenes y procedimientos extracción cerumen / Número total de motivos de consulta (CIE-9: «Tapón cerumen impactado») x 100.
Estreñimiento	CIE-9: código 564.0 «Estreñimiento»	Número de motivos de consulta (CIE-9: código 564.0. «Estreñimiento») atendidos por la enfermera con consejo folleto «Dieta Estreñimiento» / Número total de motivos de consulta (CIE-9: código 564.0. «Estreñimiento») x 100.
Reacción a una vacuna	CIE-9: código E949... «EFC Adverso Vacunas NNC»	Número de motivos de consulta (CIE-9: código E949... «EFC Adverso Vacunas NNC») atendidos por la enfermera (a través de la Tarjeta Amarilla) / Número total de motivos de consulta (CIE-9: código E949... «EFC Adverso Vacunas NNC») x 100.

Tabla 3: Indicadores específicos para cinco protocolos de resolución conjunta		
Protocolos GID	Diagnóstico	Indicador
Crisis HTA	CIE-9: «Hipertensión...» Hay que valorar según las cifras de la TA	Número de motivos de consulta (CIE-9: «Hipertensión...») atendidos por la enfermera con parámetros clínicos TA, FC y con recomendaciones dietéticas a HTA / Número total de motivos de consulta (CIE-9: «Hipertensión...») x 100.
Disnea (Tb Asma y EPOC)	CIE-9: código 786.0 «Disnea y alteraciones respiratorias»	Número de motivos de consulta (CIE-9: código 786.0. «Disnea y alteraciones respiratorias») atendidos por la enfermera con parámetros clínicos TA, FC, Temperatura, FR y SatO2 y/o con orden y procedimiento cámara de inhalación y consejo de uso apropiado de medicación / Número total de motivos de consulta (CIE-9: código 786.0. «Disnea y alteraciones respiratorias») x 100.
Mareo	CIE-9: código 780.4. «Vértigo y Mareos»	Número de motivos de consulta (CIE-9: código 780.4. «Vértigo y Mareos») atendidos por la enfermera con parámetros clínicos TA y FC / Número total de motivos de consulta (CIE-9: código 780.4. «Vértigo y Mareos») x 100.
Síndrome miccional	CIE-9: código 788... «Síntomas que afectan al aparato urinario» CIE-9: código 595... «Deterioro de la eliminación urinaria»	Número de motivos de consulta (CIE-9: código 788... «Síntomas que afectan al aparato urinario») atendidos por la enfermera con parámetros clínicos TA y Temp y con orden y procedimiento tira de orina/ Número total de motivos de consulta (CIE-9: código 788... «Síntomas que afectan al aparato urinario») x 100. Número de motivos de consulta (CIE-9: código 595... «Deterioro de la eliminación urinaria») atendidos por la enfermera con parámetros clínicos TA y Temp y con orden y procedimiento tira de orina / Número total de motivos de consulta (CIE-9: código 595... «Deterioro de la eliminación urinaria») x 100.
Hipoglucemia	CIE-9: código 251.2. «Hipoglucemia no especificada»	Número de motivos de consulta (CIE-9: código 251.2. «Hipoglucemia no especificada») atendidos por la enfermera con parámetros clínicos TA, FC y glucemia capilar / Número total de motivos de consulta (CIE-9: código 251.2. «Hipoglucemia no especificada») x 100.
Hiperoglucemia	CIE-9: código 250.9. «Diabetes con complicación no especificada»	Número de motivos de consulta (CIE-9: código 250.9. «Diabetes con complicación no especificada») atendidos por la enfermera con parámetros clínicos TA, FC y glucemia capilar / Número total de motivos de consulta (CIE-9: código 250.9. «Diabetes con complicación no especificada») x 100.

OTROS ASPECTOS A EVALUAR

- Número de protocolos elaborados.
- Número de formaciones realizadas.
- Número de profesionales formados.
- Número de CS que aplican el proyecto de «Gestión de la demanda».
- Satisfacción por la atención recibida.
- Satisfacción de los profesionales del equipo.

Proyectos

Este documento está en evolución constante, por lo cual se toma en consideración incorporar nuevas medidas, como por ejemplo las siguientes:

- Incluir los diagnósticos NANDA en cada protocolo.
- Habilitar a los profesionales de enfermería para que sepan la normativa referente a la indicación enfermera.
- Solicitar la ampliación de los principios activos incluidos en la indicación enfermera.
- Integrar los protocolos en la historia clínica electrónica de atención primaria.
- Actualizar los protocolos y desarrollar nuevos.
- Complementar los protocolos con algoritmos de actuación.
- Añadir un apartado de «no hacer» a cada protocolo.
- Añadir un anexo sobre fármacos y productos sanitarios (*vademécum*) que figuran en los protocolos.
- Desarrollar consejos de salud para los usuarios relativos a algunos protocolos.
- Desarrollar técnicas específicas para los profesionales relativas a algunos protocolos.

Lista de protocolos

Los veinticuatro protocolos elaborados son accesibles en la intranet del Servicio de Salud de las Islas Baleares: Atención Primaria de Mallorca > Guías, Programas y Protocolos > Adultos y ancianos > *Protocolos de gestión enfermera de la demanda*.

- PI01 Absceso cutáneo
- PI02 Afta oral
- PI03 Anticoncepción de urgencia
- PI04 Contusión
- PI05 Quemadura
- PI06 Epistaxis
- PI07 Herida
- PI08 Insomnio
- PI09 Picadura
- PI10 Tapón de cerumen
- PI11 Estreñimiento
- PI12 Reacción a una vacuna
- PI13 Uña encarnada y panadizo
- PI14 Orzuelo
- PI15 Actuación en caso de COVID-19 (no vigente)
- PI16 Crisis hipertensiva
- PI17 Disnea
- PI18 Cefalea
- PI19 Crisis de ansiedad
- PI20 Mareo
- PI21 Síndrome miccional
- PI22 Hipoglucemia
- PI23 Hiperglucemia
- PI24 Diarrea



Referencias bibliográficas

- 1) Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Islas Baleares.
boe.es/boe/dias/2003/05/08/pdfs/A17438-17455.pdf [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. Presentado 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 aminoro 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 [consulta: 26 abril 2022]
- 5) Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et. al. A programo of nurse algorithm-guided care for adulto patients with acute aminoro illnesses in primary care. BMC Hambre Pract . 2013 May 16 ;14:61. bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-61 [consulta: 26 abril 2022]
- 6) Brugués Brugués A, Cubells Asensio Y, Flores Mateo G. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Saludo de Cataluña. Atención Primaria 2017;49(9):518-24
- 7) Ministerio de Sanidad CYBS. Disposición 14474 del BOE nº 256 de 2018 2018:1-8
- 8) Grupo de trabajo de gestión enfermera de la demanda CUAP. Guía de Intervenciones de Enfermería a Problemas de Salud • EAP Can Bou. vol. CASAP 2020. 2020



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

Absceso cutáneo

Definición / Motivo de la consulta



El absceso cutáneo es una acumulación de pus en la piel o en el tejido subcutáneo.¹ Los microorganismos más frecuentes que causan los abscesos en el tronco, en las extremidades, en las axilas, en la cabeza y en el cuello, son troncos de estafilococos aureus¹² (MRSA es una de las causas habituales) y estreptococos. Los de la región perineal contienen microorganismos presentes en la materia fecal, en general anaerobios o una combinación de aerobios y anaerobios.

Anamnesis



1) Antecedentes personales:^{1,3}

- Edad.
- Patología previa y hospitalizaciones recientes: obesidad, compromiso circulatorio o inmunitario, diabetes mellitus (alerta si la lesión está en zona genital: sospecha de gangrena de Fournier), celulitis, antecedentes de traumatismos, heridas previas, cuerpo extraño, etc. Abscesos recurrentes e infecciones recientes (colonización por MARSAs).
- Fármacos (corticoides, TAO y otros) y alergias. Antecedentes de consumo de sustancias por vía parenteral (UDVP).
- Estado de las vacunas (Td)

2) Características del absceso:

- Factores precipitantes: pacientes con sobrecrecimiento bacteriano (higiene insuficiente, seborrea, etc.), fricción excesiva, radioterapia...
- Tiempo de evolución.

Valoración¹

- 1) Estado general. Si hay afectación del estado general, comprobar constantes.
- 2) Control de la temperatura axilar.
- 3) Características de la lesión: localización, medida, extensión, dolor, edema y eritema local, calor y sensibilidad al tacto, induración, fluctuación, número de lesiones, drenaje espontáneo, necrosis...
- 4) Palpación ganglios linfáticos regionales.

Diagnóstico



CIM-9 «Celulitis/absceso» (escoger el más adecuado según la clínica)
NANDA 00046 «Deterioro de la integridad cutánea»

PI01 - Absceso cutáneo

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Afectación del estado general. Fiebre, sospecha de infección evolucionada.
- Celulitis diseminada en territorios próximos a la lesión.³
- Abscesos recidivantes, recurrentes y/o crónicos.
- Abscesos de gran extensión.
- Afectación facial, bucal, faríngea, perianal, genital, inguinal o articular.

Intervenciones

- Antes de realizar cualquier técnica invasiva explicar el procedimiento al paciente y obtener el consentimiento verbal.⁴
- El drenaje es la opción terapéutica de elección.¹ Sólo se puede hacer en el período de fluctuación. No se tienen que hacer maniobras locales agresivas ni quirúrgicas en etapas previas. Si el drenaje no es posible hay que aplicar calor local con fomentos húmedos 24 horas para facilitararlo (durante 15 minutos, 3-4 veces al día). Citar con su enfermera de referencia.

Técnica del drenaje¹

- Limpiar y desinfectar la zona. Limpiar la superficie a drenar con suero fisiológico y algún antiséptico (clorhexidina acuosa al 2 %). Si la piel mantiene la integridad no alterada: clorhexidina alcohólica al 2 %. Delimitar el campo estéril.
- Anestesia: emplear un anestésico sin vasoconstrictor (para evitar la necrosis de los tejidos infectados) por ejemplo mepivacaína 2 % hidrocloreto (scandinibsa®) No se puede administrar sobre el tejido inflamado, aplicarla en forma de «romboide» alrededor de la zona afectada.
- Incisión: la zona de fluctuación al absceso nos indica la localización correcta para la incisión. En furúnculos, hay que hacer la incisión en la zona de más declive y de piel necrótica. La incisión tiene que ser rápida con bisturí (preferentemente con el número 11). Tiene que ser amplia para asegurar que la salida del pus sea correcta y completa.
- Drenaje: proteger la zona con gasas. Se recomienda emplear gafas protectoras y valorar la necesidad de utilizar mascarilla y bata impermeable por posibles proyecciones de material purulento. Cuando empieza a salir el pus, se puede ayudar el drenaje haciendo presión hacia la zona de incisión, evitando exprimir en sentido vertical en el plan del absceso (haríamos el efecto «reloj de arena» y empujaríamos el pus a planos profundos).
- Desbridamiento: introducir una pinza Kocher en la cavidad, abrirla y cerrarla en el interior para romper los posibles tabiques que se hayan podido formar y para eliminar restos de tejido necrótico y fibrina.
- Lavado de la cavidad: con jeringuilla y abundante suero fisiológico para hacer presión.
- Colocación del drenaje: los abscesos se tienen que curar por segunda intención; para evitar que cierre en falso, es necesario poner un apósito en tira (ejemplo: tira de hidrofibra de hidrocoloide o de alginato) o de gasa. Requiere un apósito oclusivo o semioclusivo posterior.

PI01 - Absceso cutáneo

Otras intervenciones

- En caso de sospechar la necesidad de antibioterapia³ (véase «criterios de actuación conjunta»), es preferible la vía oral respecto al tratamiento tópico, puesto que se ha asociado con una baja efectividad y un incremento de resistencias.^{2,5} Si por las circunstancias de la situación se opta por el tratamiento tópico, y es necesaria la receta, el médico o la médica de familia hará la primera prescripción y enfermería podrá prorrogar o finalizar la indicación, según criterio clínico y farmacológico.
- Si se considera la necesidad de antibiótico oral hay que consultar con el médico o la médica.
- Si hay dolor asociado, la analgesia de elección es paracetamol 500 mg c/8 horas o ibuprofeno 400 mg c/8 horas (según la afectación).
- Profilaxis antitetánica, si es necesario.


Recomendaciones

- Las curas posteriores tienen que ser periódicas (24-48 h), con limpieza de suero fisiológico e insinuando nuevos apósitos en tira hasta que deje de salir material purulento. Más adelante, las curas se pueden espaciar hasta la curación total, cuando el tejido de granulación rellene la cavidad.
- Se recomienda hacer un cultivo de la lesión si empeora después de 48 horas de tratamiento antibiótico oral, o si no hay respuesta al tratamiento antibiótico empírico en 5-7 días.
- Citar para control y curas posteriores a las 24-72 horas (según el absceso).
- Medidas higiénicas generales de cura de la piel (para evitar recurrencias): higiene diaria, lavado reiterado de manos y uñas, toalla de uso exclusivo personal, cambio frecuente de ropa de contacto (de algodón y ancha), evitar traumas locales, rasurados y desodorantes.
- Informar al paciente que si tiene afectación del estado general, fiebre, celulitis extensa o diseminación de la infección, aparición de signos de necrosis, hemorragia o intolerancia al tratamiento, tiene que contactar con el profesional urgentemente para valorar alternativas de tratamiento.

Bibliografía



1. Amat G, Graset M. Absceso cutáneo. Gestión enfermera de la demanda. Atención aguda. Barcelona: Instituto Catalán de la Salud; 2018.
2. Williamson DA, Cartero GP, Howden BP. Current and Emerging Topical Antibacterials and Antiseptics: Agentes, Action, and Resistance Patterns. *Clinical Microbiology Reviews*, 2017;30(3) 827-860. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29592405/ [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 [consulta: 26 abril 2022].
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
5. Norman G, Dumville J.C., Mohapatra DP, Owens GL, Crosbie EJ. Antibióticos y antisépticos para la curación de heridas quirúrgicas miedo segunda intención. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3(3):CD011712. cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.cd011712.pub2/information [consulta: 26 abril 2022].

Absceso cutáneo		Acumulación de pus en la piel o en el tejido subcutáneo	
Anamnesis	Valoración		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Edad. ▫ Enfermedades previas y hospitalizaciones recientes. ▫ Fármacos y alergias. Antecedentes de consumo de sustancias por vía parenteral (UDVP). ▫ Estado de las vacunas (Td). ▫ Abscesos recurrentes e infecciones recientes ▪ Características del absceso: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes. ▫ Tiempo de evolución. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. Constantes. ▪ Control de la temperatura. ▪ Características de la lesión. ▪ Palpación ganglios linfáticos regionales. 		
Diagnóstico CIM-9	NANDA		
«Celulitis/absceso»	00046 «Deterioro integridad cutánea»		
Plan de actuación			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Afectación del estado general. Sospecha de infección o fiebre. ▫ Celulitis diseminada en territorios próximos a la lesión. ▫ Abscesos recidivantes, recurrentes y/o crónicos. ▫ Abscesos de gran extensión. ▫ Afectación facial, bucal, faríngea, perianal, genital, inguinal o articular. ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antes del drenaje informar y pedir consentimiento verbal. ▫ El drenaje sólo se puede hacer en el período de fluctuación. Si no es posible drenar: aplicar calor local con fomentos húmedos 24 h para facilitararlo (durante 15 minutos, 3-4 cada día). ▪ Técnica del drenaje: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Limpieza y desinfección de la zona. Delimitación del campo estéril./Anestesia: mepivacaina 2 % hidrocloreuro (scandinibsa®) ▫ Incisión: en los abscesos, la zona de fluctuación indica la localización correcta para la incisión. En furúnculos, hay que hacer la incisión en la zona de más declive y de piel necrótica. Incisión rápida y amplia con bisturí (se propone el nº 11). ▫ Drenaje: proteger la zona con gasas. Se recomienda el uso de gafas protectoras por posibles proyecciones de material purulento (mascarilla y bata si hace falta). Cuando empieza a salir el pus, se puede ayudar el drenaje haciendo presión hacia la zona de incisión, evitando exprimir en sentido vertical al plan del absceso. ▫ Desbridamiento: introducir una pinza Kocher en la cavidad, abrirla y cerrarla en el interior para romper los posibles tabiques que se hayan podido formar y para eliminar restos de tejido necrótico y fibrina. ▫ Lavado de la cavidad: con jeringuilla y abundante suero fisiológico para hacer presión. ▫ Colocación del drenaje: poner una tira de gasa. Requiere un apósito oclusivo. ▪ Otras intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ En caso de la sospecha de necesidad de antibioterapia, (véase «criterios de actuación conjunta»), es preferible la vía oral respecto al tratamiento tópico, puesto que se ha asociado con una baja efectividad y un incremento de resistencias. Si por las circunstancias de la situación se opta por el tratamiento tópico, y es necesaria la receta, el médico o la médica hará la primera prescripción y enfermería podrá prorrogar o finalizar la indicación, según criterio clínico y farmacológico. ▫ Si dolor asociado, analgesia. /Profilaxis antitetánica, si es necesario. ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Curas periódicas (24-48 h), con limpieza de suero fisiológico e insinuando nuevos apósitos en tira. ▫ Cita para control y curas posteriores a las 24-72 horas (según el absceso). ▫ Medidas higiénicas generales de cura de la piel. ▫ Si afectación del estado general, fiebre, celulitis extensa o diseminación de la infección, aparición de signos de necrosis, hemorragia o intolerancia al tratamiento, contactar con el profesional urgentemente. 			

Afta oral

Definición / Motivo de la consulta



Las aftas orales son pérdidas de sustancia de la mucosa oral. Clínicamente, encontraremos presencia de una o más úlceras en la mucosa oral, labios, paladar blando o piso de la boca, que suelen producir dolor, generalmente se autolimitan y cicatrizan en 10-14 días.¹²

Hay que diferenciar entre aftas agudas (causas traumáticas e infecciosas) y recurrentes o crónicas (alteraciones inmunológicas, sistémicas etc.).¹³

Anamnesis



1) Antecedentes personales:

- Embarazo.
- Procedimiento dentario⁴ (prótesis, brackets, piercings, ortodoncias). Evaluar el estado de la vacunación de difteria-tétanos (Td),⁵ traumatismos locales (mordiscos).
- Consumo de tóxicos, tabaco, alcohol.
- Fármacos:⁴ inmunosupresores,¹ corticoides y/o alergias o intolerancias al gluten.
- Enfermedades/procesos de base (hematológicas, reumáticas, inmunosupresión, liquen plano, radioterapia, quimioterapia).
- Antecedentes previos de aftas.

2) Características de la lesión:

- Factores precipitantes:² coincidencia con la toma de algún alimento (cítricos, ácido, leche, marisco, chocolate, nueces y queso...). Estados por carencia: hipovitaminosis, déficit de minerales.
- Tiempo de evolución

3) Signos y síntomas acompañantes: lesiones a otras localizaciones (genitales...).

Valoración¹



- 1) Estado general.
- 2) Control de la temperatura corporal.
- 3) Características generales de la lesión. Valorar el número, la forma, el aspecto del fondo (limpio, purulento, necrótico), el color, el estado de la mucosa perilesional y la presencia otras lesiones. Habitualmente encontraremos: lesiones de forma redondeada, muy delimitada, de color blanquecino, grisáceo o amarillento, con los bordes eritematosos.
- 4) Localización concreta, como en la mucosa oral, labios, paladar blando o piso de la boca.
- 5) Extensión de la lesión.

PI02 – Afta oral

6) Valoración de adenopatías regionales.

7) Características del dolor.

Diagnóstico



CIE-9: 528.2 «Aftas orales»

NANDA: 00045 «Deterioro de la mucosa oral»

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

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o médica si:

- Afectación del estado general. Fiebre. Signos de infección.
- Duración >3 semanas, tanto si es lesión única como múltiple (para evaluar biopsia).
- Aftas mayores de 1 cm⁵ o herpetiformes o hiperpigmentadas.
- Aftas recidivantes, recurrentes (3 veces en un año) y/o crónicas.
- Adenopatías regionales.
- Aparición de maloclusión o disfagia.
- Sospecha de infecciones de transmisión sexual (ITS). Coexistencia con lesiones a otras localizaciones.
- Sospecha de alergia alimentaria.

Intervenciones

La mayoría de las úlceras orales agudas se curan espontáneamente, sin que sea necesario ningún tratamiento específico.¹ Si las úlceras son poco frecuentes, leves y no interfieren con las actividades cotidianas, por ejemplo comer, el tratamiento farmacológico puede no ser necesario.

En caso de requerir tratamiento farmacológico, este es sintomático⁶ y paliativo.

- Tópicos, se puede recomendar una de las opciones siguientes:
 - Carbenoxolona 2% gel, 1 aplicación cada 8 horas durante 6 días.⁵ Hay que tener en cuenta posibles efectos secundarios: aumento de la TA, edema, hipototasemia...
 - Ácido hialurónico tópico después de las comidas principales durante unos 7 días, no comer ni beber 30 minutos después de aplicarlo.
 - Anestésicos locales en hielos, comprimidos para chupar, spray...
 - Si lactancia o embarazo: emplear colutorios (clorhexidina, hexetinida...) y pastas dentales sin lauril sulfato de sodio, ni alcohol para prevenir complicaciones y brotes.
- Orales: analgesia si hace falta, Paracetamol 500gr/8h y/o Ibuprofeno 400mg/8h (ajustar según la afección).

Recomendaciones

- Eliminar el factor desencadenante, si es identificado.
- Promover hábitos de vida saludables (nutrición adecuada, no tabaco).
- Higiene bucal adecuada.

- Evitar agentes irritantes a la hora de comer o beber. Los alimentos fríos son mejor tolerados que los calientes.
- Evitar alimentos cítricos, vinagres u otros alimentos que exacerbén el dolor.
- Consultar de nuevo si aparición de signos de alerta.
- Contactar con el profesional de referencia.

Bibliografía



1. Amat G, Giner C. Aftes bucales Gestión enfermera de la demanda Atención aguda. Barcelona. Instituto Catalán de la Salud. 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 [consulta: 28 abril 2022].
3. Lodi G, Oral lesiones.This topic last updated: Debo de 4, 2019. Waltham, MA.: UpToDate. 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 [consulta: 28 abril 2022].
5. Grupo de trabajo de gestión enfermera de la demanda CUAP. Guía de intervenciones de enfermera a Problemas de Salud Urgentes. CASAP Castelldefels atención primaria CUAP. Primera edición, febrero de 2014, Primera revisión, enero 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 [consulta: 28 abril 2022].

Aftas orales

Las aftas orales son pérdidas de sustancia de la mucosa oral. Son úlceras de forma redondeada, muy delimitada, de color blanquecino, grisáceo o amarillento, con los bordes eritematosos, que suelen producir dolor, y cicatrizan en 10-14 días. Hay que diferenciar entre aftas agudas (causas traumáticas e infecciosas) y recurrentes o crónicas (alteraciones inmunológicas, sistémicas etc.). Las agudas duran menos de seis semanas.



Anamnesis	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales <ul style="list-style-type: none"> ▫ Embarazo. ▫ Procedimiento dentario. Estado de las vacunas (Td). Traumatismos locales. ▫ Consumo de tóxicos, tabaco, alcohol. Antecedentes de consumo de sustancias por vía parenteral (UDVP). ▫ Fármacos. ▫ Enfermedades / procesos de base. ▫ Antecedentes previos de aftas. ▪ Características de la lesión: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes. ▫ Tiempo de evolución. ▪ Signos y síntomas acompañantes: lesiones en otras localizaciones (genitales...). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. ▪ Toma de la temperatura corporal. ▪ Características generales de la lesión. ▪ Localización concreta, como a la mucosa oral, labios, paladar blando o piso de la boca. ▪ Extensión de la lesión. ▪ Valoración de adenopatías regionales. ▪ Características del dolor.
Diagnóstico CIE-9	NANDA
528.2 «Aftas bucales»	00045 «Deterioro de la mucosa oral» 00247 «Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral»

Plan de actuación

Actuación conjunta con el médico o médica si:

- Afectación estado general, fiebre.
- Signos de infección.
- Duración > 2 semanas.
- Aftas mayores (> 1cm) o herpetiformes.
- Aftas recidivantes, recurrentes (3 veces en un año) y/o crónicas.
- Adenopatías regionales: aparición de maloclusión o disfagia.
- Sospecha de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Coexistencia con lesiones a otras localizaciones.
- Sospecha de alergia alimentaria.

▪ Intervenciones

La mayoría de las úlceras orales agudas se curan espontáneamente. En caso de tratamiento farmacológico, es sintomático:

- Tópicos, se puede recomendar una de las opciones siguientes:
 - Carbenoxolona 2% gel, 1 aplicación cada 8 horas (posibles efectos secundarios: aumento de la TA, edema, hipopotasemia...)
 - Ácido hialurónico tópico después de las comidas principales durante unos 7 días, no comer ni beber 30 minutos después de aplicarlo.
 - Anestésicos locales en geles, comprimidos para chupar, spray...
 - Si lactancia o embarazo: colutorios (clorhexidina, hexetina...) y pastas dentales sin lauril sulfato de sodio, ni alcohol.
- Orales: analgesia si hace falta, Paracetamol 500 g /8 h y/o Ibuprofeno 400 mg/8 h (ajustar según la afección).

▪ Recomendaciones

- Eliminar el factor desencadenante, si es identificado.
- Promover hábitos de vida saludables (nutrición adecuada, no tabaco).
- Higiene bucal adecuada. Evitar agentes irritantes a la hora de comer o beber (mejor los alimentos fríos).
- Evitar alimentos cítricos, vinagres u otros alimentos que exacerben el dolor.
- Consultar de nuevo si aparición de signos de alerta.
- Contactar con el profesional de referencia si no mejora en una semana (puede variar según la etiología).

Anticoncepción de urgencia

Definición / Motivo de la consulta



La anticoncepción de urgencia es un procedimiento en el que se administra un medicamento que contiene sustancias hormonales (progestágenos) para intentar evitar la posibilidad de un embarazo no deseado, en los casos siguientes:

- Uso incorrecto de los métodos anticonceptivos.
- Interrupción del tratamiento anticonceptivo oral por más tiempo del que garantiza su eficacia.
- Expulsión parcial o total del DIU coincidiendo con el coito de riesgo.
- Casos de violación.
- Uso reciente de fármacos teratógenos.
- Relaciones sexuales en circunstancias que puedan alterar el estado de conciencia.
- Después de una relación sexual sin protección o con protección incorrecta, parcial o dudosa, por falta de uso de los anticonceptivos, accidente en el uso de los preservativos (ruptura, caducidad o pérdida del preservativo durante el coito).¹

Anamnesis



1) Antecedentes personales y familiares:

- Edad.
- Embarazo. Amamantamiento materno.
- Patología previa² (enfermedades psiquiátricas, síndrome de mala absorción intestinal, tromboembolismos, insuficiencia hepática grave, antecedentes de embarazo ectópico, salpingitis, etc.).
- Factores de riesgo cardiovascular.
- Hábitos tóxicos:² alcoholismo, tabaco, drogas.
- Fármacos.² Alergias farmacológicas (excluir hipersensibilidad al fármaco y/o excipientes).
- Método anticonceptivo habitual, uso previo de anticoncepción de urgencia, abortos.

2) Características de la demanda (anticoncepción de urgencia):

- Factores precipitantes: consumo de sustancias tóxicas, posibilidad de relación no consentida...
- Tiempo transcurrido desde el coito desprotegido: determinar si el coito desprotegido está dentro de las 72 horas de indicación de la anticoncepción de urgencia con Levonorgestrel 1,5mg (o 120 horas o 5 días con acetato de ulipristal 30mg, comercializado en España desde diciembre de 2009, fuera de petitorio).²
- Fecha de la última regla, evaluar la posibilidad de embarazo.

PI03 – Anticoncepció de urgència

Valoració¹



- 1) Estado general.
- 2) Madurez psicológica y emocional en usuarias de 12 a 16 años(*).³
- 3) Posibles interacciones:⁴
 - Antiepilépticos (carbamazepina, oxcarbamazepina, fenitoina, fenobarbital, primidona, topiramato).
 - Antifúngicos (griseofulvina).
 - Antivirales (nelfinavir, nevirapina, ritonavir).
 - Antirretrovirales (lamivudina, zidovudina, etc.).
 - Antituberculosos (rifabutina, rifampicina).
 - Antibiótico (ampicilina, amoxicilina, penicilina V, doxiciclina).
 - Plantas medicinales que contengan hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*).
 - Ciclosporinas.

(*) Se considera menor inmaduro cualquier paciente o usuario menor de 16 años que, según el criterio del médico y/o del profesional sanitario responsable, no tenga la capacidad intelectual o emocional para entender la información sanitaria que se le facilita y/o el alcance de la intervención o de la actuación en lo referente a su salud.

Diagnóstico



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»

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o médica u otros profesionales si:

- En caso de interacciones farmacológicas (véase apartado 3. *Valoración*). Se aconseja doblar la dosis de la contracepción de urgencia.
- Menor de 12 años: derivar a la consulta pediátrica o médica.
- Relación no consentida o circunstancias que puedan alterar el estado de conciencia: derivar a la consulta pediátrica o médica, para activar el circuito de comunicado de lesiones y violencia.
- Antecedentes de tromboembolismos: derivar a la consulta médica.
- Embarazo: derivar a la comadrona de la Unidat d'Atenció a la Dona (UAD).
- Si han pasado 72-120 horas del coito: valorar prescripción de acetato de ulipristal 30mg (fuera de petitorio, receta no financiada).
- Si sospecha de riesgo de infecciones de transmisión sexual: valorar el diagnóstico y la posible profilaxis.

PI03 – Anticoncepción de urgencia

Intervenciones

- Sólo es necesario hacer el test de embarazo en caso de retraso de la menstruación.⁵
- Si se trata de una menor de 16 años sin el grado de madurez adecuado, después de haberla escuchado, es la persona que la representa legalmente la que tiene que dar el consentimiento (*).⁵
- Informar de los efectos secundarios del tratamiento anticonceptivo de urgencia (dolores abdominales, cansancio, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareos, tensión mamaria, alteraciones del ciclo menstrual, etc.), así como de la eficacia de la píldora (disminuye a medida que pasa el tiempo: 95 % en las primeras 24 horas, 85 % en las 24-48 horas). Hay que registrar el consentimiento oral.
- Suministrar Levonorgestrel 1.500 mcg (1,5 mg) vía oral lo antes posible y antes de las 72 horas del coito.^{2,4} Se aconseja la toma ante el profesional, si es posible, y hay que asegurarse que no esté en ayunas.
- Si lactancia se tiene que recomendar que los comprimidos se tomen justo después de dar el pecho. El fabricante recomienda la interrupción de la lactancia durante 8 horas después de la toma del fármaco, otros autores no aconsejan la interrupción por la escasa cantidad excretada en la leche.⁶

(*) El Código Penal castiga a todos los efectos la realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años. Sin embargo, el consentimiento libre de la menor de 16 años excluirá la responsabilidad penal cuando el autor sea una persona próxima a esta por edad y grado de madurez. La L.O. de Protección Jurídica del Menor establece que cualquier persona (incluye el personal sanitario dentro del ejercicio de sus funciones), que tenga conocimiento de cualquier hecho que pudiera ser constitutivo de un delito contra la libertad e identidad sexual de un menor (por ejemplo: relaciones sexuales de menores de 16 años, de menores declarados incapaces, etc.) se tiene que poner en conocimiento de sus representantes legales, del Ministerio Fiscal y/o del Juzgado de Guardia (enviar dentro de uno sobre cercado a la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca).¹

Recomendaciones

- Dar información, acompañada del folleto, sobre la píldora poscoital y el uso de preservativo, accesible [aquí](#).
- Si vomita antes de tres horas ^{2,4} debe regresar para tomar otra dosis porque no se puede asegurar que se haya absorbida.
- Contactar con el profesional de referencia:
 - Si el periodo se retrasa más de 5 días o es más escaso/abundante del que es habitual o si la mujer tiene alguna sospecha de un posible embarazo, se tiene que confirmar con un test de embarazo.
- Informar a la persona que la eficacia de la medicación para evitar el embarazo no es fiable al cien por ciento.

PI03 – Anticoncepción de urgencia


Otras recomendaciones

- Informar a la usuaria que si mantiene relaciones sexuales durante el tratamiento puede ser que no sea efectivo.
- La toma de Levonorgestrel 1.500 mcg (1,5 mg) no contraindica la toma de su anticonceptivo hormonal regular, es decir, la usuaria tiene que continuar con su pauta habitual y, en el caso de no tener la regla durante el periodo de descanso, se tiene que hacer un test para descartar un posible embarazo.⁷
- Valorar el seguimiento de la comadrona de la UAD o la de su enfermera de referencia para recibir asesoramiento y hacer un control específico de métodos contraceptivos.

Bibliografía



1. Decreto 96/2008, de 19 de septiembre, mediante 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 [consulta: 10 mayo 2022].
3. Ramis MR, Vidal C, Sans O, Cáceres Y. Aspectos legales en el marco de la consulta joven. 3 ed. Palma de Mallorca: Atención Primaria- Servicio de Salud Islas Baleares. 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 [consulta: 10 mayo 2022].
5. Grupo de trabajo de gestión enfermera de la demanda CUAP. Guía de intervenciones de enfermería a Problemas de Salud Urgentes CASAP. 1a ed. 2014, 1a rev. 2020. Castelldefels: CASAP, 2020.
6. APILAM. Levonorgestrel anticonceptivo de emergencia. En: e-lactancia.org. APILAMOS: Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna; 2002 actualizado 13 dique 2019; e-lactancia.org/feeding/levonorgestrel-emergency-contraceptive/product/ [consulta: 10 mayo 2022].
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 3a ed. Ginebra: OMS, 2018. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1 [consulta: 10 mayo 2022].

Anticoncepción de urgencia	<p>La anticoncepción de urgencia es un procedimiento en el cual se administra un medicamento que contiene sustancias hormonales (progestágenos) para intentar evitar la posibilidad de un embarazo no deseado para las indicaciones siguientes: uso incorrecto u otras incidencias de los métodos anticonceptivos, interrupción del tratamiento anticonceptivo oral por más tiempo del que garantiza su eficacia, expulsión parcial o total del DIU coincidiendo con el coito de riesgo, casos de violación, uso reciente de fármacos teratógenos, relaciones sexuales en circunstancias que puedan alterar el estado de conciencia.</p>	
Anamnesis <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales y familiares: edad, embarazo, amamantamiento materno, patología previa, factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos, fármacos, alergias farmacológicas, método anticonceptivo habitual, uso previo de anticoncepción de urgencia, abortos. ▪ Características de la demanda: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes: posibilidad de relación no consentida... ▫ Tiempo transcurrido desde el coito desprotegido. ▫ Fecha de la última regla, posibilidad de embarazo. 	Valoración <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. ▪ Teste embarazo si retraso de la menstruación. ▪ Madurez psicológica y emocional en niñas de 12 a 16 años. ▪ Posibles interacciones. ▪ Doblar la dosis de la contracepción de urgencia si toma: antiepilépticos, antifúngicos, antivirales, antirretrovirales, antituberculosos, antibióticos, plantas medicinales que contengan hierba de San Juan, ciclosporinas... 	
Diagnóstico CIE-9	NANDA	
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»	
Plan de actuación		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o médica u otros profesionales si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Interacciones farmacológicas (véase apartado 3). Doblar la dosis de la contracepción de urgencia. ▫ Menor de 12 años: pediatra. ▫ Relación no consentida o circunstancias que puedan alterar el estado de conciencia. ▫ Antecedentes de tromboembolismos. ▫ Embarazo: derivar a la comadrona de la Unidat d'Atenció a la Dona (UAD). ▫ Si han pasado 72-120 horas del coito: valorar prescripción de acetato de ulipristal 30mg (receta no financiada). ▫ Si sospecha de riesgo de infecciones de transmisión sexual. ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Sólo es necesario hacer el test de embarazo en caso de retraso de la menstruación. ▫ Si menor de 16 años sin el grado de madurez adecuado, después de haberla escuchado, la persona que la representa legalmente es la que tiene que dar el consentimiento. ▫ Informar de los efectos secundarios del tratamiento anticonceptivo de urgencia, así como de la eficacia de la píldora. Registrar el consentimiento oral. ▫ Suministrar Levonorgestrel 1.500 mcg (1,5 mg) vía oral lo más rápido posible y antes de las 72 horas del coito. Ante el profesional, si es posible, y asegurarse que no esté en ayunas. ▫ Si lactancia se tiene que recomendar que los comprimidos se tomen justo después de dar el pecho. ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Dar información, acompañada de folleto, sobre la píldora poscoital y el uso de preservativo, accesible aquí. ▫ Si vomita antes de tres horas debe regresar porque debe tomar otra dosis. ▫ Contactar con su profesional de referencia: si el periodo se retrasa más de 5 días o es más escaso/abundante del que es habitual o si la mujer tiene alguna sospecha de un posible embarazo, habrá que confirmarlo con un test de embarazo. ▫ Informar a la usuaria que si mantiene relaciones sexuales durante el tratamiento puede ser que no sea efectivo. La toma de Levonorgestrel 1.500 mcg (1,5 mg) no contraindica la toma de su anticonceptivo hormonal regular. ▫ Valorar el seguimiento de la comadrona de la UAD o de su enfermera de referencia para recibir asesoramiento y hacer un control específico de métodos contraceptivos. 		

Contusión

Definición / Motivo de la consulta



Lesión que se produce en el sistema osteo-articular o muscular después de aplicar una fuerza directa o indirecta.¹

El tratamiento debe ser en función de la gravedad del proceso y otros tipos de afectaciones concomitantes. El motivo de la contusión suele ser casual, pero debe hacerse una buena anamnesis para descartar cualquier tipo de violencia, incluyendo la violencia de género, factores desencadenantes como consumo de alcohol u otras drogas, accidente de tráfico, deportivo o laboral. Si se produce en el entorno laboral, deportivo o accidente de tráfico, después de la primera valoración, si es posible, debe derivar el paciente a la mutua.

Anamnesis



1) Antecedentes personales y familiares:

- Embarazo.
- Patología previa.
- Fármacos² y alergias (anticoagulantes, antipsicóticos).

2) Características de la contusión:

- Factores precipitantes³. Mecanismo relativo a la lesión y localización de la lesión (entorno laboral, tráfico, deportivo), contexto relacional (situaciones de violencia, alcohol u otras drogas...).
- Tiempo de evolución y fecha de la contusión.

3) Signos y síntomas acompañantes. Si contusión craneal, hay que preguntar si ha habido pérdida de conciencia y otros síntomas (vómitos, obnubilación, mareo...).

Valoración¹



1) Estado general. Si afectación del estado general: constantes vitales (TA y FC).

2) Características de la lesión:¹ rubor, calor, tumefacción, deformidad, edema, dolor, parestesias, equimosis, hematoma...

3) Presencia de otras lesiones. Estar alerta a las lesiones sospechosas de agresión (diferentes lesiones de diferentes agentes causales, de diferente cronograma, hematomas en diferente fase cromática, lesiones en la cara ventral de antebrazos –características de defensa–, etc...).

4) Según la localización de la lesión:^{1,3}

- Parrilla costal: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tiraje costal...
- Contusión lumbar: tira de orina.
- Contusión craneal: nivel de conciencia, vómitos...

PIO4 - Contusión

- 5) Impotencia funcional.
- 6) Descartar fisura o fractura subyacente.

Diagnóstico



- CIE-9 «Contusión de...» (elegir la que corresponda según la contusión padecida)
NANDA (Los diagnósticos siguientes son orientativos, según la situación del paciente)
00047 «Riesgo de deterioro de la integridad cutánea»
00035 «Riesgo de lesión»

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o médica si:

- Afectación del estado general.
- Hemorragia extensa.
- Sospecha de lesión subyacente a la contusión. Por ejemplo:
 - Hematuria en caso de contusión lumbar.
 - Hemoptisis o disnea en caso de afectación torácica.
 - Afectación neurológica (obnubilación, vómitos, cefalea...).
 - Sospecha de fractura o fisura.
- Valorar la necesidad de tramitar un «Parte judicial de lesiones».

Intervenciones

- Si herida, seguir el «Protocolo gestión de la demanda de herida».
- Reposo relativo de la zona afectada.
- Inicialmente frío local.
- Si dolor asociado, la analgesia de elección es paracetamol 500 mg c/8 horas o ibuprofeno 400 mg c/8 horas (ajustar según la patología).
- Inmovilización según la localización y el tipo de lesión.
- Si se trata de una contusión secundaria a una caída, registrarla en el «Protocolo registro de caídas» accesible en e-SIAP.
- Accidente o agresión. Derivar para hacer el «Parte judicial de lesiones».
- Accidente laboral. Valoración y primera cura. Remitir a su mutua laboral.
- Facturación a terceros, si procede.

Recomendaciones

- Explicar las medidas apropiadas según el tipo de contusión.
- Consultar de nuevo si aparición de signos de alerta: afectación del estado general, dolor no controlado con analgesia pautada, parestesias, signos de compresión vascular, aparición de fiebre (≥ 38 °C), impotencia funcional, molestias con la inmovilización, aparición de hematuria o cualquiera otro signo de alarma.
- En el caso de contusión craneal, volver a consultar, urgentemente, si tiene afectación del estado general, somnolencia, pérdida de fuerza/sensibilidad hemicuerpo, vómitos...
- Contactar con el profesional de referencia.



Bibliografia



1. Grup de treballs 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 mayo 2022]
3. Amat G, Muniain M. Contusió Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut. 2018.

PINO04 - Contusión



Contusión	Lesión que se produce en el sistema osteo-articular o muscular después de aplicar una fuerza directa o indirecta.	
Anamnesis	Valoración	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales y familiares: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Embarazo. ▫ Patología previa. ▫ Fármacos y alergias (anticoagulantes, antipsicóticos). ▪ Características de la contusión: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes. Mecanismo relativo a la lesión y localización de la lesión (entorno laboral, tráfico, deportivo), contexto relacional (situaciones de violencia, alcohol u otras drogas...). ▫ Tiempo de evolución y fecha de la contusión. ▪ Signos y síntomas acompañantes. Si contusión craneal, vómitos, obnubilación, mareo... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general (si afectación: control de TA y FC). ▪ Características de la lesión: rubor, calor, tumefacción, dolor, parestesia, equimosis, hematoma. ▪ Presencia de otras lesiones. Estar alerta a lesiones sospechosas de agresión. ▪ Según la localización de la lesión: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Parrilla costal: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tiraje costal... ▫ Contusión lumbar: tira de orina. ▫ Contusión craneal: nivel de conciencia, vómitos... ▫ Impotencia funcional. ▫ Descartar fisura o fractura subyacente. 	
Diagnóstico CIE-9	NANDA	
«Contusión de...» (según la contusión padecida)	Los diagnósticos siguientes son orientativos, según la situación del paciente: 00047 «Riesgo de deterioro de la integridad cutánea» 00035 «Riesgo de lesión»	
Plan de actuación		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Afectación del estado general. ▫ Hemorragia extensa. ▫ Sospecha de lesión subyacente a la contusión, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Hematuria en caso de contusión lumbar. - Hemoptisis o disnea en caso de afectación torácica. - Afectación neurológica (obnubilación, vómitos, cefalea...). - Sospecha de fractura o fisura. ▫ Valorar la necesidad de tramitar un «Parte judicial de lesiones». ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Si herida, seguir el «Protocolo gestión de la demanda de herida». ▫ Reposo relativo de la zona afectada. ▫ Inicialmente frío local. ▫ Si dolor asociado: analgesia. ▫ Inmovilización según la localización y el tipo de lesión. ▫ Si se trata de una contusión secundaria a una caída, hay que registrarla en el «Protocolo registro de caídas», accesible en e-SIAP. ▫ Accidente o agresión: derivar para hacer el «Parte de lesiones». ▫ Accidente laboral: valoración y primera cura. Remitir a su mutua laboral. ▫ Facturación a terceros, si procede. ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Explicar las medidas apropiadas según el tipo de contusión. ▫ Volver a consultar si aparición de signos de alerta: afectación del estado general, dolor no controlado con analgesia pautada, parestesias, signos de compresión vascular, aparición de fiebre (≥ 38 °C), impotencia funcional, molestias con la inmovilización, aparición de hematuria o cualquiera otro signo de alarma. ▫ En el caso de contusión craneal, volver a consultar, urgentemente, si tiene afectación del estado general, somnolencia, vómitos... ▫ Contactar con el profesional de referencia. ▫ Medidas higiénicas generales de cura de la piel. ▫ Si afectación del estado general, fiebre, celulitis extensa o diseminación de la infección, aparición de signos de necrosis, hemorragia o intolerancia al tratamiento, contactar con el profesional urgentemente. 		

Quemadura

Definición / Motivo de la consulta



La quemadura es una lesión producida por el efecto del calor con resultado de muerte celular y muerte de los tejidos afectados.

Anamnesis



1) Antecedentes personales:^{1,3}

- Edad.
- Patología previa (inmunosupresión, enfermedades cutáneas...).
- Fármacos y alergias.
- Estado de las vacunas (Td).

2) Características de la quemadura:

- Factores precipitantes: radioterapia, tratamientos estéticos, etc. Hay que descartar posibles agresiones.
- Mecanismo de la lesión (térmica, eléctrica, química, radiactiva, solar...) y localización de la lesión¹ (*).
- Tiempo de evolución: inicio, tiempo de contacto con el agente causante.
- Circunstancias: lugar donde ha ocurrido (espacio abierto/cerrado: para descartar lesiones en vías aéreas).

3) Signos y síntomas acompañantes: dolor, edema, fiebre...

(*) Hay que tener en cuenta que en las manos, los pies, en la zona perianal y en los genitales hay un riesgo mayor de infección y se pueden producir efectos secundarios debido a la colonización bacteriana de la zona; en la cara, el cuello y en las zonas de flexión-articulaciones puede comportar un riesgo mayor de secuelas estéticas y funcionales.

Valoración¹



1) Extensión. Si es necesario, medir la superficie corporal total quemada (SCTQ). Se pueden usar diferentes métodos de medida,² por ejemplo:

Regla del 9 de Wallace. Asignación de porcentajes según la parte del cuerpo afectada y la extensión de la quemadura.



PI05 - Quemadura

- 2) Grado de la quemadura:
 - Quemadura epidérmica o de primer grado: afectación de la epidermis.
 - Quemadura dérmica superficial o de segundo grado superficial: afectación de la epidermis y dermis papilar.
 - Quemadura dérmica profunda o de segundo grado profundo: afectación de la epidermis, dermis papilar y reticular.
 - Quemadura de espesor total o de tercer grado: afectación de la zona más profunda con grasa, fascia, músculo...
- 3) Intensidad del dolor.
- 4) Valorar signos de infección (edema, calor local, dolor o exudado purulento).

Diagnóstico



CIE-9: «Quemadura de...» (escoger el más adecuado según la afectación)

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

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o médica si:^{1,3,4}

- Afectación del estado general. Fiebre o infección.
- Inhalación de gases (puede causar un distrés respiratorio).
- Sospecha de choque hipovolémico.
- Afectación craneal, facial, esofágica (ingesta de cáustico) o genital.
- Quemaduras circunferenciales del tronco, el cuello o las extremidades (síndrome compartimental).
- Quemaduras de 2º grado > 10 % de superficie corporal.
- Quemaduras de 3º grado > 2 % de superficie corporal.
- Sospecha de maltratos (lesiones sospechosas de abuso físico).⁵
- Intento de autólisis.
- Valorar si hay que tramitar un «Parte judicial de lesiones».

Intervenciones

- Preparar la zona:²
 - Retirar ropa y objetos.
 - Reducir el calor local de la zona afectada con suero fisiológico o agua potable a temperatura ambiente. No es recomendable el uso de agua fría o de hielo porque produce vasoconstricción, acelerando la progresión de la quemadura.
 - Limpiar: irrigación con suero fisiológico y secar sin friccionar.⁶

PI05 - Quemadura

- Analgesia: el enfriamiento puede aliviar el dolor. En función de la intensidad del dolor está indicado paracetamol, antiinflamatorios u opioides, si es necesario por vía intravenosa².
- Cura: (*)
 - Quemaduras de 1º grado:
 - Recomendar hidratar la piel y protección solar durante 15-30 días.
 - Quemaduras de 2º grado y 3º grado:
 - Si quemadura eléctrica hacer un ECG.³
 - Valorar constantes: temperatura, TA, FC, SatO2, FR, según la etiología y el mecanismo de la quemadura.
 - Si hay restos epiteliales desvitalizados: limpiar con clorhexidina, y aclarar con suero fisiológico.
 - En caso de flictenas: desbridar si son mayores de 6mm, si comprometen la funcionalidad, o si están rotas^{4,5} (esta recomendación está basada en un consenso de expertos, porque hay controversia entre los estudios publicados).² De todos modos, la decisión de desbridar o no tiene que ser individualizada para cada paciente. El desbridamiento tiene que ser más rápido si la quemadura ha sido producida por productos químicos.
 - Realizar la cura en ambiente húmedo. Para la cura disponemos de apósitos de cura en ambientes húmedos y de pomadas y cremas. La elección de uno o el otro depende de la extensión, la profundidad, el exudado, la fase, la localización...
 - Si empleamos apósitos tienen que ser adaptables y con la menor adherencia a la piel lisiada, puesto que disminuyen el dolor y mejoran la piel perilesional (tabla 1). Los apósitos pueden ser indicados por enfermería:

TABLA 1		
Apósitos	Propiedades	Indicaciones
Alginatos	-Gran capacidad de absorción. -Hemostático.	Quemaduras de 2º grado muy exudativas: hace falta sujeción secundaria.
Hidrogeles	Potencia el desbridamiento enzimático y autolítico.	En la urgencia enfría y calma el dolor.
Poliuretanos	-Absorción y retención exudado. -Adhesivos y no adhesivos semipermeables. -Los de silicona son de baja adherencia.	Quemaduras de 2º grado: -los de silicona respetan el tejido ya epitelizado, aplicar a lesiones con buen tejido de granulación.
Hidrocoloides	Absorbentes formadores de gel.	Quemaduras de 2º grado superficial: -el extrafino indicado en la fase de epitelización.
Hidrocoloides con hidrofibra	-Gran capacidad de absorción. -Formador de gel.	Quemaduras de 2º grado exudativas: -hace falta apósito de sujeción.
Antimicrobianos	-Bactericida de amplio espectro. -Liberadores y no liberadores de plata.	Quemaduras de 2º grado con riesgo o con signos de infección.
Mallas interfase	-Son hidrófobas. -Protegen el lecho de la herida y el tejido recién formado.	Quemaduras superficiales o quemaduras con tejido de granulación.
Con carga iónica	-Bioactivos con Zn, Mn y Ca. -Estimulan la cicatrización.	Lesiones con etapa de granulación y epitelización.
Moduladores de metaloproteasas (MMP)	-Modula la acción MMP. -Recupera la actividad de cicatrización.	Quemaduras con retraso de la cicatrización.

PI05 - Quemadura

Si empleamos pomadas o cremas que necesitan receta, tiene que prescribirla el médico o la médica. Se podrá prorrogar o finalizar la indicación desde enfermería, según criterio clínico y farmacológico (tabla 2).

TABLA 2	
Cremas y pomadas	Observaciones
Hidrogeles y cremas hidratantes	Sirven para recuperar y mantener la piel.
Pomada de sulfadiazina argéntica	Indicada si hay riesgo de infección, su efecto antibacteriano dura de 8 a 12 horas, para que sea efectiva se tiene que aplicar 2-3 veces al día (no usar en niños menores de 2 años ni en mujeres embarazadas).
Pomada colagenasa	Elimina el tejido desvitalizado. Si no hay exudado se tiene que aplicar con hidrogel para potenciar la acción.
Productos de protección solar	Para proteger las zonas sin epitelio y evitar decoloraciones.

- Cubrir el área curada con cremas o pomadas con gasa estéril o apósito. Evitar vendajes compresivos.
- Valorar si profilaxis antitetánica.
Documento de vacunación Td donde se indica cómo actuar según el tipo de herida:
caib.es/sites/vacunacions/es/portada-61395/
- Si analgesia: paracetamol 500 mg c/8 horas o ibuprofeno 400 mg c/8 horas (según afectación). Evaluar la necesidad de analgesia más fuerte.

(*) La evaluación y la cura de la quemadura se tiene que llevar a cabo con máxima asepsia: guantes, gasas, lavado de manos y material estéril. Si se trata de una quemadura por agentes químicos se tienen que emplear gafas de protección.

Recomendaciones

- Higiene corporal con agua tibia, emplear jabón neutro, secar suavemente la zona de la quemadura.
- Protección solar: aplicar filtro solar con protección SPF50+, evitar tomar el sol exponiendo la zona quemada (como mínimo durante un año).
- Hidratación correcta de la zona.
- No usar remedios caseros para disminuir el dolor (pasta de dientes, vinagre, aceite...).
- Volver a consultar si aparecen signos de alerta: aumento del dolor, aumento del calor (fiebre), cambios en el aspecto de la quemadura, parestesias...⁴
- Contactar con el profesional de referencia para hacer el seguimiento de la cura.

Bibliografía



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/ [consulta: 24 mayo 2022].
3. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. Guia d'intervencions d'infermeria 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-breve.pdf [consulta: 24 mayo 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 - Quemadura



Quemadura	La quemadura es una lesión producida por el efecto del calor con resultado de muerte celular y muerte de los tejidos afectados.
Anamnesis	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Edad ▫ Patología previa (inmunosupresión, enfermedades cutáneas...) ▫ Fármacos y alergias ▫ Estado de la vacunación (Td). ▪ Características de la quemadura: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes: radioterapia, tratamientos estéticos... Descartar posibles agresiones. ▫ Mecanismo y localización de la lesión. ▫ Tiempo de evolución: inicio y tiempo de contacto con el agente. ▫ Causa. ▫ Circunstancias del lugar donde ha ocurrido. ▪ Signos y síntomas acompañantes: dolor, edema, fiebre. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extensión. Si precisa, medir la superficie corporal total quemada (SCTQ). Regla del 9 de Wallace. ▪ Grado de la quemadura. ▪ Intensidad del dolor. ▪ Valorar signos de infección.
Diagnóstico CIE-9	NANDA
«Quemadura de...» (escoger el más adecuado según la afectación)	00046 «Deterioro de la integridad cutánea» 00045 «Deterioro de la integridad de la mucosa» 00044 «Deterioro de la integridad tisular»
Plan de actuación	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Afectación estado general. Fiebre o infección. ▫ Inhalación de gases (puede causar un distrés respiratorio). ▫ Sospecha de choque hipovolémico. ▫ Afectación craneal, facial, esofágica (ingesta de cáustico) o genital. ▫ Quemaduras circunferenciales del tronco, el cuello o las extremidades (síndrome compartimental). ▫ Quemaduras de 2º grado > 10 % de la superficie corporal. Quemaduras de 3º grado > 2 % de la superficie corporal. ▫ Sospecha de maltratos. ▫ Intento de autólisis. ▫ Valorar la necesidad de «Parte judicial de lesiones». ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Preparar la zona: retirar ropa y objetos; irrigación con suero fisiológico y secar sin friccionar. ▫ Cura: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Quemaduras de 1º grado: hidratación de la piel y protección solar durante 15-30 días. ▫ Quemaduras de 2º grado y de 3º grado: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si quemadura eléctrica: ECG. ○ Valorar constantes: temperatura, TA, FC, SatO2, FR. ○ Si hay restos epiteliales desvitalizados: clorhexidina y aclarar con suero fisiológico. ○ En caso de flictenas: desbridar si son mayores de 6mm. Si han sido producidas por productos químicos desbridar siempre. ○ Realizar la cura en ambiente húmedo. ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Higiene corporal. Hidratación correcta de la zona. ▫ Protección solar. ▫ No emplear remedios caseros para disminuir el dolor (pasta de dientes, vinagre, aceite...). ▫ Volver a consultar si aparecen signos de alerta. <p>Contactar con el profesional de referencia para hacer el seguimiento de la cura.</p>	

Epistaxis

Definición / Motivo de la consulta



La epistaxis es la hemorragia originada en las fosas nasales.¹² Se diferencian dos variantes clínicas: epistaxis anterior y posterior.

Cada hemorragia nasal tiene sus peculiaridades y tanto su intensidad y frecuencia como la forma de contenerla dependerá de la zona en que se presente y de su etiopatogenia.

Anamnesis



- 1) Antecedentes personales y familiares:
 - Edad.
 - Embarazo.
 - Patología previa. Intervenciones otorrinolaringología. Historia previa de epistaxis.
 - Factores de riesgo cardiovascular: HTA...
 - Hábitos tóxicos: consumo de cocaína.
 - Fármacos² (anticoagulantes, antiagregantes y antihipertensivos) y alergias (anestesia).
- 2) Características de la epistaxis:
 - Factores precipitantes. Causas:¹²
 - Local (erosión, traumatismo, contusión, sequedad mucosa, rinitis, enfriado, automanipulación, cuerpo extraño).
 - General (trastorno de la coagulación, HTA y uso de fármacos anticoagulantes).
 - Inicio: tiempo de sangrado.
 - Perfil evolutivo: intensidad, duración, frecuencia...
 - Tiempo de evolución.
- 3) Signos y síntomas acompañantes: mareo, dolor, afectación del nivel de conciencia, cefalea, hematemesis, hemoptisis, sangrado óptico...

Valoración¹



- 1) Estado general (coloración de la piel).
- 2) Constantes vitales: (TA, FC).
- 3) INR si tratamiento anticoagulante con acenocumarol o warfarina.
- 4) Localizar el punto sangriento:³ exploración cavidad nasal, cavidad oral y faríngea con la ayuda del rinoscopio o del otoscopio, y de la orofaringe con la ayuda de un depresor lingual, para comprobar si existe sangrado posterior.
- 5) Características y cantidad del sangrado. Si es sangrado activo en el momento.

PI06 - Epistaxis

Diagnóstico



CIE-9 784.7 «Epistaxis»

NANDA: los diagnósticos siguientes son orientativos, dependerá de la situación del paciente.

00099 «Mantenimiento ineficaz de la salud»

00004 «Riesgo de infección»

00039 «Riesgo de aspiración»

00031 «Limpieza ineficaz de las vías aéreas»

00132 «Dolor agudo»

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o médica si:

- Presencia de signos de alerta.
- Epistaxis recidivantes, recurrentes y/o crónicas.
- Ante la sospecha de epistaxis secundaria a crisis hipertensiva⁴ (véase «Protocolo gestión de la demanda crisis HTA»).
- Sospecha de hematemesis o hemoptisis.
- Sospecha de epistaxis posterior (no parar el sangrado con compresión nasal).
- Sangrado bilateral.
- Si es secundaria a un traumatismo y hay la sospecha de fractura nasal.
- Pacientes con trastornos de la coagulación y/o con tratamientos anticoagulantes.

Intervenciones

- Tranquilizar al paciente y explicarle el procedimiento a seguir.¹
- El profesional tiene que emplear los elementos de protección individual: máscara, guantes, protección ocular y bata.
- El paciente se tiene que acercar la barbilla al pecho (evitar la posición horizontal).¹
- Si ha sufrido una contusión: aplicar hielo local.²
- Hay que hacer una compresión mecánica con dos dedos durante diez minutos en las alas nasales. El 90% de las epistaxis anteriores pueden ser controladas de este modo. Si no cede, hay que poner una gasa empapada de agua oxigenada. Se aplica la presión externa y se retira la gasa a los quince minutos. Si así no cede, hay que hacer un taponamiento nasal anterior.
- Sonarse las fosas nasales (primero un lado y después el otro).
- Taponamiento anterior nasal.³
 - En primer lugar se tiene que limpiar la fosa a tapar, lo mejor posible.
 - A continuación se puede pulverizar la fosa con un spray anestésico o la mucosa con una gasa humedecida con anestésico (lidocaína al 2%), para evitar molestias al paciente y conseguir que colabore más y mejor.

PI06 - Epistaxis

- Después se tiene que introducir una gasa estéril bordeada de 1 a 2 cm de ancho y/o un apósito hemostático nasal (disponible a petitorio) dentro de la fosa nasal. La gasa/apósito se puede impregnar con suero, vaselina, agua oxigenada o ácido tranexámico (Amchafibrin®). Uno de los extremos de la gasa se tiene que sujetar con la mano que sostiene el rinoscopio (normalmente la izquierda), con la otra, y por medio de una pinza de taponamiento (de bayoneta), se tiene que introducir la gasa en la fosa nasal, empezando desde la parte más posterior hacia el anterior (como un acordeón) y de abajo arriba, de forma que la fosa se llene con la mayor cantidad de gasa posible y ejerza la compresión suficiente en las paredes de la fosa como para cesar la hemorragia.
- Es útil colocar una gasa en el vestíbulo de la fosa taponada y asegurarlo exteriormente con esparadrapo, así se evita que se expulse la gasa en caso de estornudo o por la manipulación del paciente en la zona.
- Una vez colocado el taponamiento, mantener el paciente en observación durante quince minutos.
- Valorar varias veces la orofaringe y asegurar la ausencia de sangrado posterior.

Recomendaciones

- Mantener el taponamiento nasal anterior un máximo de 2 días, en caso de que no se sospeche de sangrado posterior. Volver a evaluar por la enfermera de referencia. En pacientes con tratamiento anticoagulante, valorar si se tiene que mantener más días.
- Informar de posibles molestias como cefalea, sequedad bucal y epifora (lagrimeo constante).
- No llevar a cabo acciones que puedan provocar el sangrado de nuevo, por ejemplo: inclinar la cabeza, sonarse, estornudar de manera violenta, hacer ejercicio intenso. Seguir una dieta blanda y fría. Evitar el consumo de ácido acetilsalicílico, AINEs, tabaco y alcohol.
- Volver a consultar si aparecen signos de alerta (sangrado, fiebre, HTA...), hay que contactar con el profesional de manera urgente o prioritaria.

Bibliografía



1. Garcia S, Millán J. Guía 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. casap.cat/wp-content/uploads/2020/02/gesti%C3%B3-enfermera-de-la-demanda-CUAP-2020-breve.pdf [consulta: 3 junio 2022].
3. Alter H. Approach to the adult with epistaxis. This topic last updated: May 22, 2020. Waltham MA: UptoDate. uptodate.com/index.html#!/content/approach-to-the-adult-with-epistaxis?search=epistaxis&source=search_result&selectedTitle=1150&usage_type=default&display_rank=1 [consulta: 3 junio 2022].
4. Amat G, Graset M. Epistaxi Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut mat. 2018.



Epistaxis	La epistaxis es la hemorragia originada en las fosas nasales. Se diferencian dos variantes clínicas: epistaxis anterior y posterior.
Anamnesis	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Edad. ▫ Embarazo. ▫ Patología previa. Intervenciones otorrinolaringología. Historia previa de epistaxis. ▫ Factores de riesgo cardiovascular: HTA... ▫ Hábitos tóxicos: consumo de cocaína. ▫ Fármacos (anticoagulantes, antiagregantes y antihipertensivos) y alergias (anestesia). ▪ Características de la epistaxis: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes. Causas: local (erosión, traumatismo, contusión, sequedad mucosa...) o general (trastorno de la coagulación, HTA...). ▫ Inicio: tiempo de sangrado. ▫ El perfil evolutivo: intensidad, duración, frecuencia... ▪ Signos y síntomas acompañantes: mareo, dolor, afectación del nivel de conciencia, cefalea, hematemesis, hemoptisis, sangrado ótico... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general (coloración de la piel) ▪ Constantes vitales: (TA, FC). ▪ INR si tratamiento anticoagulante con acenocumarol o warfarina. ▪ Localizar el punto sangriente: exploración cavidad nasal, cavidad oral y faríngea. ▪ Características y cantidad del sangrado. Si es sangrado activo en el momento.
Diagnóstico CIE-9	NANDA
784.7 «Epistaxis»	Según la situación del paciente» 00099 «Mantenimiento ineficaz de la salud» 00004 «Riesgo de infección» 00039 «Riesgo de aspiración» 00031 «Limpieza ineficaz de las vías aéreas» 00132 «Dolor agudo»
Plan de actuación	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Presencia de signos de alerta. ▫ Epistaxis recidivantes, recurrentes y/o crónicas. ▫ Ante la sospecha de epistaxis secundaria a crisis hipertensiva (véase «Protocolo gestión de la demanda crisis HTA»). ▫ Sospecha de hematemesis o hemoptisis. ▫ Sospecha de epistaxis posterior (no parar el sangrado con la compresión nasal). ▫ Sangrado bilateral. ▫ Si secundaria a traumatismo y hay sospecha de fractura nasal. ▫ Pacientes con trastornos de la coagulación y/o con tratamientos anticoagulantes. ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Tranquilizar al paciente y explicarle el procedimiento a seguir. ▫ El profesional tiene que emplear elementos de protección individual: máscara, guantes, protección ocular y bata. ▫ El paciente se tiene que acercar barbilla al pecho (evitar la posición horizontal). Si ha sufrido una contusión: aplicar hielo local. ▫ Hay que hacer una compresión mecánica con 2 dedos durante 10' en las narinas. Si no cede, hay que poner una gasa empapada de agua oxigenada, retirar la gasa a los 15 minutos. Si así no cede, hay que hacer un taponamiento nasal anterior. ▫ Sonarse las fosas nasales (primero un lado y después el otro). ▫ Taponamiento anterior nasal: limpiar la fosa a tapar, pulverizar la fosa con un spray anestésico e introducir una gasa estéril bordeada de 1 a 2 cm de ancho y/o un apósito hemostático nasal (disponible a petitorio). La gasa/apósito se puede impregnar con suero, vaselina, agua oxigenada o ácido tranexámico (Amchafibrin®). Finalmente, colocar una gasa en el vestíbulo de la fosa taponada y asegurarlo exteriormente con esparadrapo. ▫ Mantener al paciente en observación durante 15'. ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Mantener el taponamiento nasal anterior, un máximo de 2 días. ▫ Informar de posibles molestias como cefalea, sequedad bucal y epifora (lagrimeo constante). ▫ No llevar a cabo acciones que puedan provocar el sangrado de nuevo. ▫ Volver a consultar si aparecen signos de alerta (sangrado, fiebre, HTA...). Contactar con su profesional de referencia. 	

Herida abierta

Definición / Motivo de la consulta



La herida es una pérdida de la continuidad de la piel o de las mucosas. Puede ser superficial o profunda y afectar más estructuras como los músculos, los tendones, los nervios o los vasos.

Anamnesis



- 1) Antecedentes personales:
 - Edad.
 - Enfermedades e intervenciones quirúrgicas previas: diabetes, antecedentes de cicatrices hipertróficas o queloides.
 - Fármacos (antiagregantes, etc.) y alergias (tener en cuenta reacciones a los anestésicos).
 - Estado de las vacunas (Td).¹
- 2) Características de la lesión:
 - Factores precipitantes. Agente causal (caída, traumatismo, agresión, clavo oxidado, etc.).
 - Localización y tipo (incisa, contusa, incisa-contusa...).
 - Tiempo de evolución.
- 3) Signos y síntomas acompañantes: dolor, hemorragia activa, signos de infección, etc.

Valoración



- 1) Estado general. Si hay afectación del estado general, comprobar las constantes.
- 2) Zona afectada. Extensión y profundidad.
- 3) Presencia de cuerpos extraños.
- 4) Presencia de otras lesiones (fracturas, contusiones, etc.). Afectación subyacente (afectación tendinosa, etc.)
- 5) Signos de infección (dolor, edema, calor local o exudado purulento).

Diagnóstico



CIE-9: «Herida abierta...», escoger el más adecuado según la clínica.
NANDA: 00046 «Deterioro de la integridad cutánea»
0044 «Deterioro de la integridad tisular»
00132 «Dolor agudo»
00004 «Riesgo de infección»



Plan de actuación

Actuación conjunta con el médico o la médica, sí: ^{2,3}

- Afectación del estado general Afectación neurológica. Presencia de hemorragia masiva, o signos de infección.
- Herida producida por mordisco de humano o de animal (alto riesgo de infección).
- Afectación subyacente y afectación en zonas estéticas.
- Intento de autólisis.
- Valorar si hay que hacer un «Parte judicial de lesiones».

Intervenciones

- Hemostasia: compresión, elevación del miembro...
- Limpieza de la herida: irrigación con suero fisiológico y desinfección con clorhexidina 2 %.
- Cura de la herida:
 - Sin signos de infección (herida limpia):
 - Herida abierta de 6 < horas de evolución en extremidades y de hasta 24 horas en la cabeza:
 - Valorar anestesia (*).⁴
 - Sutura, hay que valorar las alternativas siguientes en función de las características de la herida:
 - Puntos de aproximación (*steri-strip*).
 - Suturas (seda, grapas o sutura química), según la tabla:

Región	Sutura cutánea	Retirar (días)
Frente y cuello	Seda o nilón 5-6/0	4-5
Cara	Seda o nilón 5-6/0	4-5
Cuero cabelludo	Seda o nilón 2-3/0	7-9
Párpados	Seda o nilón 6/0	3-5
Orejas	Seda o nilón 4-5/0	4-5
Nariz	Seda o nilón 4/0	4-6
Labios	Seda o nilón 4/0	4-6
Mucosa oral, nasal y lengua	Ácido poliglicólico 3/0	
Tórax posterior	Seda o nilón 3-4/0	12-14
Extremidades superiores	Seda o nilón 4-5/0	8-10
Dedos y pulpejo	Seda o nilón 4-5/0	10-12
Extremidades inferiores	Seda o nilón 3-4/0	8-12
Pie	Nilón 4/0	10-12
Pene	Ácido poliglicólico 3/0	7-10

Fuente: Ramírez J.I. Modificado del Manual de Cirugía Menor. Palma: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca SF

- Herida abierta entre 6-12 horas, se considera contaminada y se podría hacer una sutura primaria o no. Si se decide suturar requiere un control más estrecho debido a una mayor incidencia de complicaciones. Evaluar desbridamiento (técnica de Frederick), para retirar tejido inviable.⁵ Valorar anestesia local: subcutánea (lidocaína 2% sc o mepivacaína al 1-2 % con o sin vasoconstrictor adrenalina 1:1.000.000) o tópica (prolocaína crema, aplicar 5-10 g de crema 5' antes de suturar), finalmente cubrir con un apósito, si es necesario.

PI07 – Herida abierta

- Herida abierta entre 12-24 horas de evolución, se considera herida infectada, por lo que no se tiene que hacer una sutura primaria, requiere cierre por segunda intención. Desbridamiento, si precisa, y cura en ambiente húmedo, con apósito semioclusivo. Hace falta antibioterapia (a criterio médico).
- Con signos de infección o producida por mordisco humano o animal:¹
 - Irrigación abundante.
 - No suturar, pero en mordiscos de extensión valorar aproximar los bordes.
 - Cura en ambiente húmedo. Valorar la idoneidad de apósitos antimicrobianos.
 - Derivación médica para valorar el uso de antibiótico oral por tratamiento profiláctico o tratamiento de la infección establecida.
 - En caso de mordisco de murciélago: vacunación antirrábica.
- Si analgesia paracetamol 500 mg/8 h o ibuprofeno 400 mg/8 h (según la afectación).
- Valorar si profilaxis antitetánica. Documento de vacunación Td donde se indica cómo proceder según el tipo de herida:
sites/vacunaciones/can/tatan_diftaria_y_tos_ferina/archivopub.do?ctrl=MCRST5265ZI268819&id=268819
- Cita con la enfermera de referencia para control y curas posteriores a las 24-72 horas.

(*) Anestesia local (lidocaína 2 % SC o mepivacaína al 1-2 % con o sin vasoconstrictor. Anestesia tópica: prilocaína/lidocaína crema, aplicar 5-10 g de crema 5' antes de suturar, finalmente cubrir con un apósito, si hace falta.

Recomendaciones

- Si hematoma: recomendar aplicar frío local las primeras horas.
- Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta: eritema, edema, dolor intenso, fiebre, hemorragia, parestesias, signos de compresión vascular y/o afectación del estado general.
- Contactar con el profesional de referencia.

Bibliografía



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 junio 2022]
2. A mat 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 Prilocaína/lidocaína crema.
[aemps.gob.es/informa/notas-informativas/medicamentos-uhumano-3/seguridad-1/2012/ni-muh_fv_08-2012/?lang=ca](https://www.aemps.gob.es/informa/notas-informativas/medicamentos-uhumano-3/seguridad-1/2012/ni-muh_fv_08-2012/?lang=ca) [consulta: 9 junio 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=basic%20principles%20of%20puncture%20wound%20management&source=search_result&selectedTitle=1150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/infectious-complications-of-puncture-wounds?search=basic%20principles%20of%20puncture%20wound%20management&source=search_result&selectedTitle=1150&usage_type=default&display_rank=1) [consulta: 9 junio 2022]

PI07 – Herida abierta



Herida abierta	La herida es una pérdida de la continuidad de la piel o de las mucosas. Puede ser superficial o profunda y afectar más estructuras como músculos, tendones, nervios o vasos.
Anamnesis	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales: edad, enfermedades e intervenciones quirúrgicas previas (diabetes, antecedentes de cicatrices), fármacos (antiagregantes, etc.), alergias (anestésicos), Td). ▪ Características de la lesión: factores precipitantes. Agente causal. Localización y tipo. ▪ Tiempo de evolución. ▪ Signos y síntomas acompañantes: dolor, hemorragia activa, signos de infección... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. Constantes. ▪ Zona afectada. Extensión y profundidad. ▪ Presencia de cuerpos extraños. ▪ Presencia otras lesiones (fracturas, contusiones...). Afectación subyacente (afectación tendinosa...). ▪ Signos de infección (dolor, edema, calor local o exudado purulento).
Diagnóstico CIE-9	NANDA
«Herida abierta de...» (escoger el más adecuado según la clínica)	00046 «Deterioro de la integridad cutánea» 0044 «Deterioro de la integridad tisular» 00132 «Dolor agudo» 00004 «Riesgo de infección»
Plan de actuación	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Afectación estado general Afectación neurológica. Presencia de hemorragia masiva, o signos de infección. ▫ Herida producida por mordisco humano o animal (alto riesgo de infección). ▫ Afectación subyacente y afectación en zonas estéticas. ▫ Intento de autólisis. ▫ Valorar si hace falta «Parte judicial de lesiones». ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hemostasia: compresión, elevación del miembro... ▫ Limpieza de la herida: irrigación con suero fisiológico y desinfección con clorhexidina 2 %. ▫ Cura de la herida: <ul style="list-style-type: none"> • Sin signos de infección (herida limpia): <ul style="list-style-type: none"> ○ Herida abierta de 6 < horas de evolución en extremidades y hasta 24 horas en la cabeza: valorar anestesia. Suturar. ○ Herida abierta entre 6-12 horas, se considera contaminada y se podría hacer sutura primaria o no. Si se decide suturar requiere un control más estrecho por la mayor incidencia de complicaciones. Valorar desbridamiento (técnica de Frederich), para retirar tejido inviable. Valorar anestesia local: sc (lidocaína 2 % sc o mepivacaína al 1-2 %, con o sin vasoconstrictor, adrenalina 1:1.000.000) o tópica (prolocaina crema, aplicar 5-10 g 5'). ○ Herida abierta entre 12-24 horas de evolución, se considera infectada. No se tiene que hacer sutura primaria, requiere cierre por segunda intención. Desbridamiento, si precisa, y cura en ambiente húmedo, con apósito semioclusivo. Hace falta antibioterapia (a criterio médico). • Con signos de infección o producida por mordisco de animal o humano: irrigación abundante. No suturar. Pero en mordiscos de extensión, valorar aproximar bordes. Cura en ambiente húmedo. Valorar la idoneidad de apósitos antimicrobianos. ▫ Derivación médica para valorar el uso de antibiótico oral. En caso de mordisco de murciélago: vacunación antirrábica. ▫ Si analgesia paracetamol 500 mg/8 h o ibuprofeno 400 mg/8 h (según afectación). ▫ Valorar si profilaxis antitetánica. Documento de vacunación Td según el tipo de herida: caib.es/sites/vacunacions/ca/1/gran_difusio_tos_ferida/araonwvabub_da?art=arcat5265z2688195#id=268819 ▫ Cita con la enfermera de referencia para control y curas posteriores a las 24-72 horas. ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Si hematoma: recomendar aplicar frío local las primeras horas. ▫ Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta: eritema, edema, dolor intenso, fiebre, hemorragia, etc. Contactar con el profesional de referencia. 	

Insomnio

Definición / Motivo de la consulta



El insomnio se define como «un trastorno caracterizado esencialmente por la presencia de dificultades para conciliar y/o mantener el sueño a lo largo de la noche o la sensación de tener un sueño poco reparador, lo que se traduce en una afectación de la calidad de la vigilia y en la presencia de malestar clínicamente significativo. Estas dificultades tienen que ocurrir al menos 3 veces a la semana y estar presentes durante un mínimo de 3 meses, en ausencia de una enfermedad médica o de una alteración psicopatológica que lo justifique, a pesar de que la persona tenga oportunidades y circunstancias adecuadas para dormir».¹

Anamnesis



- 1) Antecedentes personales y familiares:
 - Edad.
 - Patología previa (depresión, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de pánico, delirio, acontecimientos estresantes).
 - Fármacos de prescripción reciente y consumo de sustancias que pueden relacionarse con el aumento de la ansiedad y repercutir con el insomnio:²
 - Estimulantes del SNC: cafeína, metilfenidato, anfetaminas y modafinilo.
 - Antidepresivos (sólo algunos: IMAO, fluoxetina, bupropión, venlafaxina, protriptilina.
 - Broncodilatadores como la teofilina.
 - Betabloqueantes.
 - Glucocorticoides.
 - Alcohol y tabaco.
 - Descongestionantes nasales.
 - Alergias.
- 2) Características del insomnio:
 - Factores precipitantes: consumo de sustancias estimulantes, estrés, cenas abundantes, siesta...
 - Tiempo de evolución de alteración del sueño: desde cuándo y número a veces a la semana.
- 3) Signos y síntomas acompañantes:³
 - Clínica acompañante: alteraciones gastrointestinales/respiratorias/cefalea/algias...
 - Repercusiones diurnas: cansancio, irritabilidad, disforia, cefalea, estado de ánimo deprimido...
 - Presencia de otros síntomas durante la noche: alteración de la respiración durante el sueño (roncador, apnea), pesadillas, sonambulismo, parestesias o disestesias nocturnas...

Valoración



- 1) Hábitos del sueño. Explorar los hábitos del sueño habituales: horarios de irse a la cama y de levantarse, tiempo que se tarda en dormirse, veces que se despierta, veces que se despierta antes de la hora de levantarse, horas que pasa durmiendo, noches a la semana que pasa, horas de sueño diurno (siestas), donde se duerme, problemas de ruido, temperatura o luz ambientales, interrupciones...³

PI08 - Insomnio

- 2) Situaciones desencadenantes: cambios de trabajo, cambio de horarios, turnos, cambio de hábitos, situaciones, luto...³
- 3) A veces, la información de la persona que duerme con el paciente es fundamental, puesto que nos permite conocer si hay signos de movimientos anormales o si hace apneas, entre otras. Si no es posible hacer la entrevista a la familia, es importante preguntar al paciente si en alguna ocasión algún familiar le ha informado de estos aspectos. También los acompañantes nos pueden facilitar información para conocer las repercusiones del insomnio en los diferentes ámbitos de la vida de la persona.³

Diagnóstico



- 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»

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Insomnio agudo (menos de 3 meses) que no responde a medidas de higiene del sueño y que puede precisar tratamiento farmacológico.⁵
- Insomnio crónico (más de 3 meses) que no responde a medidas de higiene del sueño y/o terapia cognitivo-conductual o que precise tratamiento farmacológico.
- Sospecha de insomnio secundario a otras enfermedades o síntomas:
 - Presencia de dolor agudo o crónico.
 - Enfermedades coronarias.
 - Asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (MPOC).
 - Hipertiroidismo.
 - Enfermedad por reflujo gastroesofágico o úlceras estomacales.
 - Nicturia (prostatismo).
 - Problema de salud mental.
 - Sospecha SAHOS (roncos y pausas respiratorias durante el sueño).⁵
 - Síndrome de piernas inquietas.
- Otros tipos de trastornos del sueño:
 - Pesadillas: despertares nocturnos repetidos con el recuerdo de sueños terroríficos.
 - Terrores nocturnos: despertares repetidos con el recuerdo o no del contenido de la pesadilla.
 - Sonambulismo: si el individuo se levanta y anda durante el sueño sin estar despierto.

Intervenciones

- Medidas de higiene del sueño:^{5,6}
Si es un insomnio persistente no asociado a ninguna enfermedad, hay que dar un consejo breve al paciente sobre «Medidas de higiene del sueño» (*) e información escrita disponible en:
ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1487/2018-que-hacer-insomnio.pdf
(*) Generalmente, estas medidas solas no permiten resolver cuadros de insomnio, pero se recomiendan como coadyuvantes de otras intervenciones terapéuticas.
- Medidas farmacológicas:⁷
Si no es suficiente con las «Medidas de higiene del sueño» se pueden recomendar los tratamientos siguientes (fármacos de indicación enfermera):
 - Melatonina <2mg/día, no más de 4 semanas (contraindicada en insuficiencia hepática).
 - Infusión de valeriana: 2-3 g o equivalente del extracto.
 - Fármacos de prescripción médica, si hacen falta. Hay que recordar que el uso de estos fármacos sólo están indicados entre 2 y 4 semanas.

Recomendaciones

- Evitar situaciones y factores desencadenantes (consumo de sustancias estimulantes, estrés, cenas abundantes, siesta...).
- Consultar de nuevo si no mejora.
- Contactar con el profesional de referencia para valorar la terapia cognitivo-conductual.

Bibliografía



- APA. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5.ª Editorial Médica Panamericana; 2014.
- 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 junio 2022].
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para lo Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para lo 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.
- Amat G, Graset, M. Insomni. Adults Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona. Institut Català de la Salut. 2018.
- Eguía V. M., Cascante J. A.. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño: Concepto, diagnóstico y tratamiento médico. Anales Seis San Navarra . 2007; 30 (Supl 1): 53-74. scielo.ssn.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200005&lng=es [consulta 13 junio 2022].
- Vidal-Thomàs MC, Yañez-Amoros B, Torrens Y, Torres-Solera E, Esteva M. Conocimientos y actitudes de las enfermeras de Atención Primaria sobre lo manejo del paciente con insomnio. Enferm Clin 2017; 27:186-92.
- 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 junio 2022].



Insomnio	<p>El insomnio se define como «un trastorno caracterizado esencialmente por la presencia de dificultades para conciliar y/o mantener el sueño a lo largo de la noche o la sensación de tener un sueño poco reparador, lo que se traduce en una afectación de la calidad de la vigilia y en la presencia de malestar clínicamente significativo. Estas dificultades tienen que ocurrir al menos 3 veces a la semana y estar presentes durante un mínimo de 3 meses, en ausencia de una enfermedad médica o de una alteración psicopatológica que lo justifique, a pesar de que la persona tenga oportunidades y circunstancias adecuadas para dormir».</p>
-----------------	---

Anamnesis	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales y familiares: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Edad. ▫ Patología previa (depresión, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de pánico, delirio, acontecimientos estresantes). ▫ Fármacos de prescripción reciente y consumo de sustancias que pueden relacionarse con el aumento de la ansiedad y repercutir con insomnio cómo: estimulantes del SNC, antidepresivos (sólo algunos como IMAO, fluoxetina, bupropión, venlafaxina, protriptilina), broncodilatadores como la teofilina, betabloqueantes, glucocorticoides, alcohol, tabaco, descongestionantes nasales... ▫ Alergias. ▪ Características del insomnio: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes: consumo de sustancias estimulantes, estrés, cenas abundantes, siesta... ▫ Tiempo de evolución de la alteración del sueño. ▪ Signos y síntomas acompañantes:³ clínica acompañante, repercusiones diurnas, otros síntomas durante la noche: alteración de la respiración durante el sueño (roncador, apnea, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábitos del sueño. Explorar hábitos del sueño habituales. ▪ Situaciones desencadenantes: cambios de trabajo, de horarios, de hábitos, situaciones, luto... ▪ La información de la persona que duerme con el paciente es fundamental. Si no es posible hacer la entrevista al acompañante, es importante preguntar al paciente si en alguna ocasión algún familiar le ha informado de estos aspectos.

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

Plan de actuación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Insomnio agudo (menos de 3 meses) que no responde a medidas de higiene del sueño y puede precisar tratamiento farmacológico. ▫ Insomnio crónico (más de 3 meses) que no responde a medidas de higiene del sueño y/o terapia cognitivo-conductual o que precisa tratamiento farmacológico. ▫ Sospecha de insomnio secundario a otras enfermedades o síntomas: SAHOS, MPOC... ▫ Otros tipos de trastornos del sueño: pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo... ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ «Medidas de higiene del sueño»: si es un insomnio persistente no asociado a enfermedad dar un consejo breve al paciente sobre «Medidas de higiene del sueño» e información escrita: ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1487/2018-que-hacer-insomnio.pdf ▫ Medidas farmacológicas: Si no es suficiente con las medidas de higiene (fármacos de indicación enfermera): melatonina <2mg/día no más de 4 semanas (contraindicada en insuficiencia hepática). Infusión de valeriana 2-3 g o equivalente del extracto. Fármacos de prescripción médica, si hacen falta. Recordar que el uso de estos fármacos sólo están indicados entre 2-4 semanas. ▪ Recomendaciones <ul style="list-style-type: none"> ▫ Evitar situaciones y factores desencadenantes (consumo de sustancias estimulantes, estrés, cenas abundantes, siesta...). ▫ Consultar de nuevo si no mejora. ▫ Contactar con el profesional de referencia para valorar la terapia cognitivo-conductual.

Picadura

Definición / Motivo de la consulta



Lesión producida, principalmente, por insectos, otros artrópodos (arañas...) o animales marinos, que pueden inyectar sustancias tóxicas que actúan de manera local y/o sistémica.

Anamnesis



- 1) Antecedentes personales y familiares:
 - Edad.
 - Afección previa (problemas de salud, reacciones a picaduras previas, mastocitosis...).
 - Fármacos y alergias: alergias a venenos de insectos y/u otros animales, medicación (anticoagulantes orales, inmunosupresores).
- 2) Características de la picadura:
 - Mecanismo y tipo. Averiguar, si es posible, qué animal la ha provocado (garrapata, pulga, abeja, medusa, pez araña, erizo, etc.), y en qué entorno se ha producido (rural, etc.). En caso de viajes a países con malaria o Zika endémicos: hay que descartar la picadura por el mosquito *Anopheles* o *Aedes*, no presentes en nuestro entorno.
 - Tiempo de evolución/hora de contacto para poder valorar signos y síntomas de aparición tardía.
- 3) Signos y síntomas acompañantes: ansiedad, urticaria, fiebre, choque anafiláctico... (véase la tabla 1).

Valoración



- 1) Estado general.
- 2) Constantes (TA, FC, temperatura corporal), según el estado. Si afectación estado general, fiebre, cefalea intensa, vómitos, etc., se puede sospechar que hay afectación sistémica.¹
- 3) Si disnea: FR, SAT O2, valorar úvula. Descartar posible reacción anafiláctica.¹²
- 4) Características de la lesión: localización, extensión, número y tipo de lesiones (placa urticariforme, vesícula, pústula, pápula), dolor, edema, rubor y calor. En la tabla 1 se muestra el tipo de lesión según el animal causante de la picadura.¹³

TABLA 1. Tipo de lesión según el animal causante de la picadura

<i>Animal</i>	<i>Lesión</i>
Abeja, abejorro y avispa(*)	Pápula inflamatoria dolorosa que se suele resolver en pocas horas.
Mosquito y tábano	Pápula urticariforme. Lesiones no agrupadas (cada mosquito pica una sola vez).
Oruga de mariposa	Conjunto de pápulas pruriginosas urticariformes producidas por contacto o penetración de sus pelos en la piel. No causa síntomas sistémicos y siempre son de carácter leve.
Chinche	Pican por la noche y producen lesiones agrupadas. Lesión: pápulas múltiples con punto hemorrágico central.
Pulga	Las picaduras están agrupadas y son producidas por un mismo insecto.
Viuda negra europea	La mordedura suele pasar desapercibida, pero a los 30-40 minutos aparece una placa urticariforme con un halo eritematoso, junto a dos puntos de inoculación (señales de los quelíceros). La lesión local se acompaña de dolor y de los primeros síntomas sistémicos: sudoración y agitación (estimulación autonómica). Adenopatía satélite.
Araña marrón o de los rincones	La picadura es poco dolorosa y produce una lesión consistente en dos puntos de entrada en un área edematosa y eritematosa que rodea posteriormente de un halo azulado. Al cabo de días pueden aparecer vesículas y ampollas que dejan lugar a una úlcera necrótica de evolución tórpida.
Tarántula europea	Presente en el litoral mediterráneo (especie de pequeño tamaño). Las mordeduras no son frecuentes porque es de naturaleza poco agresiva.
Escorpión (amarillo y negro)	Presentes en toda la península ibérica. Su toxina es neurotóxica. Las manifestaciones sistémicas graves en nuestro medio son prácticamente inexistentes.
Garrapata	Pápula pruriginosa que puede desaparecer espontáneamente en 48 h o evolucionar a una escara necrótica de evolución tórpida que tiende a sobreinfectarse por rascado de la zona.
Ciempies (escolopendras)	Lesiones puntiformes en el caso del escolopendra rodeadas de halo eritematoso, con dolor, prurito y edema. Pueden producir linfangitis y adenopatías regionales. El ciempiés expele una secreción repelente dermatóxica de escasa repercusión local.
Pez araña, escorpión marino	Dolor muy intenso que tiende a irradiarse, que llega al máximo en 60-90 minutos y dura entre 12-24 h, aunque puede prolongarse muchas más. Alrededor de la picadura aparece eritema, edema y necrosis ocasionalmente. Son raras las manifestaciones sistémicas: agitación, náuseas, lipotimia, y suelen ser producidas más por el dolor que por la toxina (araña).
Medusa	Maculopapular eritematosa que se acompaña de prurito y sensación urente de distribución lineal (tipo zóster). En algún caso pueden aparecer vesículas e incluso escaras necróticas de evolución tórpida. Las lesiones suelen autolimitarse en pocas horas.

Diagnóstico



CIE-9: elegir el más adecuado según la afectación:
 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 diagnóstico siguiente es orientativo, según la situación del paciente:
 00046 «Deterioro de la integridad cutánea»



Plan de actuación

Actuación conjunta con el médico o la médica si: ^{2,3}

- Afectación del estado general. Fiebre.
- Síntomas como: cefalea intensa de inicio repentino, náuseas, vómitos.
- Afectación oral, ocular, auditiva, muscular, neurológica o articular.
- Antecedentes de alergia a algunos animales.
- Reacción grave, hipersensibilidad, sospecha de choque anafiláctico.

Intervenciones

- Retirar joyas y ropa que oprima la zona.
- Retirar restos de animal en el caso de:
 - Abeja: retirar el aguijón sin presionar porque sigue inoculando veneno. Debe hacerse rascando el aguijón desde la base.
 - Medusa: retirar los restos del animal sin frotar y nunca con agua dulce, se puede utilizar suero salino.
 - Oruga: retirar los pelos con una tira de esparadrapo.
 - Garrapata: retirarla con pinzas con tracción suave y continua a fin de sacar la cabeza, no aplicar ningún producto para evitar la regurgitación de material del tubo digestivo de la garrapata, porque se asocia con una mayor tasa de complicaciones infecciosas.
 - Erizo de mar: las púas se fraccionan al clavarse, pueden extraerse siempre que sean visibles y estén en zonas de apoyo o inervadas con una aguja/pinza. Alternativamente, se pueden aplicar compresas empapadas de vinagre o utilizar una fórmula magistral con ácido salicílico 25 g, esencia de trementina 25 g, lanolina anhidra 50g. Cubrir la zona entre 3-12 h.
- Limpiar la piel con agua y jabón o suero fisiológico. Desinfectar la zona con clorhexidina.
- Aplicar frío local, salvo en casos excepcionales de picaduras de pez araña y escorpión marino: mojar la zona afectada con agua caliente / suero fisiológico caliente 30-90 minutos, dado que es una toxina termolábil.
- Si prurito intenso local: las lociones de calamina o amoníaco pueden aliviar. También puede aplicarse pomada con corticoide de potencia débil (hidrocortisona acetato al 1 %, 1 aplicación c / 8-12 h, máximo hasta 7 días (fotosensible, precaución a la exposición solar). En el caso de necesitar receta, el médico o la médica tiene que hacer la primera prescripción y se podrá prorrogar o finalizar la indicación por parte de enfermería, según criterio clínico y farmacológico. Si la sintomatología de prurito es muy intensa, o no mejora con el tratamiento tópico contactar con el médico o la médica para valorar tratamiento farmacológico con un antihistamínico: loratadina 10 mg/24 h o cetirizina 10 mg/24 h u otro fármaco.
- Si analgesia: paracetamol 500 mg/8 h o ibuprofeno 400 mg/8h (ajustar según patología).
- Si signos de infección local (exudado purulento): ácido fusídico 2 % (si no evoluciona bien: mupirocina cada 8 h, máximo 7 días). En el caso de necesitar receta, el médico o la médica ha de realizar la primera prescripción y se podrá prorrogar o finalizar la indicación por parte de enfermería, según criterio clínico y farmacológico. No aplicar corticoides tópicos.
- Profilaxis antitetánica, si es necesario.



Recomendaciones

- Evitar situaciones y factores desencadenantes.
- Consultar si aparecen signos de alerta.
- Contactar con el profesional de referencia.

Bibliografía



1. Piñeiro Pérez R, Carabaño Aguado I. Manejo práctico de las picaduras de insectos en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 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 E., Canals M, Cantera C. Picaduras de insectos. Fistera 2016. fistera.com/guias-clinicas/picaduras-insectos/#1286 [consulta: 14 junio 2022].
5. Irigoyen-Coria A. Cinco preguntas esenciales sobre el virus de Zika que los médicos familiares 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 [consulta: 14 junio 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-capitulo-358-capitulos-23865.pdf [consulta: 14 junio 2022].

PIO9 - Picadura



Picadura	Lesió produïda, principalment, per insectes, altres artròpodes (araïnes...) o animals marins, que poden injectar substàncies tòxiques que actuen de manera local y/o sistèmica.
Anamnesis	Valoració
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals i familiars: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Edat. ▫ Enfermedat prèvia (problemes de salut, reaccions a picadures prèvies, mastocitosis...) ▫ Fàrmacs i al·lèrgies (anticoagulants orals, immunosupressors). ▪ Característiques de la picadura: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Mecanisme i tipus. Animal que la ha provocat i entorn. Viatges a zones endèmiques. ▫ Temps d'evolució/hora del contacte. ▪ Signos i símptomes acompanyants: ansietat, urticària, febre, xoc anafilàctic... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ Constants (TA, FC, temperatura corporal) segons estat. ▪ Si disnea: FR, SAT O₂, valorar úvula. Descartar possible reacció anafilàctica. ▪ 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 se mostra el tipus de lesió segons la picadura de l'animal.
Diagnòstic CIE-9	NANDA
<p>Elegir el més adequat segons la afectació:</p> <p>910.4 «Picadura insecte comú cara/cuello/cuero cabelludo-sin infecció»</p> <p>919.4 «Picadura de insecte sin infecció-otro sitio/múltiples/neom»</p> <p>905.2 «Picadura escorpión»</p> <p>905.4 «Picadura ciempiés»</p> <p>995.0 «Otro shock anafilàctic»</p>	<p>El diagnòstic següent és orientatiu, dependrà de la situació del pacient:</p> <p>00046 «Deterioro de la integritat cutànea»</p>
Plan de actuació	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Afectació de l'estat general (febre). ▫ Símptoms com: cefalea intensa de inici sobtat, nàusees, vòmits. ▫ Afectació oral, ocular, auditiva, muscular, neurològica o articular. ▫ Antecedents d'al·lèrgia a animals. ▫ Reacció greu hipersensibilitat. ▫ Sospeita de xoc anafilàctic. ▪ Intervencions: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Retirar joies i roba que oprimin la zona. ▫ Retirar restes de l'animal en el cas de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Abeja: retirar el aguijón sin presionar porque sigue inoculando veneno. Debe hacerse rascando el aguijón desde la base. ○ Medusa: retirar los restos del animal sin frotar y nunca con agua dulce, se puede utilizar suero salino. ○ Oruga: retirar los pelos con una tira de esparadrapo. ○ Garrapata: retirarla con pinzas con tracción suave y continua a fin de sacar la cabeza, no aplicar ningún producto para evitar la regurgitación de material del tubo digestivo de la garrapata, porque se asocia a una mayor tasa de complicaciones infecciosas. ○ Erizo de mar: las púas se fraccionan al clavarse, pueden extraerse siempre que sean visibles y estén en zonas de apoyo o inervadas con una aguja/pinza. Alternativamente, se pueden aplicar compresas empapadas de vinagre o utilizar una fórmula magistral con ácido salicílico 25 g, esencia de trementina 25 g, lanolina anhidra 50 g. Cubrir la zona entre 3-12 h. ▫ Limpiar la piel con agua y jabón o SF. Desinfectar la zona con desinfectantes (clorhexidina). ▫ Aplicar frío local., salvo casos excepcionales de picaduras de pez araña y escorpión marino: baño de la zona afectada con agua caliente / SF caliente 30-90 minutos, dado que es una toxina termolábil. ▫ Si prurito intenso local: las lociones de calamina o amoníaco lo pueden aliviar. También puede aplicarse pomada con corticoide de potencia débil. Si no mejora, contactar con el médico o la médica para valorar tratamiento. ▫ Los preparados de amoníaco pueden neutralizar el veneno, son más efectivos si se administran inmediatamente. ▫ Si analgesia: paracetamol 500 mg/8 h o ibuprofeno 400 mg/8h. ▫ Si signos de infección local (exudado purulento): ácido fusídico 2 %. En el caso de necesitar receta, el médico o la médica realizará la primera prescripción y se podrá prorrogar o finalizar la indicación por parte de enfermería, según criterio clínico y farmacológico. Si no evoluciona bien: mupirocina c/8 h. ▫ Profilaxis antitetánica, si es necesario. ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Evitar situaciones y factores desencadenantes. ▫ Consultar si aparecen signos de alerta. ▫ Contactar con el profesional de referencia. 	

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: diabetes¹ (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).²

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.^{3,4,5}
- Para la extracción: hay que seguir el procedimiento de irrigación con agua tibia a presión.⁶ 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.^{1,2}

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 como: 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.



PI10- Tapón cerumen

Bibliografía



1. Costa C, Amor J.C.. Guía Clínica de Tapón cerumen. 2019. *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/* [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 TÉ, 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/* [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* [consulta: 16 junio 2022].
6. Schumann YA, Pflughar N. Ear Irrigation. StatPearls . Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. PubMed *pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083577/* [consulta: 16 junio 2022].

PI10 - Tapón cerumen



Tapón cerumen	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
Anamnesis	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Enfermedad previa: diabetes (riesgo de infección). ▫ ORL. ▫ Fármacos y alergias. Especial atención a los tratamientos inmunosupresores (riesgo de infección) y anticoagulantes (riesgo de hematomas o de sangrado). ▪ Características del tapón de cerumen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes: manipulación ótica (bastoncillos), cuerpos extraños (niños). ▫ Tiempo de evolución. ▫ Perfil evolutivo: presencia de dolor y tipo. ▪ Signos y síntomas acompañantes: de origen ótico, orofaríngeos, rinosinuales, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. ▪ Exploración pabellón auricular: forma, aspecto y color. Signo del trago: palpación de la región preauricular. ▪ Otoscopia: edema del conducto auditivo. Si otorrea: cantidad, aspecto, color y olor. Obstrucción por cuerpo extraño. Valorar tapón de cerumen.
Diagnóstico CIE-9	NANDA
380.4 «Cerumen impactado»	00122 «Trastorno de la percepción sensorial auditiva»
Pla de actuación	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antecedentes de perforación timpánica y de cirugía previa del oído, portador de drenajes timpánicos. ▫ Imposibilidad de explorar el oído, (dolor, edema de conducto auditivo). Otalgia intensa. ▫ Otitis, otorrea, otorragia, etc. ▫ Pacientes con tratamiento inmunosupresor. ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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. ▫ 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. ▫ Si dolor, la analgesia de elección es paracetamol 500 mg c/8 h o ibuprofeno 400 mg c/8 h (ajustar según la patología). ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Consejos para la persona después de la extracción del tapón: <ul style="list-style-type: none"> ○ Puede notar una ligera pérdida de audición que tendría que desaparecer en las primeras horas. ○ 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. ▫ Evitar introducir champú, jabón, alcohol o agua en la oreja, ni tampoco ningún tipo de objeto como bastoncillos de algodón. ▫ 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. 	

Estreñimiento

Definición / Motivo de la consulta



El estreñimiento se caracteriza por la dificultad o la escasa frecuencia de las deposiciones, acompañada, a menudo, por un esfuerzo defecatorio excesivo o por una sensación de evacuación incompleta, y/o que los excrementos sean duros o de escaso volumen.^{1,2}

La frecuencia de la evacuación varía de una persona a otra, puede ser desde dos veces al día hasta tres días a la semana, sin que esto suponga estreñimiento.

- Si el estreñimiento dura más de tres meses se considera crónico y se clasifica en: funcional o primario (debido a alteraciones intestinales) y secundario (cuando la causa de las alteraciones no es propiamente intestinal).
- Según los criterios de Roma III (consenso grupo expertos) se considera que un paciente sufre estreñimiento funcional cuando presenta dos o más de los síntomas siguientes,³ en los últimos tres meses anteriores al inicio de los síntomas (al menos seis meses antes del diagnóstico):
 - Esfuerzo para defecar.
 - Heces duras o cabrunas.
 - Sensación de evacuación incompleta.
 - Sensación de obstrucción/bloqueo ano-rectal.
 - Maniobras manuales para facilitar la evacuación.
 - Menos de tres evacuaciones por semana.

Anamnesis



1) Antecedentes personales:

- Edad.
- Embarazo. Durante el embarazo la causa del estreñimiento tiene aspectos propios que hay que consultar a la comadrona o al médico de familia.
- Enfermedad previa. Historia personal y familiar (estreñimiento, hemorroides, fisuras anales, prolapso rectal, fecaloma, megacolon, enfermedad diverticular, entre otros).
- Hábitos tóxicos:³ alcoholismo, drogas.
- Fármacos⁴ y alergias. Revisar los fármacos de prescripción reciente (hierro, calcio, levodopa, antagonistas del calcio, analgésicos opioides...). Toma de hierbas y de otras sustancias.
- Tipo de dieta habitual.

2) Características del estreñimiento:

- Factores precipitantes:⁴ cambio de hábitos de vida⁵ (dieta, ingesta de agua, ejercicio, viajes, etc.).

PI11 - Estreñimiento

- Depositiones y características: frecuencia, consistencia y volumen.
 - Tiempo de evolución. Para diferenciar el estreñimiento agudo (< 6 semanas) del crónico.
- 3) Signos y síntomas acompañantes: vómitos, dolor abdominal, dolor anal, sangrado digestivo, existencia de productos patológicos en las heces (sangre y/o moco), cambio repentino del ritmo deposicional habitual y persistente en personas mayores de cincuenta años.

Valoración



- 1) Estado general.
- 2) Toma de constantes, si precisa a juicio clínico de la enfermera.
- 3) Inspección de la región abdominal, perianal y rectal y, tacto rectal, si es necesario (descartar fecaloma).

Diagnóstico



CIE-9: 564.0 «Estreñimiento»

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

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Afectación del estado general. Fiebre.
- Presencia de las señales de alarma siguientes, que pueden hacer sospechar de:
 - Oclusión intestinal:
 - Dolor abdominal intenso.
 - Náuseas y vómitos incoercibles.
 - Vómitos fecaloides.
 - Distensión abdominal.
 - Cáncer de colon:
 - Cambio repentino del ritmo de deposiciones habitual y persistente en personas mayores de cincuenta años.
 - Rectorragia o sangre en heces.
 - Analítica reciente con anemia.
 - Astenia, anorexia y pérdida de peso inexplicable.
 - Náuseas o vómitos.
 - Alternancia diarrea y estreñimiento.
 - Antecedente familiar de cáncer de colon.

Intervenciones

- Medidas no farmacológicas^{3,5,6} (véase anexo 1: «Evidencia científica ante el manejo del estreñimiento, medidas no farmacológicas»):
 - Aumentar la ingesta de fibra soluble (frutas, verduras, hortalizas, legumbres, frutos secos, pan de centeno) y aumentar la ingesta hídrica que ayuda en el contexto de una dieta rica en fibra.
 - Se recomienda el ejercicio físico de manera regular adaptado a las condiciones del paciente.
 - Modificación de los hábitos intestinales:
 - Regularizar horarios.
 - Aprovechar los momentos en que el intestino presenta peristaltismo aumentado (post prandial y post ejercicio físico) para la defecación.
 - Dedicar el tiempo suficiente al acto de defecar.
 - Posición adecuada, entrenar la musculatura pelviana para conseguir una maniobra defecatoria expulsiva eficiente.

- Medidas farmacológicas: si se han seguido las medidas anteriores, pero el paciente no mejora, valorar el tratamiento siguiente y contactar con el médico o la médica, que según criterios clínico y farmacológico, tendría que prescribir:
 - 1) Laxantes^{1,6,7} (véase anexo 2: «Evidencia científica ante el manejo del estreñimiento, medidas farmacológicas»):
 - **Formadores de masa**

Pertencen a esta categoría el *psyllium* (*ispágula*, derivada de la *Plantago ovata*) y varios agentes semisintéticos como la metilcelulosa, el policarbofilo cálcico y el dextrano. Como primera opción utilizaremos la *Plantago ovata* (*ispaghula*) y, como alternativa, se aconseja el uso de metilcelulosa. Es necesario asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
 - **Osmóticos**

Pertencen a este grupo: el polietilenglicol, el macrogol, las sales de magnesio, las sales de fosfato vía oral o el fosfato vía rectal, la lactulosa y el lactitol. Según las últimas revisiones sistemáticas, la primera opción y la preferente es el polietilenglicol, frente a la lactulosa. Este grupo actúa aumentando la presión osmótica en la luz intestinal. También es importante asegurar la suficiente ingesta de líquidos en el estreñimiento agudo porque tienen una acción rápida.
 - **Estimulantes**

Se pueden administrar por vía oral como rectal y son: el aceite de ricino, los senósidos y el bisacodilo. Por vía oral actúan a las 8-12 horas y por vía rectal a los 20-60 minutos. Aumentan el peristaltismo al estimular directamente las terminaciones nerviosas del intestino. Se recomienda emplear este tipo de laxantes como opción de tratamiento de rescate. En el estreñimiento crónico se usan como una opción de tratamiento en personas que no han respondido a los laxantes formadores de demasiados y/u los osmóticos. Se tiene que emplear durante el menor tiempo posible, porque su perfil de seguridad es menor que el de los laxantes osmóticos.
 - **Procinéticos^e**

La prucaloprida se propone como una opción de tratamiento en mujeres con estreñimiento crónico que no han respondido a otros tratamientos.

PI11 - Estreñimiento

- Secretores

Hay nuevos tratamientos farmacológicos que incluyen los laxantes secretores:

- La lubiprostona, que no se comercializa en España.
- La linaclotida está aprobada en España, sólo para el tratamiento del síndrome del intestino irritable con estreñimiento.

Véase anexo 3: «Laxantes. Clasificación y dosis».

- 2) Microenema / enema de limpieza. Cuando los pacientes no responden a los laxantes orales y llevan días sin defecar se pueden valorar los tratamientos con enemas de limpieza (1.500 ml de agua en 25 minutos), los enemas comerciales (140-250 ml de enemas salinos o minerales) y/o los supositorios de glicerina o de bisacodil.
- 3) Si fecalomas: extracción manual.

Recomendaciones

- Explicar las medidas higiénicas y dietéticas recogidas en el folleto «Recomendaciones dietéticas estreñimiento» disponible a e-SIAP. Seguimiento en la consulta de enfermería para re-educación de hábitos.
- Contactar de manera prioritaria con el médico o la médica en los casos de estreñimiento acompañado de sintomatología de alerta, véase el apartado «anamnesis».
- Consultar con el profesional de referencia si no mejora en 3-4 días.

Bibliografía



1. Sierra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Delgado S, Ferrándiz J, Diaz ER, Mearín F. Guía de práctica clínica sobre lo 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 [consulta: 17 junio 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 Y, Albizuri M, Alfonso Y, Armendáriz M, Barrondo S, Barroso J. Estreñimiento y Laxantes. *INFAC* 2015; 23 (10): 67-73. euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2015/se_def/adjuntos/INFAC_Oviera_23_n_10_estrenimiento.pdf. [consulta: 17 junio 2022].
5. Escudero A, Bixquert M. Guía para prevenir y tratar el estreñimiento. Valencia. Fundación española del aparato digestivo. 2016. saludigestivo.es/wp-content/uploads/2016/03/guia-estrenimiento-para-web-20120425180854.pdf [consulta: 17 junio 2022].
6. Alvarez I. Guía clínica de estreñimiento. Fistera. 2017.
7. Mueller-Lissner SANO, 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 - Estreñimiento



Estreñimiento	El estreñimiento se caracteriza por la dificultad o la escasa frecuencia de las deposiciones, acompañada, a menudo, por un esfuerzo defecatorio excesivo o por una sensación de evacuación incompleta, y/o que los excrementos sean duros o de escaso volumen.	
Anamnesis	Valoración	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales y familiares: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Edad. ▫ Embarazo. ▫ Enfermedad previa. Historia personal y familiar (estreñimiento, hemorroides, fisuras anales, prolapso rectal, fecaloma, megacolon, enfermedad diverticular, entre otros). ▫ Hábitos tóxicos. ▫ Fármacos y alergias (hierro, calcio, levodopa, antagonistas del calcio, analgésicos opioides...). ▫ Tipo de dieta habitual. ▪ Características del estreñimiento: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes: cambio de hábitos de vida (dieta, ingesta de agua, ejercicio, viajes, etc.). ▫ Deposiciones y características: frecuencia, consistencia y volumen. ▫ Tiempo de evolución. Para diferenciar el estreñimiento agudo (< 6 semanas) del crónico. ▪ Signos y síntomas acompañantes: vómitos, dolor abdominal, dolor anal, sangrado digestivo, existencia de productos patológicos en las heces, cambio repentino del ritmo deposicional en personas mayores de 50 años. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. ▪ Toma de constantes, si precisa a juicio clínico de la enfermera. ▪ Inspección de la región abdominal, perianal y rectal, y tacto rectal, si es necesario (descartar fecaloma). 	
Diagnóstico CIE-9	NANDA	
564.0 «Estreñimiento»	00235 «Estreñimiento funcional crónico» 00012 «Estreñimiento subjetivo» 00015 «Riesgo de estreñimiento» 00236 «Riesgo de estreñimiento funcional crónico»	
Plan de actuación		
<p>Actuación conjunta con el médico o médica si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afectación del estado general. Fiebre. - Presencia de las señales de alarma siguientes, que pueden hacer sospechar de oclusión intestinal (dolor abdominal intenso, vómitos fecaloides...) y/o cáncer de colon (astenia, anorexia y pérdida de peso inexplicable, alternancia diarrea y estreñimiento, rectorragia o sangre en heces...). ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Medidas no farmacológicas: aumento de la ingesta de fibra soluble y de la ingesta hídrica, ejercicio físico de manera regular, modificación de hábitos intestinales (regularizar horarios, aprovechar para la defecación los momentos en que el intestino presenta peristaltismo aumentado, dedicar el tiempo suficiente al acto defecatorio, posición adecuada, entrenar la musculatura pelviana). ▫ Medidas farmacológicas: si con las medidas anteriores, el paciente no mejora, valorar los tratamientos siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1) Laxantes: formadores de masa, osmóticos, estimulantes, procinéticos y secretores. 2) Microenema / enema de limpieza. 3) Si fecalomas: extracción manual. ▪ Recomendaciones <ul style="list-style-type: none"> ▫ Explicar las medidas higiénicas y dietéticas recogidas en el folleto «Recomendaciones dietéticas estreñimiento», disponible en e-SIAP. Seguimiento en la consulta de enfermería para re-educación de hábitos. ▫ Contactar de manera prioritaria con el médico o la médica en los casos de estreñimiento acompañado de sintomatología de alerta, véase apartado «Anamnesis». ▫ Consultar con el profesional de referencia si no mejora en 3-4 días, las causas podrían haber variado. 		

Anexo 1. Evidencia científica ante el manejo del estreñimiento, medidas no farmacológicas

Medidas no farmacológicas	Grado evidencia científica
Dieta rica en fibra	Evidencia moderada, recomendaciones fuerte a favor.
Ingesta hídrica	Evidencia baja, recomendaciones débil a favor.
Ejercicio	Evidencia baja, recomendaciones débil a favor.

Anexo 2. Evidencia científica ante el manejo del estreñimiento, medidas farmacológicas

Laxantes	Grado evidencia científica
Formadores de masa	<ul style="list-style-type: none"> ▫ <i>Plantago ovata</i>: evidencia baja, recomendaciones fuerte a favor. ▫ Metilcelulosa: evidencia baja, recomendaciones fuerte a favor.
Osmóticos	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Polietilenglicol: evidencia moderada, recomendaciones fuerte a favor. ▫ Lactulosa: evidencia baja, recomendaciones fuerte a favor.
Estimulantes	Evidencia moderada, recomendaciones fuerte a favor.
Procinéticos	Prucaloprida: evidencia moderada, recomendaciones débil a favor.
Secretores	Evidencia moderada, recomendaciones débil a favor.

Anexo 3. Laxantes. Clasificación y dosis

Laxantes	Dosis recomendada	
Formadores de masa	<i>Plantago ovata</i>	3,5-10,5 g/día
	Metilcelulosa	3-4,5 g/día
Osmóticos	Polietilenglicol	3-9 g/día o 250-500 ml/día
	Lactulosa	15-60 ml
	Lactitol	20 g o 30 ml
Estimulantes	Bisacodilo	5-10 mg/día
	Picosulfato de sodio	2,5-10 mg/día
Procinéticos	Prucaloprida	2 mg/24 h
Secretores	Linaclotida	145 g/día

Reacción a una vacuna

Definición / Motivo de la consulta



Las vacunas presentan beneficios y riesgos y pueden producir reacciones adversas. La *reacción adversa* se define como «cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento, incluyendo las reacciones adversas derivadas de cualquier uso al margen de los términos de la autorización de comercialización, abuso y los errores de medicación que producen un daño al paciente».^(*)

Las reacciones adversas producidas por las vacunas, generalmente, son leves, muy toleradas y autolimitadas, a pesar de que, ocasionalmente, pueden ser graves.

Anamnesis



- 1) Antecedentes personales:
 - Edad.
 - Embarazo.
 - Enfermedad previa: (neoplasias, inmunosupresión...).
 - Fármacos y alergias.
- 2) Características relacionadas: (*)
 - Vacuna administrada. Administración de otras vacunas concomitantes. Reacciones a una vacuna previa.
 - Fecha de administración.
 - Lugar y vía de administración.
 - Perfil evolutivo. Intensidad, duración, frecuencia...
- 3) Signos y síntomas acompañantes.
 - Sistémicos: fiebre (virus atenuados después de 5-12 días), irritabilidad, dolor muscular, malestar general, cefalea, vómitos, diarrea, exantema generalizado, artralgias y adenopatías generalizadas...
 - Locales: dolor, tumefacción y eritema en la zona de la punción (son los más frecuentes); nódulo subcutáneo en el punto de inyección; vesículas (varicela) o pápulas (BCG); limfadenitis regional (adenopatías)...

(*) Es muy importante que el personal implicado en la vacunación sepa cuáles son las reacciones adversas que se pueden presentar. Se pueden consultar en la ficha técnica, disponible en: cima.aemps.es/cima/publico/home.html. La reacción más frecuente es un episodio vasovagal con pérdida de conciencia.

Valoración



- 1) Estado general.
- 2) Constantes: TA, FC, Ta, FR y SatO₂ (si clínica respiratoria).
- 3) Características de la lesión: tipo, extensión, dolor local, calor, color y rubor...

PI12 – Reacción a una vacuna

Diagnóstico



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

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Afectación del estado general. Focalizado neurológico: cefalea intensa, convulsiones, alteración del nivel de conciencia...
- Inmunosupresión.
- Signos de infección local o sistémica.
- Afectación cutánea extensa.
- Reacción grave a la vacuna: dificultad respiratoria, angioedema extenso, vesículas, nódulo, necrosis...
- Sospecha de reacción por interacción con otros fármacos (insulina, oxitocina).

Intervenciones

- Si reacciones locales (dolor, eritema y tumefacción): aplicar frío local.
- Si nódulo cutáneo (aparición por posible técnica incorrecta de administración en vacunas con adyuvante de aluminio): aplicar calor local para ayudar a la reabsorción. Puede persistir semanas y desaparece espontáneamente.⁽³⁾
- Si analgesia: paracetamol 500 mg c/8 horas o ibuprofeno 400 mg c/8 horas (ajustar según edad y patología).
- En caso de sospecha de reacción anafiláctica administrar adrenalina IM al 1/1.000 (1 mg/ml) lo más rápido posible. La dosis es 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg), máximo 0,5 mg (0,5 ml). La dosis se puede repetir cada 5-15 minutos hasta mejoría clínica.
- Si el paciente presenta algún efecto adverso, hacer la notificación de sospecha de «Reacciones Adversas a los Medicamentos» (RAMs), «Programa de la Tarjeta Amarilla»,⁽⁴⁾ accesible en la historia clínica de atención primaria (e-SIAP), receta electrónica (RELE), historia de salud o a ibnotificaram.caib.es.

Recomendaciones

- Consultar de nuevo si aparición de signos de alerta:
 - Afectación del estado general.
 - Persistencia sintomatología > 72 horas.
 - Aumento del área afectada.
 - Formación de absceso.
 - Focalidad neurológica.
- Contactar con el profesional de referencia, si precisa

Bibliografía



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](https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/boe-a-2013-8191-consolidado.pdf) [consulta: 21 junio 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 junio 2022].
4. Baleares C de S y CI. Centre Farmacovigilancia Islas Baleares. «Manual de usuarios tarjeta amarilla online» 2017. intranet.caib.es/sifarma/nraalcs/indexjsp?idcache=0 [consulta: 21 junio 2022].

PI12 – Reacción a una vacuna



Reacción a una vacuna	Reacción a una vacuna: reacciones adversas producidas por las vacunas, pueden ser leves, muy toleradas y autolimitadas, a pesar de que, ocasionalmente, pueden ser graves.
Anamnesis	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales: edad, embarazo, enfermedad previa (neoplasias, inmunosupresión...), fármacos y alergias. ▪ Características relacionadas: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Vacuna administrada. Administración otras vacunas concomitantes. Reacciones a una vacuna previa. ▫ Fecha de administración. ▫ Lugar y vía de administración. ▫ Perfil evolutivo. Intensidad, duración, frecuencia... ▪ Signos y síntomas acompañantes: sistémicos (dolor muscular, malestar general, cefalea...) y locales (tumefacción, eritema...). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. ▪ Constantes: TA, FC, Ta, FR y Sat.O₂ (si clínica respiratoria). ▪ Características de la lesión: tipo de lesión, extensión, dolor local, calor, color y rubor...
Diagnóstico CIE-9	NANDA
E949 «EFC adverso vacunas nnc»	00217 «Riesgo de reacción alérgica»
Plan de actuación	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Afectación estado general. ▫ Signos de infección local o sistémica. ▫ Afectación cutánea extensa. ▫ Reacción a una vacuna grave: dificultad respiratoria, nódulo, necrosis... ▫ Sospecha de reacción por interacción con otros fármacos (insulina, oxitocina). ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Si reacciones locales (dolor, eritema y tumefacción): aplicar frío local. ▫ Si nódulo cutáneo: aplicar calor local para ayudar a la reabsorción. Puede persistir semanas y desaparece espontáneamente. ▫ Si analgesia: paracetamol 500 mg c/8 horas o ibuprofeno 400 mg c/8 horas (ajustar según la afectación). ▫ En caso de sospecha de reacción anafiláctica: administrar adrenalina IM a el 1/1.000 (1 mg/ml) lo más bien posible. La dosis es de 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg), máximo 0,5 mg (0,5 ml). Se puede repetir la dosis cada 5-15 minutos hasta la mejoría clínica. ▫ Si el paciente presenta algún efecto adverso, hay que hacer la notificación de sospecha de « Reacciones Adversas a los Medicamentos» (RAMs) «Programa de la Tarjeta Amarilla», accesible en la historia clínica de atención primaria (e-SIAP), receta electrónica (RELE), historia de salud o a ibnotificaram.caib.es. ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Consultar de nuevo si aparición de signos de alerta. ▫ Afectación del estado general. ▫ Persistencia sintomatología > 72 horas. ▫ Aumento del área afectada. ▫ Formación de absceso. ▫ Focalidad neurológica. ▫ Contactar con el profesional de referencia, si precisa. 	

Uña encarnada y panadizo

Definición / Motivo de la consulta



La onicocriptosis o uña encarnada se produce cuando la lámina de la uña lesiona el pliegue lateral ungueal con la presencia de dolor y de inflamación. Esta lesión aparece por el continuo traumatismo que provoca el crecimiento de la uña (que se adentra en los tejidos blandos de los dedos)¹.

La paroniquia aguda o panadizo es un proceso infeccioso agudo que afecta la piel y el tejido de células subcutáneas de los dedos.

Anamnesis



1) Antecedentes personales:

- Edad.
- Embarazo.
- Enfermedad previa: diabetes, inmunosupresión, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica, portador de prótesis cardíaca. Recidivas, intervención previa.
- Fármacos (uso de corticoides, anticoagulantes) y alergias.
- Estado de las vacunas (Td).

2) Características:

- Factores desencadenantes:¹Cortado y manipulación incorrecto de las uñas, calzado apretado, deformidades de los dedos o de las uñas, onicomiosis.
- Perfil evolutivo: inicio, intensidad, duración, frecuencia.

3) Sintomatología acompañante: impotencia funcional, dolor articular...

Valoración



1) Estado general.

2) Control de la temperatura, si precisa.

3) Características de la lesión:

- Localización y extensión.
- Edema, eritema, calor local, dolor, secreción (serosa o purulenta), aspecto de la uña y de los tejidos circundantes. Inspección de las articulaciones interfalángicas del dedo afectado.

Diagnóstico



- CIE-9 703.0 «Uña encarnada»
 681.0.1 «Paroniquia dedo mano»
 681.1.1 «Oniquia y paroniquia dedo pie»
- NANDA: 00046 «Deterioro integridad cutánea»

PI13 – Uña encarnada y panadizo



Plan de actuación

Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Afectación del estado general. Alerta de riesgo de diseminación de la infección (portador válvula cardíaca...).
- Signos de infección. Celulitis (celulitis diseminada, no la celulitis circunscrita a la lesión), necrosis...
- Afectación muscular, neurológica y/o articular de la zona afectada.

Intervenciones uña encarnada

- No recortar la punta que se adentra porque la situación empeora.
- Baños tibios de agua 24-48 horas (durante 15 minutos, 4-6 veces al día) o fomentos de agua de Burow (20-30 minutos, c/8-12 horas).¹
- Tratamientos para minimizar el adentramiento de la uña (re-educación de la uña).^{2,3}
 - *Packing* o taponamiento: colocar un trocito pequeño de algodón (o de hilo dental) con un antiséptico bajo la uña.
 - *Taping* o vendado adhesivo del pliegue lateral o distal: colocar una tira de esparadrapo en el extremo afectado haciendo tracción hacia el otro lado.
- En caso de infección se recomienda una buena limpieza de la herida y, si es necesario, antibiótico, que es preferible la vía oral que el tratamiento tópico.⁴ Si hace falta receta para el antibiótico, la primera prescripción la de hacer el médico o la médica. Se podrá prorrogar o finalizar la indicación por parte de enfermería, según criterio clínico y farmacológico.

Intervenciones panadizo

- El drenaje es la opción terapéutica de elección. Sólo se hace este drenaje en el periodo de fluctuación. Si todavía no es posible drenar: aplicar calor local con fomentos húmedos durante 24 horas para facilitarlos (durante 15 minutos, 4-6 veces al día).
- **Técnica de drenaje:**
 - Limpieza (con suero fisiológico) y desinfección (clorhexidina). Delimitación del campo estéril.
 - Anestesia: en la mayoría de las paroniquias se puede hacer la incisión sin anestesia, pero si la zona es muy dolorosa a la manipulación, hay que usar un anestésico sin vasoconstrictor (para evitar la necrosis en la parte acra) por conducción o troncular.
 - Incisión: la zona de fluctuación indica la localización correcta para la incisión.^(*)
- Proteger la zona con gasas. Para inducir el drenaje puede ayudar hacer presión hacia la zona de incisión.
- En caso de infección se recomienda una buena limpieza de la herida y, si es necesario, antibiótico con prioridad por vía oral sobre el tratamiento tópico. Si hace falta receta para el antibiótico, la primera prescripción la de hacer el médico o la médica. Se podrá prorrogar o finalizar la indicación por parte de enfermería, según criterio clínico y farmacológico.

(*) Se hace una incisión rápida con bisturí (se propone el número 11) entre la uña y el pliegue ungueal. Hay que hacer la incisión en la zona de máxima fluctuación, evitando, siempre que se pueda, la cara palmar del dedo (siempre esquivando el paquete vasculonervioso). En estos casos en que se requiere una incisión cutánea, es necesario aplicar anestesia por conducción. Se tiene que optar por una incisión en J (denominado palo de hockey) o una

PI13 – Uña encarnada y panadizo

incisión palmar transversa, evitando cruzar la arruga de la flexión IFD (para eludir la retracción de la zona).

Recomendaciones

- Mantener la higiene de la zona (agua tibia y jabón) y, el resto del tiempo, seca.
- Evitar cualquier herida en las uñas o en las puntas de los dedos.
- Cortar las uñas de los pies cada mes. Hacerlo después del baño, que es cuando están más blandas. Emplear tijeras con bordes redondeados y limas. La forma del cortado tiene que ser recta a lo largo de la punta. No se tienen que cortar demasiado cortas, ni redondeadas, ni en V.
- Calzado: evitar que haya presión sobre la lesión.⁵
- Contactar con el profesional de referencia si uña encarnada y/o paroniquia recidivante.

Bibliografía



1. Geizhals S, Lipner Sr. D. Review of onychocryptosis: epidemiology, pathogenesis, risk factors, diagnosis and treatment. *Dermatol Online J.* 2019. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31738836/ [consulta: 21 junio 2022].
2. Amat G, Beguer N. Ungle 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/ [consulta: 21 junio 2022].
4. Folch B, Palop V, Martínez-Mir Y, Colomina J, Sempere M. «Tratamiento empírico de las infecciones cutáneas bacterianas». 2019.
5. Litaïem N, Drissi H, Zeglaoui F, Khachemoune A. Reonychialia of the toenails: a review with emphasis on pathogenesis, new diagnostic and management trends. *Arch Dermatol Res.* 2019; 311(7):505-512.

PI13 – Uña encarnada y panadizo



Uña encarnada y panadizo	<p>Una uña encarnada se produce cuando la lámina de la uña lesiona el pliegue lateral ungueal con presencia de dolor e inflamación.</p> <p>La paroniquia aguda o panadizo es un proceso infeccioso agudo que afecta la piel y el tejido de células subcutáneas de los dedos.</p>	
Anamnesis	Valoración	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales: edad, embarazo, enfermedad previa (diabetes, inmunosupresión, portador de prótesis cardíaca). Recidivas, intervención previa. <ul style="list-style-type: none"> ▫ Fármacos (uso de corticoides, anticoagulantes) y alergias. ▫ Estado de las vacunas. ▪ Características: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores desencadenantes. Cortado y manipulación incorrecto de las uñas, calzado apretado... ▫ Perfil evolutivo: inicio, intensidad, duración, frecuencia. ▪ Sintomatología acompañante. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. ▪ Control de la temperatura, si precisa. ▪ Características de la lesión: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Localización y extensión. ▫ Edema, eritema, calor local, dolor, secreción, aspecto de la uña y de los tejidos circundantes. Inspección de las articulaciones interfalángicas del dedo afectado. 	
Diagnóstico CIE-9	NANDA	
<p>703.0 «Uña encarnada» 681.0.1 «Paroniquia dedo mano» 681.1.1 «Oniquia y paroniquia dedo pie»</p>	<p>00046 «Deterioro integridad cutánea»</p>	
Plan de actuación		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Afectación del estado general. Alerta de riesgo de diseminación de la infección (portador válvula cardíaca...). ▫ Signos de infección. Celulitis (celulitis diseminada, no la circunscrita en la lesión), necrosis... ▫ Afectación muscular, neurológica y/o articular de la zona afectada. ▪ Intervenciones uña encarnada: <ul style="list-style-type: none"> ▫ No recortar la punta que se adentra. ▫ Baños tibios de agua 24-48 h (durante 15', 4-6 veces al día) o fomentos de agua de Burow (20'-30', c/8-12 h). ▫ Tratamientos para minimizar el adentramiento de la uña (re-educación de la uña). <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Packing</i>: colocar un trocito pequeño de algodón (o de hilo dental) con un antiséptico bajo la uña. ○ <i>Taping</i> del pliegue lateral o distal: colocar una tira de esparadrapo en el extremo afectado haciendo tracción hacia el otro lado. ▫ En caso de infección: limpieza de la herida y, si es necesario antibiótico. La primera prescripción debe hacerla el médico o la médica. Se podrá prorrogar o finalizar la indicación des de enfermería, según criterio clínico y farmacológico. ▪ Intervenciones panadizo: <p>El drenaje es la opción terapéutica de elección. Sólo se puede hacer en el periodo de fluctuación. Si todavía no es posible drenar: aplicar calor local con fomentos húmedos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Técnica de drenaje: <ul style="list-style-type: none"> ○ Limpieza (suero fisiológico) y desinfección (clorhexidina). Campo estéril ○ Anestesia: en la mayoría de los casos se hace sin anestesia, si hace falta, emplear anestésico sin vasoconstrictor y por conducción o troncular. ○ Incisión. ▫ En caso de infección: limpieza de la herida y, si es necesario antibiótico. La primera prescripción debe hacerla el médico o la médica. Se podrá prorrogar o finalizar la indicación des de enfermería, según criterio clínico y farmacológico. ▪ Recomendaciones generales: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Higiene de la zona con agua tibia y jabón y el resto del tiempo seca. ▫ Evitar: heridas en las uñas o en las puntas de los dedos. ▫ Cortar las uñas de los pies cada mes. Después del baño, emplear tijeras con bordes redondeados y limas. La forma del cortado tiene que ser recta. No se tienen que cortar ni demasiado cortas, ni redondeadas, ni en V. ▫ Calzado: evitar que la presión sobre la lesión. ▫ Contactar con el profesional de referencia. 		

Orzuelo

Definición / Motivo de la consulta



El orzuelo es una infección localizada en las glándulas de los párpados o en los folículos pilosos de las pestañas.¹ Generalmente, es producido por un *Staphylococcus aureus*.² Puede ser interno o externo. Habitualmente se presenta como una tumoración muy delimitada, de aparición aguda y dolorosa. La mayoría son autolimitados y desaparecen de manera espontánea.³

Anamnesis



1) Antecedentes personales y familiares:

- Enfermedad previa (antecedentes de orzuelos previos...).
- Fármacos y alergias.

2) Características:

- Factores precipitantes (maquillaje...).
- Inicio y evolución de la lesión.

3) Signos y síntomas acompañantes: dolor, edema palpebral, hiperemia conjuntival, lagrimeo...

Valoración



1) Estado general.

2) Localización y extensión de la lesión.

3) Consistencia: exudado...

Diagnóstico



CIE-9 9373.1 «Orzuelo y otra inflamación profunda del párpado»
NANDA 00044 «Deterioro de la integridad tisular»
00122 «Trastorno de la percepción sensorial visual»

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Fiebre.
- Orzuelo de gran tamaño (requiere incisión y drenaje).
- Alteración de la visión.
- Presencia de flictenas, celulitis palpebral, acné rosácea, blefaritis crónica seborreica o exceso de fotofobia.
- Sospecha de conjuntivitis o de afectación intraocular.

Intervenciones

- Orzuelo de carácter agudo: tratamiento antibiótico no indicado.⁴ Aplicar medidas no farmacológicas (véase el apartado «Recomendaciones»).
- En el supuesto de que se trate de una persona con un orzuelo que no mejora con medidas no farmacológicas contactar con el médico o la médica para valorar el tratamiento farmacológico con eritromicina tópica (pomada oftálmica 0,5 %),^{4,2,1} una aplicación cada 12 horas durante 10 días u oxitetraciclina tópica (pomada oftálmica 1 %), una aplicación cada 12 horas durante 10 días.⁵

Recomendaciones

- Higiene de manos adecuada.
- Aplicación de compresas calientes 10 minutos, 3-4 veces/día.^{1,2}
- Higiene palpebral adecuada, incluyendo un masaje circular en la zona del nódulo.²
- Evitar factores agravantes (lentillas, maquillaje...).
- Contactar con el profesional de referencia, si signos de alarma: fiebre, dolor, edema palpebral, celulitis, hiperemia conjuntival, lagrimeo...

Bibliografía



1. Bragg KJ, Le PH, Le JK. Hordeolum. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28723014/ [consulta: 22 junio 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/ [consulta: 22 junio 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 [consulta: 22 junio 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 [consulta: 22 junio 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/quiterapeuticaaljarafe/quiterapeuticaaljarafe/guia/viewapartado_pdf.asp?idapartado=114 [consulta: 22 junio 2022].

PI14 - Orzuelo



Orzuelo	El Orzuelo es una infección localizada en las glándulas de los párpados o en los folículos pilosos de las pestañas.
Anamnesis	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales y familiares: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Enfermedad previa (antecedentes de orzuelos previos...). ▫ Fármacos y alergias. ▪ Características: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes (maquillaje...). ▫ Inicio y evolución de la lesión. ▪ Signos y síntomas acompañantes: dolor, edema palpebral, hiperemia conjuntival, lagrimeo... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. ▪ Localización y extensión de la lesión. ▪ Consistencia: exudado...
Diagnóstica 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»
Plan de actuación	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Fiebre. ▫ Orzuelo de gran tamaño (requiere incisión y drenaje). ▫ Alteración de la visión. ▫ Presencia de flictenas, celulitis palpebral, acné rosácea, blefaritis crónica seborreica o exceso de fotofobia. ▫ Sospecha de conjuntivitis o de afectación intraocular. ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Orzuelo de carácter agudo: tratamiento antibiótico no indicado. Aplicar medidas no farmacológicas (véase el apartado «Recomendaciones»). ▫ En el supuesto de que se trate de una persona con un orzuelo que no mejora con medidas no farmacológicas contactar con el médico o la médica para valorar el tratamiento farmacológico con eritromicina tópica (pomada oftálmica 0,5 %) ,1 aplicación cada 12 h, durante 10 días u oxitetraciclina tópica (pomada oftálmica 1 %), 1 aplicación cada 12 h, durante 10 días. ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Higiene de manos. ▫ Aplicación de compresas calientes 10', 3-4 veces/día. ▫ Higiene palpebral adecuada, incluyendo un masaje circular en la zona del nódulo. ▫ Evitar factores agravantes (lentillas, maquillaje...). ▫ Contactar con el profesional de referencia, si signos de alarma: fiebre, dolor, edema palpebral, celulitis, hiperemia conjuntival, lagrimeo... 	

Actuación en caso de COVID-19

Para la elaboración de este procedimiento se han seguido las indicaciones de la *Estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia*, del Ministerio de Sanidad, de 3 de junio de 2022.

Definición / Motivo de la consulta



Sospecha de infección por SARS CoV-2:

- Inicio agudo.
- Aparición de síntomas compatibles en los últimos diez días: tos, disnea, odinofagia, rinorrea, con o sin fiebre. Las diarreas, el dolor torácico, la cefalea, la anosmia y la ageusia también pueden ser considerados síntomas de sospecha de infección por el SARS-CoV-2, según el criterio clínico.

Anamnesis



- 1) Valorar los signos y los síntomas.
- 2) Antecedentes personales:
 - enfermedades previas
 - criterios de vulnerabilidad: 60 años o más, inmunodeprimidos⁽¹⁾ por causa intrínseca o extrínseca y embarazadas
- 3) Fecha de inicio de los signos y los síntomas y forma de aparición.

⁽¹⁾ Receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos o CAR-T, en los dos años después del trasplante/tratamiento, en tratamiento inmunosupresor o que tengan una enfermedad del injerto contra el huésped (EICH), independientemente del tiempo desde el trasplante; receptores de trasplante de órgano sólido (menos de dos años o con tratamiento inmunosupresor para eventos de rechazo); inmunodeficiencias primarias: combinadas y de células B en las que se haya demostrado la ausencia de respuesta a la vacuna; personas que han recibido en los tres meses anteriores (seis meses en caso de rituximab) fármacos anti CD20 o belimumab; síndrome de Down de edad superior a los 40 años, infección por VIH con CD4 < 200/ μ l.

Valoración



- 1) Valoración del estado general: coloración, aspecto, edemas, perfusión periférica, orientación.
- 2) Constantes vitales: temperatura corporal, saturación O₂, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca.
- 3) Valoración clínica de síntomas de alarma (*véase el documento derivación hospitalaria*):
 - Fiebre superior a los 38 °C durante más de 3-5 días.
 - Alteración del estado de alerta: confusión, letargia...
 - Tos persistente que dificulta la alimentación.
 - Hemoptisis.
 - Disnea: valorar la gravedad de la disnea.
 - Disnea grave a severa:
 - Se fatiga al levantarse y al empezar a caminar o en reposo.
 - Persistencia de disnea leve de más de diez días.
 - Taquipnea: habla entrecortada o dificultad para mantener una conversación.
 - Incapacidad para realizar cualquier actividad física.
 - Presencia de dolor torácico pleurítico: dolor costal que dificulta la respiración, de nueva aparición o que ha ido empeorando con el paso de los días.
 - Vómitos: presenta vómitos que le impiden la hidratación y la alimentación.

PI15 – Actuación en caso de COVID-19

- Diarrea: más de diez deposiciones en un día o entre cinco y diez al día durante más de tres días.
- 4) Valoración de la capacidad de comprensión y colaboración del paciente y de la persona cuidadora.

Diagnóstico



Solo se puede codificar como COVID-19 si se dispone de una PDIA supervisada por un sanitario (de la sanidad pública o de la privada).

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

En caso de no cumplir criterios de PDIA se debe codificar según la sintomatología predominante.

Plan de actuación



- Indicación de PDIA

Ante la sospecha de COVID-19 está indicada realizar una PDIA en los casos siguientes:

- a) Pacientes con criterios de vulnerabilidad: 60 años o más, inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca y embarazadas.
- b) Personas relacionadas con ámbitos vulnerables.⁽²⁾
- c) Personas con cuadro de infección respiratoria aguda de las vías bajas que requiera un ingreso hospitalario.
- d) Sospecha de variante de interés.
- e) A criterio clínico cuando el profesional sanitario que atiende el caso clínico lo considere necesario.
- f) En el momento actual, si la situación del paciente requiere una incapacidad transitoria.

La PDIA que debe realizarse es un test de antígenos.

Si la PDIA es positiva se debe confirmar el diagnóstico de COVID-19.

Si la PDIA es negativa debe valorarse el diagnóstico diferencial en función de la sintomatología predominante.

⁽²⁾ Personas que residen, acuden, están ingresadas o trabajan en ámbitos vulnerables (centros sanitarios asistenciales, centros socio-sanitarios y centros de día, centros penitenciarios y otros centros con personas institucionalizadas), así como trabajadores que prestan apoyo y cuidado a personas vulnerables.

- Actuación conjunta con el médico o la médica, si:
 - Presencia de síntomas de alarma (véase el apartado «Valoración»).
 - Tos con aumento de la expectoración o sensación de disnea.
 - Deterioro del estado general.
 - Mayores de 80 años o inmunodeprimidos para la valoración de tratamiento con *Paxlovid*.
 - A criterio clínico de la enfermera.
 - Necesidad de IT según el circuito interno establecido en el centro de salud:
 - A los trabajadores de los ámbitos vulnerables se les debe realizar una PDIA de confirmación diagnóstica. Si la PDIA es positiva deben notificarlo al servicio de prevención de riesgos laborales. Si no es posible el teletrabajo ni la adaptación del puesto de trabajo deben solicitar la **baja laboral** a través de covid.ibsalut.es/gestio

PI15 – Actuación en caso de COVID-19

llamando a **Infosalut Connecta 971 22 00 00** (atención de lunes a sábado de 7.00 h a 21.00 h / domingos y festivos de 8.00 h a 21.00 h).

- Los profesionales del Servicio de Salud de las Islas Baleares deben contactar con el Servicio de Prevención de riesgos laborales.
- Los funcionarios mutualistas (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) tienen que pedir la baja como lo hacen habitualmente.
- Se deben citar en el centro de salud a los pacientes que, tras la valoración inicial, se considere que se les debe hacer un seguimiento. Al resto de pacientes se les debe indicar que en caso de empeoramiento contacten con los servicios sanitarios a través de Infosalut Connecta.
- Se recomienda tratamiento sintomático a aquellos pacientes que lo precisen: paracetamol 500-650 mg /6 horas (máximo 4 g/24 horas).
- En caso de **embarazo** y PDIA positiva, debe contactar por correo electrónico con: gapm.gestorcomareccovid@ibsalut.es, indicando el número de identificación personal y el nombre de la paciente.
- **Notificación urgente epidemiológica**
 - Se deben notificar los casos con PDIA positiva a través del protocolo de caso.
 - En los supuestos *a, b, c y d* del apartado «Indicación de PDIA», se debe realizar la notificación completa.
 - En los casos en los que se realice la PDIA y no estén incluidos dentro de los supuestos de la Estrategia del Ministerio es suficiente incluir en el protocolo del caso en e-SIAP la fecha de la PDIA positiva.

Recomendaciones


- Se debe informar al paciente que debe extremar las precauciones para evitar transmitir la infección a otras personas. En los diez días siguientes, desde el inicio de los síntomas o del resultado positivo, se le debe recomendar:
 - El uso de mascarilla, preferentemente FFP2.
 - Lavarse las manos con frecuencia.
 - Evitar el contacto con personas vulnerables.
 - No asistir a acontecimientos multitudinarios.
 - Vigilar los síntomas de alarma:
 - Fiebre superior a los 38 °C durante 3 días o más.
 - Empeoramiento de los síntomas.
- En caso de precisar asistencia puede solicitar cita en el centro de salud llamando a Infosalut Connecta 971 22 00 00 (atención de lunes a sábado de 7.00 h a 21.00 h / domingos y festivos de 8.00 h a 21.00 h).
- Si le falta el aire o tiene la sensación de encontrarse en grave riesgo debe contactar con el Servicio de Atención Médica Urgente, llamando al 061.
- Información para el paciente en: Autogestión digital de la COVID-19 en las Islas Baleares - IB-SALUT. Servicio de Salud de las Islas Baleares (ibsalut.es).

Bibliografía



Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia, actualizado por el Ministerio de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III. 3 de junio de 2022. sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccques/alertasActual/nCov/documentos/Nueva_estrategia_vigilancia_y_control.pdf [consulta: 6 septiembre 2022].

PI15 – Actuación en caso de COVID-19

Actuación en caso de COVID-19	Sospecha de infección por SARS CoV-2: - Inicio agudo. - Aparición de síntomas compatibles en los últimos diez días: tos, disnea, odinofagia, rinorrea, con o sin fiebre. Las diarreas, el dolor torácico, la cefalea, la anosmia y la ageusia también pueden ser considerados síntomas de sospecha de infección por el SARS-CoV-2 según el criterio clínico.		
	Anamnesis	Valoración	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar signos y síntomas. ▪ Antecedentes personales: <ul style="list-style-type: none"> ▫ enfermedades previas ▫ criterios de vulnerabilidad: 60 años o más, inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca y embarazadas ▪ Fecha de inicio de signos y síntomas y forma de aparición. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general: coloración, aspecto, edemas, perfusión periférica, orientación. ▪ Constantes vitales: temperatura corporal, saturación O₂, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca. <ul style="list-style-type: none"> ▫ Síntomas de alarma: fiebre > 38 °C durante más de 3-5 días; alteración del estado de alerta: confusión, letargia; tos persistente que dificulta la alimentación; hemoptisis; disnea; vómitos; diarrea: más de diez deposiciones en un día o entre cinco y diez al día durante más de tres días. ▪ Capacidad de comprensión y colaboración del paciente y de la persona cuidadora. 	
Diagnóstico CIE-9		NANDA	
V01.79.X «Infección por Coronavirus COVID-19 confirmada mediante PCR, serología o antígeno»			
Plan de actuación			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicación de PDIA <ul style="list-style-type: none"> ▫ Pacientes con criterios de vulnerabilidad: 60 años o más, inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca y embarazadas. ▫ Personas relacionadas con ámbitos vulnerables. ▫ Personas con cuadro de infección respiratoria aguda de las vías bajas que requiera un ingreso hospitalario. ▫ Sospecha de variante de interés. ▫ A criterio clínico cuando el profesional sanitario que atiende el caso clínico lo considere necesario. ▫ Si la situación del paciente requiere una incapacidad transitoria. ▪ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Presencia de síntomas de alarma (véase el apartado «Valoración»). ▫ Tos con aumento de la expectoración o sensación de disnea. ▫ Deterioro del estado general. ▫ Mayores de 80 años o inmunodeprimidos para la valoración de tratamiento con Paxlovid. ▫ A criterio clínico de la enfermera. ▫ Necesidad de IT según el circuito interno establecido en el centro de salud. <p>Tratamiento a aquellos pacientes que lo precisen: paracetamol 500-650 mg /6 horas (máximo 4 g/24 horas). En caso de embarazo y PDIA positiva, contactar por correo electrónico con: gapm.gestorcomareccovid@ibsalut.es. Notificación urgente epidemiológica.</p> ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Se debe informar al paciente que debe extremar las precauciones para evitar transmitir la infección a otras personas Desde el inicio de los síntomas o del resultado positivo y durante diez días, se debe recomendar al paciente: <ul style="list-style-type: none"> • El uso de mascarilla, preferentemente FFP2. • Lavarse las manos con frecuencia. • Evitar el contacto con personas vulnerables. • No asistir a acontecimientos multitudinarios. • Vigilar los síntomas de alarma: fiebre superior a los 38 °C durante 3 días o más; empeoramiento de los síntomas. ▫ En caso de precisar asistencia puede solicitar cita en el centro de salud llamando a Infosalut Connecta 971 22 0 0 00. ▫ Si le falta el aire o tiene la sensación de estar en grave riesgo debe contactar con el Servicio de Atención Médica Urgente, llamando al 061. 			

Crisis HTA

Definición / Motivo de la consulta



La crisis hipertensiva es la elevación aguda de la TA $\geq 180/120$ mmHg (estas cifras varían según el documento consultado). En la crisis hipertensiva, hay que distinguir entre:¹

- Emergencia hipertensiva (EH): se acompaña de alteraciones orgánicas graves (fundamentalmente de ámbito cardíaco, cerebral o renal). Supone un riesgo de lesión irreversible.
- Urgencia hipertensiva (UH): elevación aguda de la TA en un paciente asintomático o con síntomas inespecíficos que no implica una afectación grave de los órganos diana y que, por lo tanto, no supone un riesgo vital inmediato. El abordaje inicial es extrahospitalario.
- Seudocrisis hipertensiva o falsa UH: elevación tensional aguda asintomática, sin repercusión orgánica, reactiva a estímulos agudos (dolor intenso, ansiedad...). Habitualmente, no requiere tratamiento específico porque los valores de la TA se normalizan cuando desaparece el factor desencadenante.

Anamnesis



- 1) Antecedentes personales y familiares:
 - Edad.
 - Embarazo.
 - Enfermedad previa: enfermedad cardiovascular conocida, tiempo de evolución de la HTA, crisis hipertensivas previas...
 - Otros factores de riesgo cardiovascular.
 - Hábitos tóxicos: alcohol, cocaína, anfetaminas...
 - Fármacos y alergias: considerar los fármacos y sustancias con acción presora: antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides, inmunosupresores, anticonceptivos...²
- 2) Características:
 - Factores precipitantes: incumplimiento terapéutico, situaciones de estrés...
 - Tipo: EH, UH, falsa UH.
 - Perfil evolutivo: inicio, intensidad, duración...
- 3) Signos y síntomas acompañantes: asociados a la afectación aguda de órganos diana (cefalea, mareo, vómitos, dolor torácico, dorsal o abdominal agudo, disnea, palpitaciones, taquipnea, taquicardia, edemas en EEII, síntomas visuales, déficit neurológico focal, agitación, estupor, síncope...), otros síntomas (ansiedad...)⁵

Valoración



El objetivo fundamental de la valoración es identificar si existen signos y síntomas que hagan sospechar de una afectación aguda de los órganos diana y de riesgo vital (EH) o si no existe esta sintomatología ni riesgo vital inmediato (UH).³ Hay que valorar:

- 1) Estado general.
- 2) Constantes: TA, T^a, FC, ritmo cardíaco, FR, saturación O₂.
- 3) Confirmar brazo control: 2 medidas en cada brazo en un intervalo mínimo de 1 minuto.⁴
- 4) Signos de alerta/afectación aguda de los órganos diana.

Diagnóstico



CIE-9 «Hipertensión...» (escoger el más adecuado según la clínica)
NANDA 00267 «Riesgo de tensión arterial inestable» (escoger el más adecuado según la clínica)

Plan de actuación



Intervenciones

Emergencia hipertensiva

El objetivo de la intervención es reducir la TA un 20-25 % de los valores iniciales en un periodo de pocos minutos a dos horas (no de manera brusca, especialmente si presenta un ictus).⁵

- Solicitar valoración médica urgente.
- Monitorizar, ECG, canalizar vía intravenosa, administrar oxigenoterapia (si sat. O₂<95 %: GN 2lx /VM24) y tira de orina.
- Requiere derivación urgente a «Urgencias hospitalarias».

Urgencia hipertensiva

El objetivo de la intervención es reducir la TA un 20-25 % de los valores iniciales en dos o tres horas, sin pretender normalizar totalmente los valores.⁵

- Valorar ECG.
- Contacto con el médico o la médica: Captopril[®] 25 mg vía oral.
- Reposo de unos 30 minutos y nueva toma de la TA.
 - Si persisten cifras $\geq 180/120$ se puede repetir la dosis de Captopril[®] 25 mg a intervalos de 30 minutos hasta un máximo de 100 mg. Si en 2-3 horas no ha disminuido (TA < 180/120), hay que considerar derivar a « Urgencias hospitalarias».
 - Si disminuye la TA <180/120, hay que considerar las opciones siguientes:
 - Si el paciente no se conocía hipertenso, estas cifras son diagnósticas de HTA y se tiene que derivar al profesional de referencia para evaluación y seguimiento del HTA.
 - Si era hipertenso conocido se tiene que derivar al profesional de referencia para optimizar el tratamiento.

Hipertensión sin situación de crisis hipertensiva

Si TAS 160-179 y TAD 95-119:

- Derivar al profesional de referencia.

Recomendaciones

- Evitar factores desencadenantes.
- En el caso de HTA no diagnosticada citar con el profesional de referencia para diagnóstico e incluirlo en el protocolo de HTA.
- Si HTA ya conocida:
 - Reforzar adherencia al tratamiento.
 - Dar el consejo breve acompañado del folleto «Recomendaciones dietéticas a HTA» disponible en e-SIAP.
 - Citar para controles posteriores con la enfermera de referencia.
- Consultar de nuevo si aparición de signos de alerta.

Bibliografía



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 junio 2022].
2. Amat G, Rodríguez C. Elevació de la pressió arterial Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona. Institut Català de la Salut.
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 junio 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.



Crisis HTA	La crisis hipertensiva es la elevación aguda de la TA \geq 180/120 mmHg (estas cifras varían según el documento consultado).
Anamnesis	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales y familiares: edad, embarazo, enfermedad previa (enfermedad cardiovascular conocida, tiempo de evolución de la HTA, crisis hipertensivas previas), factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos, fármacos y alergias. ▪ Características de la crisis HTA: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes. ▫ Tipo: EH, UH, falsa UH. ▫ Perfil evolutivo: inicio, intensidad, duración... ▪ Signos y síntomas acompañantes: asociados a la afectación aguda de órganos diana y otros síntomas (ansiedad...). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. ▪ Constantes: TA, T^a, FC, ritmo cardíaco, FR, saturación O₂. ▪ Confirmar brazo control: 2 medidas en cada brazo en un intervalo mínimo de 1 minuto. ▪ Signos de alerta/afectación aguda de órganos diana.
Diagnóstico CIE-9	NANDA
«Hipertensión...» (escoger el más adecuado según la clínica)	00267 «Riesgo de tensión arterial inestable» (escoger el más adecuado según la clínica)
Plan de actuación	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emergencia hipertensiva <ul style="list-style-type: none"> ▫ Solicitar valoración médica urgente. ▫ Monitorizar, ECG, canalizar vía intravenosa, administrar oxigenoterapia (Si sat. O₂ < 95 %: GN 2lx /VM24) y tira de orina. ▫ Requiere derivación urgente a « Urgencias hospitalarias». ▪ Urgencia hipertensiva <ul style="list-style-type: none"> ▫ Valorar ECG. ▫ Contacto con el médico o la médica: Captopril® 25 mg vía oral. ▫ Reposo de 30 minutos y nueva toma TA: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si persisten cifras \geq 180/120 se puede repetir la dosis de Captopril® 25mg a intervalos de 30 minutos hasta un máximo de 100 mg. Si en 2-3 horas no ha disminuido (TA < 180/120) considerar derivar a «Urgencias hospitalarias». ○ Si disminuye la TA < 180/120, considerar las opciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Si el paciente no se conocía hipertenso, estas cifras son diagnosticas de HTA, derivar al profesional de referencia para incluirlo en el protocolo de HTA. – Si era hipertenso conocido derivar al profesional de referencia para optimizar el tratamiento. ▪ Hipertensión sin situación de crisis hipertensiva <ul style="list-style-type: none"> ▫ Si TAS 160-179 y TAD 95-119: derivar al profesional de referencia. ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Evitar factores desencadenantes. Consultar de nuevo si aparición de signos de alerta. ▫ En el caso de HTA no diagnosticada citar con el profesional de referencia para diagnóstico e incluirlo en el protocolo de HTA. ▫ Si HTA conocida: reforzar adherencia al tratamiento, dar el consejo breve acompañado del folleto «Recomendaciones dietéticas a HTA» disponible en e-SIAP y citar para controles posteriores con la enfermera de referencia. 	

Disnea

Definición / Motivo de la consulta



La disnea es la sensación subjetiva de dificultad de la respiración asociada a un aumento del esfuerzo para respirar.¹ Puede ser aguda o crónica, dependiendo de que se instaure horas o días y su intensidad puede ser variable. En la aguda se incluyen tanto las afectaciones de nueva aparición como aquellas que se presentan por un empeoramiento o agudización de una ya existente, como pueden ser una crisis de asma o una descompensación de una insuficiencia cardíaca. Puede ser la principal manifestación de diversas enfermedades con origen multifactorial por lo que es fundamental realizar una anamnesis y una exploración física detalladas.

La disnea aguda, en muchas ocasiones, requiere una actuación urgente y la toma de decisiones inmediata,² si presenta alguno de los criterios de gravedad siguientes:¹

- Dolor torácico o síncope.
- Obnubilación.
- Agitación psicomotriz.
- Frialdad y palidez cutáneo-mucosa, cianosis central y periférica, frialdad, sudoración.
- Imposibilidad de toser o de hablar.
- Tiraje costal, uso de musculatura accesoria.
- Frecuencia respiratoria (FR) > 30 rpm.
- Frecuencia cardíaca (FC) >125 lpm.
- Tensión Arterial (TA) sistólica <90 mmHg.
- Saturación O₂ (SatO₂) < 90 % con oxigenoterapia.

Anamnesis



1) Antecedentes personales y familiares:

- Edad.
- Enfermedades previas (atención especial a las cardiopulmonares). Intervenciones quirúrgicas recientes, fracturas, inmovilidad, trombosis venosa.
- Factores de riesgo cardiovascular.
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, abuso de drogas).
- Fármacos.
- Alergias.

2) Características de la disnea:

- Factores precipitantes: reposo en los días previos (posibilidad de tromboembolismo pulmonar), vómitos (posibilidad de aspiración), ingesta de un cuerpo extraño, cuadro catarral, situación emocional especial, inhalación de gases, traumatismos, etc.
- Inicio de la clínica (súbito o progresivo, continuo o intermitente).
- Tipos específicos de disnea: ortopnea, disnea paroxística nocturna, disnea de reposo o de esfuerzo.

P117 - Disnea

3) Signos y síntomas acompañantes:

- Fiebre.
- Tos, expectoración.
- Presencia de edemas.
- Dolor torácico.
- Dolor en las extremidades inferiores.

Valoración



- 1) Estado general: nivel de conciencia.
- 2) Exploración física:
 - Signos cutáneos: palidez, cianosis central y periférica, frialdad, sudoración.
 - Extremidades: valorar la presencia de pulsos periféricos, dolor, edema, eritema, cordón venoso...
 - Tórax: uso de musculatura accesoria, tiraje intercostal, descoordinación toracoabdominal, espiración larga y ruidosa, hipo/hiperventilación.
- 3) Constantes vitales: SatO₂, TA, FC, FR, temperatura corporal.
- 4) En presencia de dolor torácico realizar ECG. Si el grado de disnea no es coherente con el historial previo del paciente, valorar la necesidad de ECG, aun en ausencia de dolor torácico.
- 5) Cumplimiento del tratamiento.
- 6) Técnica inhalatoria.
- 7) En pacientes asmáticos medir el flujo espiratorio máximo mediante el medidor de Peak Flow³ para evaluar la gravedad de la crisis asmática, (véase la tabla 1).

Tabla 1. Evaluación de la gravedad de la crisis asmática según el Comité Ejecutivo de la GEMA ⁴				
	<i>Crisis leve</i>	<i>Crisis moderada</i>	<i>Crisis grave</i>	<i>Crisis vital</i>
PEF				
MMP o valores de referencia	> 70 %	< 70 %	< 50 %	No procede

PEF: flujo espiratorio máximo por minuto.

MMP: mejor valor personal que conste en la historia clínica del paciente.

Para el cálculo es preferible usar el valor porcentual del mejor valor personal previo del paciente de los últimos años, si es conocido. Si no se conoce, se puede utilizar el valor porcentual teórico que aparece en las tablas disponibles.

Diagnóstico

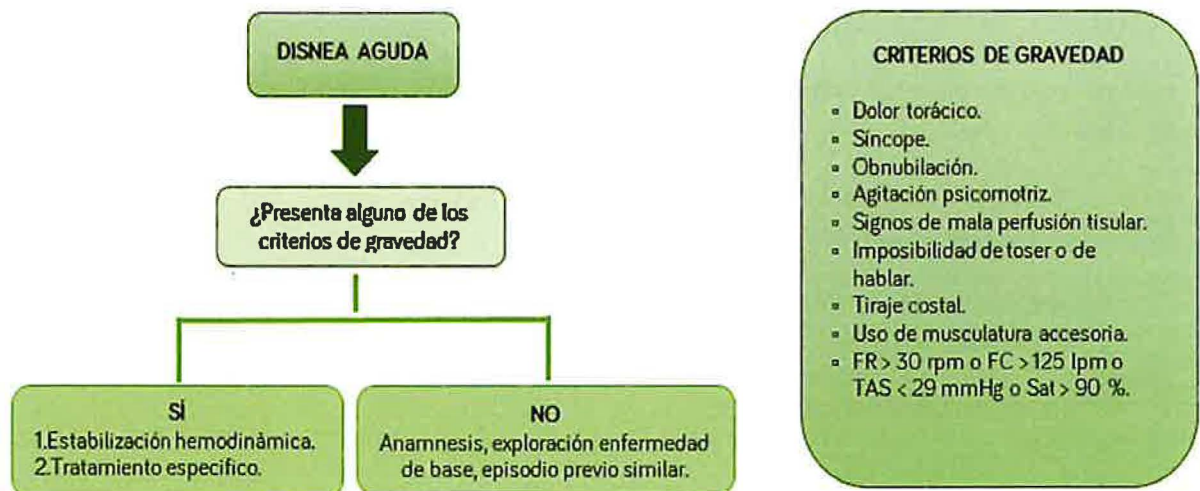


CIE-9 786.0 «Disnea y alteraciones respiratorias»
 NANDA 00032 «Patrón respiratorio ineficaz»



Plan de actuación

Actuación conjunta con el médico o la médica según la presencia o la ausencia de inestabilidad hemodinámica y los criterios de gravedad del paciente,¹(véase el apartado «Definición / Motivo de la consulta»).



Intervenciones

- 1) Estabilización de la situación clínica:
 - Reposo, mantener el paciente sentado o tumbado con elevación del torso y la cabeza a 45°.
 - Garantizar la permeabilidad de la vía aérea.
 - Oxigenoterapia, si procede, dependiendo de la saturación de O₂ y de las posibles causas,⁵ (véase la tabla 2).

Tabla 2. Criterios aplicables en oxigenoterapia	
Causas	Actuación
Insuficiencia cardíaca	Mantener SatO ₂ > 95 % o > 90 % en EPOC.
Edema agudo de pulmón	Oxigenoterapia con una FiO ₂ del 35 % al 100 %.
EPOC	Mantener SatO ₂ > 90 %, excepto si se sospecha de hipercapnia*. Es preferible administrar con la mascarilla Venturi que con gafas nasales, se puede llegar aproximadamente hasta el 50 % de FiO ₂ .
Crisis asmática	Mantener SatO ₂ > 92 % (o > 95% en mujeres embarazadas o en pacientes con enfermedad cardíaca). Administrar con mascarilla Venturi o con mascarilla con reservorio, con una FiO ₂ del 28-32 %. Cualquier crisis asmática con afectación de la saturación de O ₂ se debe considerar de alto riesgo.
Tromboembolismo pulmonar	Suele requerir oxígeno nasal suplementario, aunque raramente necesita ventilación mecánica.

(*) Casos de hipoxemia/hipercapnia:

PI17 - Disnea

- Si se sospecha de hipercapnia no deben superarse los 2 l/min o el 28 % de fracción de oxígeno inspirado (FiO₂).
- En caso de hipoxemia grave, que el paciente no responda con la mascarilla Venturi, y si no existe sospecha de hipercapnia, está indicada la mascarilla con reservorio que administra FiO₂ del 90 %, aunque requiera elevados flujos de oxígeno.
- Si con ninguno de estos métodos no se logra mejorar la hipoxemia, o existe hipercapnia que limite el tratamiento, la única solución es recurrir a la ventilación mecánica.

Tabla 3. Flujo de fuente de oxígeno según dispositivo (gafas nasales y mascarillas Ventimask®)							
Flujo l/min	3	4	6	8	10	12	15
Fracción inspiratoria de Oxígeno (FiO ₂ %)	24	24	28	31	35	40	50

En caso de ser suficiente la oxigenoterapia con gafas nasales, se debe establecer un flujo de O₂ de 2 l/min.

- Monitorización de las constantes: TA, FC, FR y SatO₂.
 - Vía venosa y fluidoterapia, si procede:⁵
 - Insuficiencia cardíaca: restricción de líquidos (1.000 ml c/24 h de suero fisiológico), excepto si hay hipotensión.
 - Edema agudo de pulmón: suero glucosado a un ritmo de mantenimiento.
- 2) Tratamiento específico según las causas tras la valoración médica.
- Disnea en paciente con EPOC.⁵
- En la tabla 4 se muestra el tratamiento de agudización de la EPOC.

Tabla 4. Tratamiento de la agudización de la EPOC ⁵	
Tratamiento farmacológico	Indicación
Broncodilatadores	Base del tratamiento agudo; generalmente en forma de beta-2-agonista de acción corta (salbutamol y terbutalina) o anticolinérgicos de acción corta como el bromuro de ipratropio. La terapia combinada aumenta el grado de broncodilatación y disminuye los posibles efectos secundarios. Se recomienda el uso de cámaras espaciadoras en vez de nebulizadores en casos de crisis que no precisen la utilización de oxigenoterapia.
Corticoides orales	Mejoran la recuperación de la agudización de la EPOC moderada y grave, reducen la necesidad de más fármacos y acortan la duración del proceso (incluso en caso de ingreso hospitalario). Deben emplearse en dosis de 0,5 mg/kg de peso al día, entre 5 y 10 días, sin necesidad de pautar una reducción gradual de la dosis. En agudizaciones graves o dificultad para la ingesta oral, se pueden administrar por vía endovenosa.
Antibióticos	No están indicados de forma rutinaria. En caso de esputos de características purulentas, se debe pautar antibioterapia empírica dirigida contra los gérmenes más habituales y, si es posible, por vía oral.
Otros tratamientos	<ul style="list-style-type: none"> - Corticoides inhalados: la indicación de corticoides inhalados tras la agudización se debe evaluar después de la crisis. - Teofilina: no está indicada como tratamiento para reagudización. Mantener la misma pauta si ya estaba prescrita. - Diuréticos: pautarlos en caso de insuficiencia cardíaca. - Mucolíticos y antitusígenos: no están indicados. - Fisioterapia respiratoria: no está indicada de forma sistemática en la agudización, aunque sí a largo plazo.

PI17 - Disnea

- Disnea por crisis asmática⁶
 - Tratamiento inicial según evaluación inicial de gravedad y PEF

Tabla 5. Tratamiento inicial de la crisis de asma según la gravedad (PEF)	
PEF > 70 % Crisis leve	<ul style="list-style-type: none"> - Salbutamol o terbutalina (2-8 pufs con cámara espaciadora, hasta 3 veces la primera hora). - Si el paciente no mejora inicialmente, o ya los había tomado, se deben añadir corticoides orales.
PEF 50-70 % Crisis moderada	<ul style="list-style-type: none"> - Salbutamol o terbutalina con cámara espaciadora: (4-10 pufs, hasta 3 veces la primera hora). - Solo si el paciente no mejora inicialmente con salbutamol, se debe valorar añadir ipratropio: (4-8 pufs con cámara) después del salbutamol. - Hay que añadir siempre corticoides orales.
PEF < 50 % Crisis grave ^(*)	<ul style="list-style-type: none"> - Salbutamol + ipratropio con nebulización si hay hipoxemia, hasta 3 veces la primera hora. - Solo si el paciente no responde inicialmente con BD, se debe valorar añadir budesonida inhalada a la nebulización. - Corticoides orales o por vía intravenosa siempre.

^(*) En caso de criterios clínicos de extrema gravedad, enviar al hospital en ambulancia medicalizada y asegurar la estabilidad hemodinámica y la vía aérea.

- Reevaluación (crisis leve/moderada): examen físico, PEF, pulsioximetría. Plan de actuación según la respuesta (véase la tabla 6).

Tabla 6. Reevaluación y tratamiento de la crisis de asma		
Respuesta	Criterios	Intervenciones
Buena respuesta	<ul style="list-style-type: none"> - PEF > 80 %. - SatO₂ > 95 %. - Ausencia de disnea. - Mejoría mantenida 1-3 horas tras el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alta a su domicilio con tratamiento pautado (se debe iniciar si no lo tenía prescrito y se debe aumentar la dosis si lo tenía pautado). - Pauta corta de corticoides orales 5 días. - Prescribir cámara de inhalación en pacientes tratados con inhalador de cartucho presurizado. - Revisar técnica de inhalación. - Plan de actuación por escrito. - Citar con el médico de familia en las 48-72 horas siguientes.
Respuesta incorrecta	<ul style="list-style-type: none"> - PEF 50-70 %. - Síntomas moderados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhalación de beta-2-agonista + bromuro con cámara espaciadora o con nebulización. - Oxígeno en caso de disminución de SatO₂. - Corticoides sistémicos. - Si mejora: alta a su domicilio con tratamiento pautado (véase casilla superior). - Si no mejora: derivar al hospital en ambulancia medicalizada y monitorizado.
Agravamiento	<ul style="list-style-type: none"> - PEF < 50 %. - Síntomas graves. 	<ul style="list-style-type: none"> - Derivar al hospital en ambulancia medicalizada y monitorizado.

PI17 - Disnea

- Otras causas de disnea. Si la causa de la disnea es por insuficiencia cardíaca o por edema agudo de pulmón o está asociada a un tromboembolismo pulmonar se deben aplicar los tratamientos específicos para cada caso.

Recomendaciones

- Citar con el médico de familia en las 48-72 horas siguientes para revisión.
- En pacientes con episodios de disnea sin un diagnóstico identificado, citar para realizar una espirometría y dar las instrucciones previas a la prueba.
- En pacientes fumadores, dar consejo breve: caib.es/sites/tabaquismo/es/guias_y_recomendaciones-86940/. y citar para posible intervención.
- En casos de medicación inhalada, prescribir cámara de inhalación a los pacientes tratados con inhalador de cartucho presurizado.
- Revisar técnica de inhalación en todos los casos.
- Citar con enfermería en menos de dos semanas para revisar la técnica de inhalación y el plan de actuación.
- En enfermos respiratorios, establecer un plan de actuación por escrito.

Consideraciones especiales

- Si clínica compatible con sospecha COVID, actuar según protocolo sospecha COVID vigente.
- Se recomienda el uso de cámaras espaciadoras en vez de aerosoles, en casos de crisis leves o moderadas.
- En el caso de disnea secundaria a crisis de ansiedad aplicar el protocolo correspondiente.

Bibliografía



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. mgyf.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, febrero 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 MA, Adánez MG, Alcalá J, Alonso MF, Alonso EM, Alvarado C. Manual de Urgencias y Emergencias. Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC. 2ª edición. Barcelona 2012.
6. Flor X, Álvarez S. Guía Asmagrap 2020.



Disnea

La disnea es la sensación subjetiva de dificultad de la respiración asociada a un aumento del esfuerzo para respirar. Puede ser aguda o crónica, y de intensidad variable. La disnea aguda precisa actuación urgente ante la presencia de alguno de estos síntomas graves: dolor torácico o síncope, obnubilación, agitación psicomotriz, frialdad y palidez cutáneo-mucosa, cianosis central y periférica, frialdad, sudoración, imposibilidad de toser o de hablar, tiraje costal, uso de musculatura accesoria, FR > 30 rpm, FC > 125 lpm, TAS < 90 mmHg, SatO₂ < 90 % con oxigenoterapia.

Anamnesis	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Edad. ▫ Enfermedades previas (cardiopulmonares). ▫ Intervenciones quirúrgicas recientes, fracturas, inmovilidad. ▫ Factores de riesgo cardiovascular. ▫ Hábitos tóxicos. ▫ Fármacos ▫ Alergias. ▪ Características de la disnea: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes. ▫ Inicio de la clínica. ▫ Tipos específicos de disnea: ortopnea, disnea paroxística nocturna, disnea de reposo o de esfuerzo. ▪ Signos y síntomas acompañantes: fiebre, tos, expectoración, edemas y dolor EEII, dolor torácico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general: nivel de conciencia. ▪ Signos cutáneos: palidez, cianosis, frialdad, sudoración. ▪ Extremidades: pulsos periféricos, dolor, edema... ▪ Tórax: tiraje intercostal, descoordinación toracoabdominal, espiración larga y ruidosa, hipo/hiperventilación. ▪ Constantes vitales: SatO₂, TA, FC, FR, temperatura corporal. ▪ Valorar necesidad de ECG, aun en ausencia de dolor torácico. ▪ Cumplimiento del tratamiento. ▪ Técnica inhalatoria.

En pacientes asmáticos medir el flujo espiratorio máximo (PEF)

	<i>Crisis leve</i>	<i>Crisis moderada</i>	<i>Crisis grave</i>	<i>Crisis vital</i>
PEF	> 70 %	< 70 %	< 50 %	No procede

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

Plan de actuación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabilización de la situación clínica: Reposo, mantener al paciente sentado o tumbado con elevación del torso y la cabeza 45°. Garantizar la permeabilidad de la vía aérea. Oxigenoterapia, si procede, y dependiendo de la saturación de O₂ y de las posibles causas. Monitorización de constantes: TA, FC, FR y SatO₂. Vía venosa y fluidoterapia, si procede. ▪ Tratamiento específico: según la afectación, tras la valoración médica. ▪ Consideraciones especiales: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Si clínica compatible con sospecha COVID, actuar según protocolo sospecha COVID vigente. ▫ En el caso de disnea secundaria a crisis de ansiedad aplicar el protocolo correspondiente. ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Citar con el médico de familia en las 48-72 horas siguientes para revisión. ▫ En pacientes con episodios de disnea, sin un diagnóstico identificado, citar para realizar una espirometría. ▫ En pacientes fumadores, dar consejo breve y citar para posible intervención. ▫ En casos de medicación inhalada, prescribir cámara de inhalación. ▫ Revisar técnica de inhalación en todos los casos.⁷ ▫ Citar con enfermería en menos de dos semanas para revisar técnica de inhalación y plan de actuación. ▫ En enfermos respiratorios, establecer un plan de actuación por escrito.

Cefalea

Definición / Motivo de la consulta



La cefalea consiste en el dolor o en la molestia localizada en cualquier parte de la cabeza. El 90 % de las cefaleas son primarias, sin sustrato anatómico aparente que las justifique y, su diagnóstico es fundamentalmente clínico.¹²

Anamnesis



1) Antecedentes personales y familiares:

- Antecedentes familiares de cefaleas.
- Edad y sexo. Es importante porque las cefaleas primarias son más frecuentes en las mujeres, la migraña suele empezar en la juventud y, la cefalea tensional es más típica de la edad adulta. En pacientes mayores de 50 años, puede estar relacionada con procesos más graves.¹
- Embarazo.
- Enfermedad previa (HTA, diabetes...).
- Hábitos tóxicos: alcoholismo, drogas.
- Fármacos y alergias. Respuesta a tratamientos anteriores.

2) Características de la cefalea:

- Factores precipitantes: estrés, alcohol, menstruación, traumatismo...
- Tipo: pulsátil, lancinante, opresiva...
- Localización del dolor (frontal, hemicraneal, afectación del ojo...) e irradiación.
- Perfil evolutivo: instauración brusca o progresiva, duración del episodio (horas, días...), frecuencia, intensidad (se puede utilizar la escala EVA).

3) Signos y síntomas acompañantes:

- Migraña³: fotofobia, fonofobia, náuseas, vómitos, focalidad neurológica transitoria (< 60').
- Cefalea tensional:⁴ ansiedad, cansancio...
- Cefalea arracimada:⁵ lagrimeo, miosis, ptosis, inyección conjuntival, sudoración, rinorrea, inquietud...
- Proceso infeccioso (meningitis): fiebre, vómitos...
- Lesiones intracraneales: vómitos, diplopía, alteraciones del nivel de conciencia, convulsiones...
- Glaucoma: dolor ocular, ojo rojo, lagrimeo...

PI18 - Cefalea

Valoración



- 1) Estado general.
- 2) Constantes: TA, FC, FR, temperatura corporal. Glucemia, si procede.
- 3) Valoración neurológica: nivel de conciencia, alteraciones del lenguaje, signos de irritación meníngea, coordinación y marcha.

Diagnóstico



CIE-9 784.0 «Cefalea»
NANDA 00132 «Dolor agudo»
00133 «Dolor crónico»
(Escoger el más adecuado según la clínica)

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Afectación del estado general: fiebre, náuseas o vómitos.
- Afectación neurológica o psiquiátrica relevante.
- TA \geq 180-120 mmHg (véase el protocolo gestión de la demanda «Crisis HTA»).
- Cefalea intensa de inicio repentino o de características atípicas.
- Cefalea moderada o grave.
- Sospecha de cefalea migrañosa.
- Pacientes con tratamiento anticoagulante, inmunodeprimidos u oncológicos.
- No respuesta a tratamiento anterior.

Intervenciones

- Tratamiento de la cefalea leve: paracetamol 500 mg/8 horas o ibuprofeno 400 mg/8 horas (ajustar según la afectación).

Recomendaciones

- Evitar factores desencadenantes/agravantes.
- Consejos de higiene ambiental:² bullicio, iluminación (en el caso de migraña reposo en habitación oscura y en silencio).
- La relajación y los ejercicios de la musculatura del cuello pueden ser útiles.²
- Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta.
- Contactar con el profesional de referencia. Considerar tratamiento profiláctico en caso de crisis recurrente.

Bibliografía



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 julio 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 J.C. Cefalea tensional. Fistera 2017.
5. Louro A, Cuesta C. Cefalea en racimos. Fistera 2017.



Cefalea	La cefalea consiste en el dolor o en la molestia localizada en cualquier parte de la cabeza. El 90 % de las cefaleas son primarias, sin sustrato anatómico aparente que las justifique y, su diagnóstico es fundamentalmente clínico.	
Anamnesis	Valoración	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales y familiares: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antecedentes familiares de cefaleas, edad y sexo, embarazo, enfermedad previa (HTA, diabetes...), hábitos tóxicos, fármacos y alergias. Respuesta a tratamientos anteriores. ▪ Características de la cefalea: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes: estrés, alcohol, menstruación, traumatismo... ▫ Tipo: pulsátil, lancinante, opresiva... ▫ Localización del dolor (frontal, hemicraneal, afecta el ojo...) e irradiación. ▫ Perfil evolutivo: instauración brusca o progresiva, duración del episodio, frecuencia, intensidad. ▪ Signos y síntomas acompañantes: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Migraña: fotofobia, fonofobia, náuseas, vómitos, focalitat neurológica transitoria (< 60'). ▫ Cefalea tensional: ansiedad, cansancio... ▫ Cefalea arracimada: lagrimeo, miosis, ptosis, inyección conjuntival, sudoración, rinorrea, inquietud... ▫ Proceso infeccioso (meningitis): fiebre, vómitos... ▫ Lesiones intracraneales: vómitos, diplopía, alteraciones del nivel de conciencia, convulsiones... ▫ Glaucoma. dolor ocular, ojo rojo o lagrimeo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. ▪ Constantes: TA, FC, FR, temperatura corporal. Glucemia, si procede. ▪ Valoración neurológica: nivel de conciencia, alteraciones del lenguaje, signos de irritación meníngea, coordinación y marcha. 	
Diagnóstico CIE-9	NANDA	
784.0 «Cefalea»	00132 «Dolor agudo» 00133 «Dolor crónico» (Escoger el más adecuado según la clínica)	
Pla de actuació		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Afectación del estado general: fiebre, náuseas o vómitos. ▫ Afectación neurológica o psiquiátrica relevante. ▫ TA ≥ 180-120 mmHg (véase protocolo «Crisis HTA»). ▫ Cefalea intensa de inicio repentino o de características atípicas. ▫ Cefalea moderada o grave. ▫ Sospecha de cefalea migrañosa. ▫ Pacientes con tratamiento anticoagulante, inmunodeprimidos u oncológicos. ▫ No respuesta a tratamiento anterior. ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Cefalea leve: paracetamol 500 mg/8 horas o ibuprofeno 400 mg/8 horas (según afectación). ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Evitar factores desencadenantes/agravantes. ▫ Consejos de higiene ambiental. ▫ Relajación y ejercicios de la musculatura del cuello. ▫ Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta. ▫ Contactar con el profesional de referencia. (Considerar el tratamiento profiláctico en caso de crisis recurrente). 		

Crisis de ansiedad

Definición / Motivo de la consulta



La crisis de ansiedad, también llamada *crisis de angustia* o *ataque de pánico*, se caracteriza por la aparición repentina de síntomas de miedo o de malestar intenso que llega al nivel máximo en pocos minutos y va acompañada de síntomas físicos y/o cognitivos. La crisis de ansiedad puede ser esperada, en respuesta a objetos y a situaciones típicamente temidas o inesperadas, sin razón aparente (DSM-5).¹

Cuando la crisis de ansiedad se produce de forma recurrente y hay miedo constante a sufrir otro ataque se define como *trastorno de pánico*.

Anamnesis



Hay que hacerla cuando el paciente esté tranquilo y, si se estima oportuno, contrastar la información con un familiar o una persona acompañante.

1) Antecedentes personales y familiares:

- Edad.
- Enfermedad previa: ^{2,3} diagnósticos de salud mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, fobias...) y otras enfermedades que pueden causar síntomas similares a los que se describen en una crisis de ansiedad (hipertiroidismo, feocromocitoma...).
- Factores de riesgo cardiovascular.
- Fármacos habituales y de prescripción reciente² que pueden relacionarse con el aumento de la ansiedad y repercutir en insomnio (broncodilatadores, anticonceptivos, antiparquinsonianos, insulina, fármacos digitales, antidepresivos inhibidores de la serotonina, algunos antibióticos) y alergias.
- Hábitos tóxicos.² Descartar el abuso de drogas estimulantes o alucinógenas o la abstinencia de ansiolíticos y/o alcohol.

2) Características de la crisis de ansiedad:

- Valorar posibles desencadenantes, por ejemplo una situación de violencia.
- Preguntar por otros episodios similares (duración, resolución, tratamiento).
- Tiempo de evolución.

3) Signos y síntomas acompañantes:

- Manifestaciones psicológicas:² miedo a perder el control, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de un mismo), miedo a morir.
- Manifestaciones físicas:⁴ elevación de la TA, disnea, palpitaciones, sudoración, temblores, dolores, tensión muscular, hormigueo, mareo, trastornos gastrointestinales...

PI19 – Crisis de ansiedad

Valoración



- 1) Estado general.
- 2) Valorar TA, FC, FR, SatO₂, tipo de respiración, glucemia (hipoglucemia), signos de tetania.
- 3) Valorar dolor torácico. Si dolor precordial opresivo, hacer un ECG.
- 4) Valorar el riesgo de suicidio (*)⁵.

(*) El riesgo de suicidio no es muy elevado en los trastornos de ansiedad, pero se ve muy incrementado si estos trastornos coexisten con problemas de salud mental, como trastornos de la personalidad, trastornos del humor o trastornos por abuso de sustancias tóxicas. Hacer la valoración sólo si hay otros indicadores de riesgo de suicidio como: manifestaciones verbales durante la crisis («no quiero vivir», «no puedo más») o manifestaciones conductuales de autolisis. Si no se puede hacer en el mismo momento, hay que citar al paciente para el día siguiente con el profesional de referencia.

Diagnóstico



CIE-9 300.0 «Estados de ansiedad»
 300.0.0 «Estado de ansiedad no especificado»
 300.0.1 «Trastorno de pánico»
NANDA 00146 «Ansiedad»
Elegir el más adecuado según la clínica.

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Afectación del estado general.
- Episodio que no remite con medidas de relajación, conductuales y de apoyo.
- Secundaria a fármacos o a consumo de sustancias tóxicas.
- Dolor torácico intenso o alteraciones en el ECG.
- Comorbilidad psiquiátrica u orgánica.
- Riesgo de suicidio y/o ideas autolíticas estructuradas.
- Valorar hacer un «Parte de lesiones».
- Presencia de signos o síntomas de cualquier tipo de violencia (hay que activar el protocolo adecuado y hacer el comunicado de lesiones pertinente).

Intervenciones

- Comprensión y escucha empática en un ambiente tranquilo.
- En caso de que se acompañe de un episodio de hiperventilación, hace falta tranquilizar al paciente y normalizarle la respiración. Para hacerlo hay que recomendar respirar con los labios fruncidos, como si tratara de apagar una vela o taparse la boca y una fosa nasal y respirar por la que queda destapada.⁴ Otra opción, es colocar una bolsa de papel o una mascarilla cerrada sobre la boca y la nariz durante unos minutos.
- Psicoterapia de apoyo ²⁶ (técnicas de relajación, ejercicios de respiración...).
- Si precisa tratamiento farmacológico contactar con el médico o la médica para valorar el tratamiento con alprazolam 0.5-1 mg vía oral o sublingual⁶ o diazepam 5mg sublingual.⁷



PI19 – Crisis de ansiedad

Recomendaciones


- Evitar situaciones desencadenantes o precipitantes.
- Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta o se repiten los episodios.
- Citar con el profesional de referencia para hacerle un seguimiento, especialmente en casos de enfermedad psiquiátrica subyacente o riesgo de suicidio.

Bibliografía



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 julio 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 julio 2022].

PI19 – Crisis de ansiedad

Crisis de ansiedad	<p>La crisis de ansiedad, también llamada <i>crisis de angustia</i> o <i>ataque de pánico</i>, se caracteriza por la aparición repentina de síntomas de miedo o de malestar intenso que llega al nivel máximo en pocos minutos, acompañado de síntomas físicos y/o cognitivos. La crisis de ansiedad puede ser esperada, en respuesta a objetos y situaciones típicamente temidas o inesperadas, sin razón aparente (DSM-5).¹</p>	
Anamnesis	Valoración	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales y familiares: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Edad. ▫ Enfermedad previa: diagnósticos de salud mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, fobias...) y otras enfermedades que pueden causar síntomas similares a los que se describen en una crisis de ansiedad (hipertiroidismo, feocromocitoma...). ▫ Factores de riesgo cardiovascular. ▫ Fármacos habituales y alergias. ▫ Fármacos de prescripción reciente que pueden repercutir en ansiedad, insomnio... ▫ Hábitos tóxicos (drogas, abstinencia de ansiolíticos y/o alcohol). ▪ Características de la crisis de ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Valorar posibles desencadenantes, por ejemplo una situación de violencia. ▫ Preguntar por otros episodios similares. ▫ Tiempo de evolución. ▪ Signos y síntomas acompañantes: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Manifestaciones psicológicas: miedo a perder el control, desrealización o despersonalización, miedo a morir. ▫ Manifestaciones físicas: elevación de la TA, disnea, palpitaciones... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. ▪ Valorar TA, FC, FR, SatO₂, tipo de respiración, glucemia (hipoglucemia), signos de tetania. ▪ Valorar dolor torácico. Si dolor precordial opresivo, hacer ECG. ▪ Valorar el riesgo de suicidio. 	
Diagnóstico CIE-9	NANDA	
300.0 «Estados de ansiedad» 300.0.0 «Estado de ansiedad no especificado» 300.0.1 «Trastorno de pánico» Elegir el más adecuado según la clínica.	00146 «Ansiedad»	
Plan de actuación		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Afectación del estado general. ▫ Episodio que no remite con medidas de relajación, conductuales y de apoyo. ▫ Secundaria a fármacos o a consumo de sustancias tóxicas. ▫ Dolor torácico intenso o alteraciones en el ECG. ▫ Comorbilidad psiquiátrica u orgánica. ▫ Riesgo de suicidio y/o ideas autolíticas estructuradas. ▫ Valorar hacer un «Parte de lesiones». ▫ Presencia de signos o de síntomas de cualquier tipo de violencia (hay que activar el protocolo adecuado y hacer el comunicado de lesiones pertinente). ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Comprensión y escucha empática en un ambiente tranquilo. ▫ En caso de hiperventilación, tranquilizar al paciente. Recomendar respirar con los labios fruncidos, como si tratara de apagar una vela o taparse la boca y una fosa nasal y respirar por la que queda destapada. Otra opción, es colocar una bolsa de papel o una mascarilla cerrada sobre la boca y la nariz durante unos minutos. ▫ Psicoterapia de apoyo (técnicas de relajación...). ▫ Si precisa tratamiento farmacológico contactar con el médico o la médica para valorar el tratamiento con diazepam 5 mg sublingual o alprazolam 0.5-1 mg vía oral o sublingual. ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Evitar situaciones desencadenantes o precipitantes. ▫ Consultar de nuevo si aparecen de signos de alerta. ▫ Citar con el profesional de referencia para seguimiento (patología psiquiátrica subyacente o riesgo de suicidio). 		

Mareo

Definición / Motivo de la consulta



El término *mareo* se refiere a una sensación subjetiva e inespecífica que comprende un conjunto de situaciones que tienen en común una alteración del equilibrio o de la conciencia, y que resultan especialmente desagradables para la persona que los sufre.

Los motivos de consulta pueden ser, entre otros:^{1,2,3}

- Inestabilidad: dificultad para mantener la postura o el equilibrio, cosa que provoca que el paciente necesite puntos de apoyo.
- Vértigo: sensación subjetiva de rotación o de desplazamiento del entorno, o del propio cuerpo respecto al entorno (ilusión de movimiento).
- Desequilibrio: pérdida del punto de gravedad del cuerpo.
- Desfalecimiento, presíncope o prelipotimia: sensación inminente de pérdida de la conciencia.
- Debilidad: pérdida de la fuerza muscular.

Es importante distinguir entre un mareo y un mareo con afectación neurológica o cardíaca que requiere una atención inmediata.

Anamnesis



- 1) Antecedentes personales y familiares:
 - Edad y sexo. Prevalencia elevada en las personas mayores (hasta un 38 %) y ,además, se asocia al riesgo de caídas, discapacidad funcional, institucionalización e incluso la muerte.²
 - Embarazo.
 - Hábitos tóxicos: alcoholismo, drogas.
 - Fármacos habituales y de prescripción reciente (hipotensores, opioides, ansiolíticos...). Productos de herbolario.
 - Enfermedad previa⁴ (HTA, DM, anemia, traumatismo previo, episodios anteriores de mareos...).
- 2) Características del mareo:
 - Inicio: la actividad que estaba haciendo el paciente en el momento de producirse.
 - Intensidad y duración. Evolución del episodio.
 - Factores desencadenantes o que lo modifican:²
 - Cambios de la posición corporal.
 - Actividad física.
 - Influencia de la oscuridad o de la oclusión ocular.
- 3) Signos y síntomas acompañantes:
 - Hipoacusia, acufenos...
 - Síntomas neuropsiquiátricos: ansiedad, depresión, diplopía, hipoestèsia, pérdidas visuales, disartria, ataxia.
 - Síntomas cardiorrespiratorios.
 - Otros: vómitos, deshidratación, hemorragia...

Valoración



- 1) Constantes y parámetros: TA (en ambos brazos, valorar cambios de la presión arterial con el ortostatismo) y FC. Si precisa, FR, SatO₂, temperatura corporal (la fiebre se puede expresar como mareo), glucemia y tira de orina.
- 2) Si síntomas cardíacos o sin causa clara, hacer ECG.³
- 3) Estado de la piel y de las mucosas (si palidez).
- 4) Otoscopia bilateral: descartar la presencia de tapones de cerumen, cuerpos extraños, enfermedad del oído mediano...
- 5) Valorar zona cervical: contracturas, puntos dolorosos...
- 6) Valorar la estabilidad y la marcha.

Diagnóstico



CIE-9 780.4 «Vértigo y mareos»
NANDA 00155 «Riesgo de caída»
(Elegir el más adecuado según la clínica)

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Afectación del estado general. Fiebre.
- Afectación neurológica: síncope/vértigo recidivante, recurrente y/o crónico, alteración del nivel de conciencia, disartria, sospecha de ictus, cefalea...
- Sintomatología intensa de mareo, otalgia, vómitos frecuentes...
- Alteración de la ECG (isquemia, bloqueo AVV completo, taquiarritmias, QT alargado...).
- Sospecha de mareo secundario a fármacos.

Intervenciones

Según la orientación diagnóstica:

- Ortostatismo: evitar aquellas situaciones, movimientos o posturas que han provocado crisis con anterioridad.
- Psicógeno: ansiedad, agorafobia. Protocolo gestión enfermera de la demanda «Crisis de ansiedad».
- Hipoglucemia leve: protocolo gestión enfermera de la demanda «Hipoglucemia».
- Tapón de cerumen: protocolo gestión enfermera de la demanda «Tapo de cerumen».

Recomendaciones

- Evitar situaciones y factores desencadenantes (movimientos bruscos, comidas copiosas, estímulos visuales...).
- Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta.
- Contactar con el profesional de referencia.

Bibliografía



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 julio 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. Mareo. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut. 2018.



Mareo	<p>El término <i>mareo</i> se refiere a una sensación subjetiva e inespecífica que comprende un conjunto de situaciones que tienen en común una alteración del equilibrio o de la conciencia, y que resultan especialmente desagradables para la persona que los sufre. Es importante distinguir entre un mareo y un mareo con afectación neurológica o cardíaca que requiere una atención inmediata.</p>	
Anamnesis	Valoración	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales y familiares: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Edad y sexo, embarazo, hábitos tóxicos, fármacos habituales y de prescripción reciente, productos de herbolario, enfermedad previa (HTA, DM, anemia, traumatismo previo, episodios anteriores de mareos...). ▪ Características del mareo: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Inicio. ▫ Intensidad y duración. Evolución del episodio. ▫ Factores desencadenantes o que lo modifican: <ul style="list-style-type: none"> - Cambios de la posición corporal - Actividad física. - Influencia de la oscuridad o de la oclusión ocular. ▪ Signos y síntomas acompañantes: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hipoacusia, acúfenos... ▫ Síntomas neuropsiquiátricos: ansiedad, depresión, diplopía, hipoestèsia, pérdidas visuales, disartria, ataxia. ▫ Síntomas cardiorrespiratorios. ▫ Otros: vómitos, deshidratación, hemorragia... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constantes y parámetros: TA (en ambos brazos, valorar cambios de la presión arterial con el ortostatismo) y FC. Si precisa, FR, SatO₂, temperatura corporal (la fiebre se puede expresar como mareo), glucemia y tira de orina. ▪ Si síntomas cardíacos o sin causa clara, hacer ECG. ▪ Estado de la piel y las mucosas (si palidez). ▪ Otoscopia bilateral: descartar la presencia de tapones de cerumen, cuerpos extraños, enfermedad del oído mediano... ▪ Valorar zona cervical: contracturas, puntos dolorosos... ▪ Valorar la estabilidad y la marcha. 	
Diagnóstico CIE-9	NANDA	
780.4 «Vértigo y mareos»	00155 «Riesgo de caída» (Elegir el más adecuado según la clínica)	
Plan de actuación		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Afectación del estado general. Fiebre. ▫ Afectación neurológica: síncope/vértigo recidivante, recurrente y/o crónico, alteración del nivel de conciencia, disartria, sospecha de ictus, cefalea... ▫ Sintomatología intensa de mareo, otalgia, vómitos frecuentes... ▫ Alteración de la ECG (isquemia, bloqueo AVV completo, taquiarritmias, QT alargado...) ▫ Sospecha mareo secundario a fármacos. ▪ Intervenciones según la orientación diagnóstica: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ortostatismo: evitar aquellas situaciones, movimientos o posturas que han provocado crisis con anterioridad. ▫ Psicógeno: ansiedad, agorafobia. Protocolo gestión enfermera de la demanda «Crisis de ansiedad». ▫ Hipoglucemia leve: protocolo gestión enfermera de la demanda «Hipoglucemia». ▫ Tapón de cerumen: protocolo gestión enfermera de la demanda «Tapón de cerumen». ▪ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Evitar situaciones y factores desencadenantes (evitar movimientos bruscos, comidas copiosas, estímulos visuales...). ▫ Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta. ▫ Contactar con el profesional de referencia. 		

Síndrome miccional

Definición / Motivo de la consulta



El síndrome miccional es un conjunto de síntomas que afectan al aparato urinario y que se puede manifestar, entre otros, con polaquiuria, disuria, tenesmo vesical, urgencia miccional... Son síntomas muy inespecíficos, algunos de ellos se pueden resolver de manera sencilla y otros, están relacionados con procesos nefrourológicos que requieren un estudio específico más complejo (pielonefritis...).

Anamnesis



1) Antecedentes personales:

- Edad y sexo.
- Embarazo.
- Enfermedad previa (diabetes, neoplasia activa, inmunosupresión...), enfermedades nefrourológicas (pielonefritis, incontinencia...) e intervenciones quirúrgicas del área nefrourológica.
- Antecedentes de infecciones urinarias anteriores y respuesta al tratamiento.^(*)
- Uso de fármacos y alergias.

2) Características del síndrome miccional:

- Factores precipitantes o favorecedores: ¹ retención de orina, cambio de sonda vesical, coito...
- Inicio y evolución de los síntomas (intensidad, duración, frecuencia).
- Confirmar si el paciente ha iniciado algún tratamiento farmacológico (antibiótico).
- Características de la orina: piuria, hematuria,...

3) Signos y síntomas acompañantes:

- Dolor lumbar y/o que irradia a la zona renal o uretral.
- Anuria.
- Globo vesical.
- Hematuria.
- Náuseas y/o vómitos.
- Fiebre.
- Aumento del flujo vaginal...

(*) Hay que distinguir entre recidiva y reinfección. Las recidivas se suelen presentar en las dos primeras semanas después de la «curación», debido a la cepa original. Las reinfecciones son nuevas infecciones originadas por cepas diferentes y se suelen producir más tarde (más de dos semanas, después de la infección inicial).

PI21 – Síndrome miccional

Valoración



- 1) Estado general.
- 2) Constantes vitales: temperatura corporal y TA. El resto de las constantes hay que valorarlas si hay afectación del estado general.
- 3) Dolor: escala visual analógica del dolor (EVA).
- 4) Hacer una tira reactiva de orina.^(*)
- 5) Exploración física: puño percusión lumbar (PPL).

(*) La proteinuria no aporta nada en el diagnóstico de una infección urinaria. La hematuria sola, descarta la infección urinaria. La leucocituria sola y escasa, es dudosa de ITU (infección tracto urinario), y con la presencia de leucorrea, disminuye notablemente la probabilidad de infección urinaria. Siempre que hay nitrituria es sugestiva de infección urinaria.

Diagnóstico



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

Se pueden tener en cuenta otros diagnósticos si se consideran más adecuados a la clínica que presenta el paciente.

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o la médica sí:

- Afectación del estado general. Fiebre.
- Embarazo. Lactancia.
- Manipulación urológica reciente.
- Síndrome miccional recurrente (< 3 al año o 2 en 6 meses) o si no responde al tratamiento.
- Proceso nefrourológico subyacente (retención aguda de orina, anomalías de las vías urinarias, antecedentes de pielonefritis el último año...), intervención de las vías urinarias.
- Presencia de los síntomas siguientes: PPL positiva, dolor zona lumbar y/o fosa ilíaca, hematuria franca, leucorrea.
- Presencia de secreción, mal olor y/o prurito vaginal.
- Dolor (EVA >7).
- Paciente con tira de orina positiva, excepto si se trata de una mujer no embarazada (véase el apartado «Intervenciones»).

PI21 – Síndrome miccional

Intervenciones

- En el supuesto de que se trate de una persona con PPL negativa y tira reactiva negativa explicarle cuáles son las recomendaciones.
- En el supuesto de que se trate de una mujer no embarazada con PPL negativa y tira reactiva compatible con infección del tracto urinario (véase la nota en la «Valoración») contactar con el médico o la médica para valorar el tratamiento con fosfomicina 3 mg,^{1,3,4} una única dosis en adultos y adolescentes a partir de los doce años.
- Si requiere analgesia (EVA <7): paracetamol 500 mg/8 horas o ibuprofeno 400 mg/8 horas (según la afectación).

Recomendaciones

- Generales.^{2,4}
 - Vaciar la vejiga cada 2-3 horas. Evitar retener la orina.
 - Higiene perianal. Secarse de delante hacia atrás. Higiene íntima con jabón de pH neutro.
 - Micción antes y después del coito. Si la paciente emplea diafragma con espermicida, cambiarlo por otro método anticonceptivo.
 - Ropa interior de algodón.
 - Asegurar la hidratación correcta diaria. Beber agua en abundancia.
 - Aplicar calor local al hipocondrio.
 - Completar el tratamiento, a pesar de no presentar síntomas.
- Si requiere un cultivo después del tratamiento, hay que explicarle cómo se recoge la muestra (entrega del folleto explicativo accesible en e-SIAP).
- Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta: fiebre, hematuria franca, dolor lumbar, anuria...
- Contactar con el profesional de referencia.

Bibliografía



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/guidelines/urological-infections/ [consulta: 15 julio 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 [consulta: 15 julio 2022].

PI21 – Síndrome miccional



Síndrome miccional

El síndrome miccional es un conjunto de síntomas que afectan al aparato urinario y que se puede manifestar, entre otros, con polaquiuria, disuria, tenesmo vesical, urgencia miccional...
Son síntomas muy inespecíficos, algunos de ellos se pueden resolver de manera sencilla y otros, están relacionados con procesos nefrourológicos que requieren un estudio específico más complejo (pielonefritis...).

Anamnesis

- Antecedentes personales: edad y sexo, embarazo. Enfermedad previa e intervenciones quirúrgicas del área nefrourológica. Antecedentes de infecciones urinarias y respuesta al tratamiento. Uso de fármacos y alergias.
- Características:
 - Factores precipitantes o favorecedores: retención de orina, cambio de la sonda vesical, coito...
 - Inicio y evolución de los síntomas.
 - Confirmar si ha iniciado algún tratamiento farmacológico (antibiótico).
 - Características de la orina: piuria, hematuria...
- Signos y síntomas acompañantes: dolor lumbar y/o irradiado a la zona renal o uretral...

Valoración

- Estado general.
- Constantes vitales: temperatura corporal y TA. El resto de las constantes hay que valorarlas si hay afectación del estado general.
- Dolor: escala visual analógica del dolor (EVA).
- Hacer tira reactiva de orina.
- Exploración física: puño percusión lumbar (PPL).

Diagnóstico CIE-9

788 «Síntomas que afectan al aparato urinario»
595 «Deterioro de la eliminación urinaria»

NANDA

00016 «Deterioro de la eliminación urinaria»

Se pueden tener en cuenta otros diagnósticos si se consideran más adecuados a la clínica que presenta el paciente.

Plan de actuación

- Actuación conjunta con el médico o la médica si:
 - Afectación del estado general. Fiebre.
 - Embarazo. Lactancia.
 - Manipulación urológica reciente.
 - Síndrome miccional recurrente o que no responde al tratamiento.
 - Proceso nefrourológico subyacente o intervención de las vías urinarias.
 - Presencia de los síntomas siguientes: PPL positiva, dolor zona lumbar y/o fosa ilíaca, hematuria franca, leucorrea.
 - Persona con tira de orina positiva, excepto si se trata de una mujer no embarazada (véase el apartado «Intervenciones»).
- Intervenciones:
 - En el supuesto de que se trate de una persona con PPL negativa y tira reactiva negativa hay que explicarle las recomendaciones.
 - En el supuesto de que se trate de una mujer no embarazada con PPL negativa y tira reactiva compatible con infección del tracto urinario (véase la nota en la «Valoración») contactar con el médico o la médica para valorar el tratamiento con fosfomicina 3 mg, única dosis en adultos y adolescentes a partir de los doce años.
 - Si requiere analgesia: paracetamol 500 mg/8 horas o ibuprofeno 400 mg/8 horas (según la afectación).
- Recomendaciones:
 - Generales: vaciar la vejiga cada 2-3 h. Evitar retener la orina. Higiene perianal. Micción antes y después del coito. Si la paciente utiliza diafragma con espermicida, cambiar por otro método. Ropa interior de algodón. Beber agua en abundancia. Aplicar calor local en el hipocondrio. Completar siempre el tratamiento.
 - Si requiere cultivo postratamiento (entregar el folleto explicativo de recogida de muestra, accesible en e-SIAP).
 - Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta: fiebre, hematuria franca, dolor lumbar, anuria...
 - Contactar con el profesional de referencia.

Hipoglucemia

Definición / Motivo de la consulta



La hipoglucemia es la disminución de las cifras de glucemia < 70 mg/dl¹. (En la Tabla 1 se muestra la clasificación en función de las cifras y de la gravedad).

Tabla 1. Clasificación de la hipoglucemia (*)

Glucemia	Clasificación en función de la gravedad
< 70 mg/dl	Hipoglucemia leve: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Síntomas neurogénicos (**) presentes. ▫ El paciente suele poder autotratarse.
	Hipoglucemia moderada: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Síntomas neurogénicos (**) y neuroglucopénicos. ▫ El paciente suele poder autotratarse.
< 54 mg/dl	Hipoglucemia severa: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Suele requerir ayuda externa para su recuperación.

Fuente: Modificado de la redGDPS (2018).²

(*) Clasificación en base a cifras de glucemia y a la capacidad del paciente de reconocer la situación y de resolver la hipoglucemia. Se debe tener en cuenta que los signos y los síntomas pueden estar ausentes hasta que los niveles de glucosa en plasma bajan de 50-55 mg/dl.^{3,4}

(**) Véase el apartado «Signos y síntomas asociados» (Anamnesis).

Anamnesis



Siempre que sea posible preguntar, además de al paciente, al acompañante y/o al familiar.

1) Antecedentes personales y familiares:

- Antecedentes familiares de diabetes.
- Edad.
- Embarazo.
- Enfermedades previas. Porque existe un riesgo mayor de hipoglucemia en pacientes con diabetes que asocian otras enfermedades, como: demencia, pluripatológicos, enfermedad renal crónica...
- Fármacos y alergias. Especialmente antidiabéticos (las sulfonilureas pueden producir hipoglucemias graves y prolongadas) y aquellos que pueden enmascarar las hipoglucemias (betabloqueantes).
- Limitaciones visuales o cognitivas (dosificación excesiva de insulina...)
- Hábitos tóxicos: alcohol y drogas.

2) Características de la hipoglucemia:

- Factores precipitantes: actividad física, ayuno, ingesta enólica, cambios o reajustes recientes en la dieta o en el tratamiento...
- Evolución: duración, intensidad...

PI22 - Hipoglucemia

3) Signos y síntomas asociados:

- Neurogénicos (autonómicos/adrenérgicos): sudoración, palpitaciones, palidez, temblor, hormigueo, ansiedad, hambre, náuseas, debilidad y sueño.
- Neuroglucopénicos (neurológicos): confusión, mareos, agresividad, visión borrosa, dolor de cabeza, disartria, falta de concentración, convulsiones y coma.

Valoración



- 1) Estado general.
- 2) Constantes (TA, FC, glucemia capilar). Temperatura corporal y ECG, si precisa.
- 3) Capacidad de la persona de reconocer los signos y los síntomas, y de resolver la hipoglucemia.
- 4) Afectación neurológica (grado de conciencia...).

Diagnostico



CIE-9 2512 «Hipoglucemia no especificada»
 NANDA 00179 «Riesgo de nivel de glucemia inestable»
 Elegir el que corresponda según la clínica.

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Hipoglucemia severa.
- Afectación del estado general: deterioro del nivel de conciencia, fiebre...
- Alteración del ECG.
- Paciente con hipoglucemia no diagnosticada de diabetes.

Intervenciones

- Hipoglucemia leve o moderada, que tolera la vía oral:²
 - 1) Administrar 15-20 g de hidratos de carbono (HC) de absorción rápida (véase la Tabla 2). La actuación varía en determinados casos (véase la Tabla 3).

Tabla 2. Alimentos que contienen 15-20 gramos de HC de absorción rápida⁶

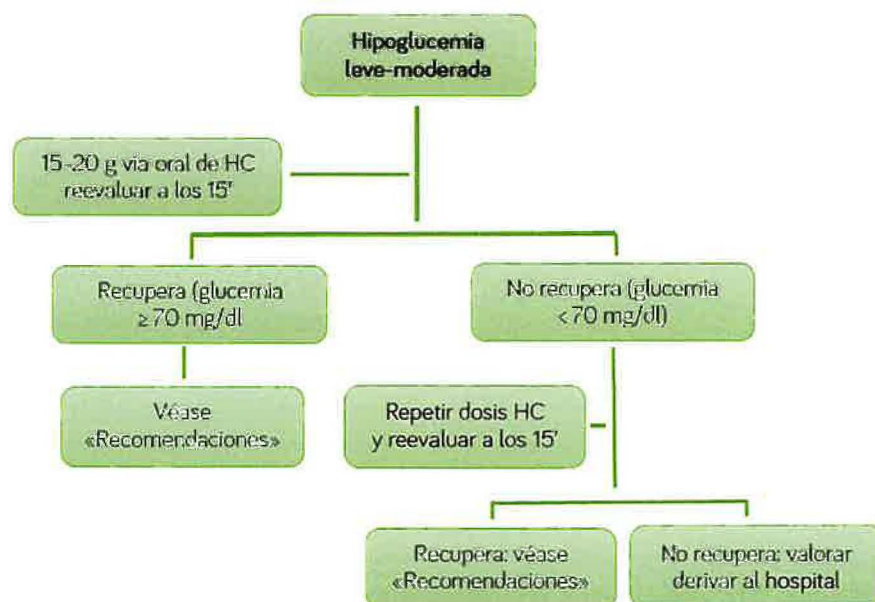
Alimentos	g HC
2 sobres de azúcar	15-20g
150 ml de bebida refrescante (cola, naranja o tónica)	15 g
200 ml de bebida refrescante (cola, naranja o tónica)	20 g
200 ml de zumo de fruta (comercial)	20 g
250 ml de bebida isotónica	20 g
3-4 caramelos	10 g
1 gelatina de frutas con azúcar	10 g

PI22 - Hipoglucemia

2) Reevaluar la glucemia en 15 minutos:

- Si el nivel de glucemia es inferior a 70 mg/dl: administrar nueva dosis de 15-20 g de HC de absorción rápida. Reevaluar de nuevo a los 10-20 min:
 - Si recupera, véase el apartado «Recomendaciones».
 - Si no recupera, valorar conjuntamente con el médico o la médica la derivación al hospital.
- Si el nivel de glucemia ya es mayor o igual a 70 mg/dl véase el apartado «Recomendaciones».

Gráfico del plan de actuación en hipoglucemia leve-moderada



- Hipoglucemia severa: bajo nivel de conciencia o de intolerancia a la vía oral, se trata de una urgencia médica que requiere intervención inmediata y valoración conjunta:²
 - Glucosa hipertónica intravenosa al 50 % (Glucosmon®20 cc).
 - Si no se consigue acceso venoso: 1 mg de Glucagon® intramuscular o subcutáneo.
 - Valoración del médico o la médica de la actuación a seguir, considerando su tratamiento antidiabético habitual (sulfonilureas o insulina).
 - La actuación varía en casos determinados (véase la Tabla 3).

PI22 - Hipoglucèmia

Tabla 3. Casos especiales

<i>Paciente/Situación</i>	<i>Plan de actuación</i>
Hepatopatía avanzada o consumo de alcohol (especialmente en alcoholismo crónico).	No responde al glucagón debido a que el alcohol inhibe la neoglucogénesis hepática (*): administrar glucosa hipertónica intravenosa al 50 %. (*): Ficha técnica: cima.aemps.es/cima/publico/home.html
En tratamiento con inhibidor de la alfa-glucosidasa: acarbosa, Glucobay® y Glumida®.	Debe tratarse con glucosa oral, el azúcar común tardará en resolver la hipoglucèmia porque la acarbosa retrasa su absorción. (*): Ficha técnica: cima.aemps.es/cima/publico/home.html
Portador de bomba de infusión continua subcutánea de insulina.	Realizar las mismas actuaciones descritas para pacientes no portadores de bomba, además de parar la bomba (ponerla en STOP o retirar el catéter de la piel): ⁶ <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hipoglucèmia leve: debe pararse la bomba durante 15-30 minutos hasta comprobar que se ha recuperado de la hipoglucèmia. ▫ Hipoglucèmia moderada: parar la bomba durante unos 30 minutos, hasta que la hipoglucèmia revierta. ▫ Hipoglucèmia grave: parar la bomba hasta que la hipoglucèmia revierta totalmente.

Recomendaciones


- Informar a la persona y/o al acompañante, que debe tomar suplemento de hidratos de absorción lenta, si falta más de una hora para la comida siguiente.
- Indicar a la persona y/o acompañante la necesidad de medir la glucemia capilar cada 6-8 h durante 24 horas. En caso de estar en tratamiento con hipoglucèmiantes orales, sobre todo sulfonilureas, es importante el control de la glucemia hasta las 48 horas posteriores (por riesgo de recidiva debida a la posible permanencia de metabolitos activos del fármaco).
- Realizar un recordatorio de aspectos educativos básicos para evitar hipoglucèmias (corregir errores en relación a los hábitos: aporte de hidratos, horarios de ingesta, toma de la medicación...).
- Reforzar la educación terapéutica, si es necesario durante otras consultas de seguimiento. Considerar la indicación de un kit de glucagón, en dicho caso, confirmar que tanto el paciente como las personas que conviven con él conocen el manejo correcto del kit.
- Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta.
- Contactar con el profesional de referencia.

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 [consulta: 18 julio 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=simsearch2&from_filter=ds1.y_1&from_pos=5 [consulta: 18 julio 2022].
4. Clayton D, Woo V, Yale JF. Canadian Diabetes Association 2013. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada: Hipoglycemia. *Can J Diabetes* 2013; 37: S69-S71
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24070966/ [consulta: 18 julio 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 [consulta: 18 julio 2022].

PI22 - Hipoglucemia

Hipoglucemia	<p>La hipoglucemia es la disminución de las cifras de glucemia < 70 mg/dl'. En la Tabla 1 de la página 1 se muestra la clasificación en función de las cifras y de la gravedad.</p>	
Anamnesis	Valoración	
<p>Siempre que sea posible preguntar, además de al paciente, al acompañante i/o familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antecedentes personales y familiares de diabetes, edad, embarazo, fármacos y alergias. Especialmente antidiabéticos y aquellos que puedan enmascarar las hipoglucemias (betabloqueantes), limitaciones visuales o cognitivas y hábitos tóxicos: alcohol y drogas. ▫ Características de la hipoglucemia: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes: actividad física, ayuno, cambios o reajustes recientes en la dieta... ▫ Evolución: duración, intensidad... ▫ Signes i síntomas asociados: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Neurogénicos (autonómicos /adrenérgicos): sudoración, palpitaciones, palidez, temblor... ▫ Neuroglucopénicos (neurológicos): confusión, mareos, agresividad, visión borrosa... 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Estado general. ▫ Constantes (TA, FC, glucemia capilar). Temperatura corporal y ECG, si precisa. ▫ Capacidad de la persona de reconocer los signos y los síntomas asociados a la hipoglucemia y de autotratarse. ▫ Afectación neurológica (grado de conciencia...). 	
Diagnóstico CIE-9	NANDA	
251.2 «Hipoglucemia no especificada»	00179 «Riesgo de nivel de glucemia inestable» Elegir el que corresponda según la clínica	
Plan de actuación		
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hipoglucemia severa. ▫ Afectación del estado general: deterioro del nivel de conciencia, fiebre... ▫ Alteración del ECG. ▫ Paciente con hipoglucemia no diagnosticada de diabetes. ▫ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hipoglucemia leve o moderada, que tolera la vía oral: (véase el Gráfico de la página 3). ▫ Hipoglucemia severa, bajo nivel de conciencia o intolerancia a la vía oral, valoración conjunta con el médico o la médica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Glucosa hipertónica intravenosa al 50 % (Glucosmon®20 cc). ○ Si no se consigue el acceso venoso: 1 mg de Glucagon® intramuscular o subcutáneo. ▫ Valorar con el médico o la médica según el tratamiento antidiabético habitual. ▫ La actuación varía en determinados casos: (véase los Casos especiales de la página 4). ▫ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Tomar suplemento de hidratos de absorción lenta, si falta más de una hora para la comida siguiente. ▫ Medir la glucemia capilar cada 6-8 h durante 24 horas, si tratamiento con hipoglucemiantes orales hasta las 48 horas posteriores. ▫ Recordatorio de aspectos educativos básicos para evitar hipoglucemias (horarios de ingesta, toma de la medicación...). ▫ Considerar la indicación de un kit de glucagón, en dicho caso, confirmar que tanto el paciente como las personas que conviven con él conocen el manejo correcto del kit. ▫ Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta. ▫ Contactar con el profesional de referencia. (Reforzar la educación terapéutica). 		

Hipoglucemia

Definición / Motivo de la consulta



La hipoglucemia es la disminución de las cifras de glucemia < 70 mg/dl¹. (En la Tabla 1 se muestra la clasificación en función de las cifras y de la gravedad).

Tabla 1. Clasificación de la hipoglucemia (*)

Glucemia	Clasificación en función de la gravedad
< 70 mg/dl	Hipoglucemia leve: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Síntomas neurogénicos (**) presentes. ▫ El paciente suele poder autotratarse.
	Hipoglucemia moderada: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Síntomas neurogénicos (**) y neuroglucopénicos. ▫ El paciente suele poder autotratarse.
< 54 mg/dl	Hipoglucemia severa: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Suele requerir ayuda externa para su recuperación.

Fuente: Modificado de la redGDPS (2018).⁴

(*) Clasificación en base a cifras de glucemia y a la capacidad del paciente de reconocer la situación y de resolver la hipoglucemia. Se debe tener en cuenta que los signos y los síntomas pueden estar ausentes hasta que los niveles de glucosa en plasma bajan de 50-55 mg/dl.^{3,4}

(**) Véase el apartado «Signos y síntomas asociados» (Anamnesis).

Anamnesis



Siempre que sea posible preguntar, además de al paciente, al acompañante y/o al familiar.

1) Antecedentes personales y familiares:

- Antecedentes familiares de diabetes.
- Edad.
- Embarazo.
- Enfermedades previas. Porque existe un riesgo mayor de hipoglucemia en pacientes con diabetes que asocian otras enfermedades, como: demencia, pluripatológicos, enfermedad renal crónica...
- Fármacos y alergias. Especialmente antidiabéticos (las sulfonilureas pueden producir hipoglucemias graves y prolongadas) y aquellos que pueden enmascarar las hipoglucemias (betabloqueantes).
- Limitaciones visuales o cognitivas (dosificación excesiva de insulina...)
- Hábitos tóxicos: alcohol y drogas.

2) Características de la hipoglucemia:

- Factores precipitantes: actividad física, ayuno, ingesta enólica, cambios o reajustes recientes en la dieta o en el tratamiento...
- Evolución: duración, intensidad...

PI22 - Hipoglucemia

3) Signos y síntomas asociados:

- Neurogénicos (autonómicos/adrenérgicos): sudoración, palpitaciones, palidez, temblor, hormigueo, ansiedad, hambre, náuseas, debilidad y sueño.
- Neuroglucopénicos (neurológicos): confusión, mareos, agresividad, visión borrosa, dolor de cabeza, disartria, falta de concentración, convulsiones y coma.

Valoración



- 1) Estado general.
- 2) Constantes (TA, FC, glucemia capilar). Temperatura corporal y ECG, si precisa.
- 3) Capacidad de la persona de reconocer los signos y los síntomas, y de resolver la hipoglucemia.
- 4) Afectación neurológica (grado de conciencia...).

Diagnostico



CIE-9 251.2 «Hipoglucemia no especificada»
 NANDA 00179 «Riesgo de nivel de glucemia inestable»
 Elegir el que corresponda según la clínica.

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Hipoglucemia severa.
- Afectación del estado general: deterioro del nivel de conciencia, fiebre...
- Alteración del ECG.
- Paciente con hipoglucemia no diagnosticada de diabetes.

Intervenciones

- Hipoglucemia leve o moderada, que tolera la vía oral:²
 - 1) Administrar 15-20 g de hidratos de carbono (HC) de absorción rápida (véase la Tabla 2). La actuación varía en determinados casos (véase la Tabla 3).

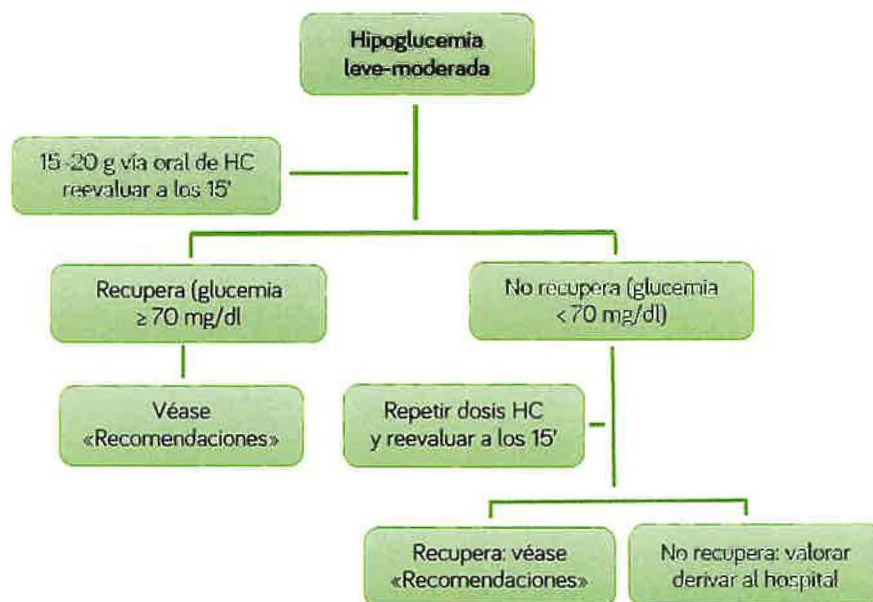
Tabla 2. Alimentos que contienen 15-20 gramos de HC de absorción rápida⁶

Alimentos	g HC
2 sobres de azúcar	15-20g
150 ml de bebida refrescante (cola, naranja o tónica)	15 g
200 ml de bebida refrescante (cola, naranja o tónica)	20 g
200 ml de zumo de fruta (comercial)	20 g
250 ml de bebida isotónica	20 g
3-4 caramelos	10 g
1 gelatina de frutas con azúcar	10 g

PI22 - Hipoglucemia

- 2) Reevaluar la glucemia en 15 minutos:
- Si el nivel de glucemia es inferior a 70 mg/dl: administrar nueva dosis de 15-20 g de HC de absorción rápida. Reevaluar de nuevo a los 10-20 min:
 - Si recupera, véase el apartado «Recomendaciones».
 - Si no recupera, valorar conjuntamente con el médico o la médica la derivación al hospital.
 - Si el nivel de glucemia ya es mayor o igual a 70 mg/dl véase el apartado «Recomendaciones».

Gráfico del plan de actuación en hipoglucemia leve-moderada



- Hipoglucemia severa: bajo nivel de conciencia o de intolerancia a la vía oral, se trata de una urgencia médica que requiere intervención inmediata y valoración conjunta:²
 - Glucosa hipertónica intravenosa al 50 % (Glucosmon®20 cc).
 - Si no se consigue acceso venoso: 1 mg de Glucagon® intramuscular o subcutáneo.
 - Valoración del médico o la médica de la actuación a seguir, considerando su tratamiento antidiabético habitual (sulfonilureas o insulina).
 - La actuación varía en casos determinados (véase la Tabla 3).

PI22 - Hipoglucemia

Tabla 3. Casos especiales

Paciente/Situación	Plan de actuación
Hepatopatía avanzada o consumo de alcohol (especialmente en alcoholismo crónico).	No responde al glucagón debido a que el alcohol inhibe la neoglucogenesis hepática (*): administrar glucosa hipertónica intravenosa al 50 %. (*): Ficha técnica: cima.aemps.es/cima/publico/home.html
En tratamiento con inhibidor de la alfa-glucosidasa: acarbosea, Glucobay® y Glumida®.	Debe tratarse con glucosa oral, el azúcar común tardará en resolver la hipoglucemia porque la acarbosea retrasa su absorción. (*): Ficha técnica: cima.aemps.es/cima/publico/home.html
Portador de bomba de infusión continua subcutánea de insulina.	Realizar las mismas actuaciones descritas para pacientes no portadores de bomba, además de parar la bomba (ponerla en STOP o retirar el catéter de la piel): ⁵ <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hipoglucemia leve: debe pararse la bomba durante 15-30 minutos hasta comprobar que se ha recuperado de la hipoglucemia. ▫ Hipoglucemia moderada: parar la bomba durante unos 30 minutos, hasta que la hipoglucemia revierta. ▫ Hipoglucemia grave: parar la bomba hasta que la hipoglucemia revierta totalmente.

Recomendaciones

- Informar a la persona y/o al acompañante, que debe tomar suplemento de hidratos de absorción lenta, si falta más de una hora para la comida siguiente.
- Indicar a la persona y/o acompañante la necesidad de medir la glucemia capilar cada 6-8 h durante 24 horas. En caso de estar en tratamiento con hipoglucemiantes orales, sobre todo sulfonilureas, es importante el control de la glucemia hasta las 48 horas posteriores (por riesgo de recidiva debida a la posible permanencia de metabolitos activos del fármaco).
- Realizar un recordatorio de aspectos educativos básicos para evitar hipoglucemias (corregir errores en relación a los hábitos: aporte de hidratos, horarios de ingesta, toma de la medicación...).
- Reforzar la educación terapéutica, si es necesario durante otras consultas de seguimiento. Considerar la indicación de un kit de glucagón, en dicho caso, confirmar que tanto el paciente como las personas que conviven con él conocen el manejo correcto del kit.
- Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta.
- Contactar con el profesional de referencia.

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 [consulta: 18 julio 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=simsearch2.ffrft&from_filter=ds1.y_1&from_pos=5 [consulta: 18 julio 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. *Can J Diabetes* 2013; 37: S69-S71. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24070966/ [consulta: 18 julio 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 [consulta: 18 julio 2022].

PI22 - Hipoglucemia



Hipoglucemia	La hipoglucemia es la disminución de las cifras de glucemia < 70 mg/dl'. En la Tabla 1 de la página 1 se muestra la clasificación en función de las cifras y de la gravedad.	
Anamnesis	Valoración	
<p>Siempre que sea posible preguntar, además de al paciente, al acompañante i/o familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antecedentes personales y familiares de diabetes, edad, embarazo, fármacos y alergias. Especialmente antidiabéticos y aquellos que puedan enmascarar las hipoglucemias (betabloqueantes), limitaciones visuales o cognitivas y hábitos tóxicos: alcohol y drogas. ▫ Características de la hipoglucemia: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes: actividad física, ayuno, cambios o reajustes recientes en la dieta... ▫ Evolución: duración, intensidad... ▫ Signes i síntomas asociados: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Neurogénicos (autonómicos /adrenérgicos): sudoración, palpitaciones, palidez, temblor... ▫ Neuroglucopénicos (neurológicos): confusión, mareos, agresividad, visión borrosa... 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Estado general. ▫ Constantes (TA, FC, glucemia capilar). Temperatura corporal y ECG, si precisa. ▫ Capacidad de la persona de reconocer los signos y los síntomas asociados a la hipoglucemia y de autotratarse. ▫ Afectación neurológica (grado de conciencia...). 	
Diagnóstico CIE-9	NANDA	
251.2 «Hipoglucemia no especificada»	00179 «Riesgo de nivel de glucemia inestable» Elegir el que corresponda según la clínica	
Plan de actuación		
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hipoglucemia severa. ▫ Afectación del estado general: deterioro del nivel de conciencia, fiebre... ▫ Alteración del ECG. ▫ Paciente con hipoglucemia no diagnosticada de diabetes. ▫ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hipoglucemia leve o moderada, que tolera la vía oral: (véase el Gráfico de la página 3). ▫ Hipoglucemia severa, bajo nivel de conciencia o intolerancia a la vía oral, valoración conjunta con el médico o la médica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Glucosa hipertónica intravenosa al 50 % (Glucosmon®20 cc). ○ Si no se consigue el acceso venoso: 1 mg de Glucagon® intramuscular o subcutáneo. ▫ Valorar con el médico o la médica según el tratamiento antidiabético habitual. ▫ La actuación varía en determinados casos: (véase los Casos especiales de la página 4). ▫ Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Tomar suplemento de hidratos de absorción lenta, si falta más de una hora para la comida siguiente. ▫ Medir la glucemia capilar cada 6-8 h durante 24 horas, si tratamiento con hipoglucemiantes orales hasta las 48 horas posteriores. ▫ Recordatorio de aspectos educativos básicos para evitar hipoglucemias (horarios de ingesta, toma de la medicación...). ▫ Considerar la indicación de un kit de glucagón, en dicho caso, confirmar que tanto el paciente como las personas que conviven con él conocen el manejo correcto del kit. ▫ Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta. ▫ Contactar con el profesional de referencia. (Reforzar la educación terapéutica). 		

Hiperglucemia

Definición / Motivo de la consulta



Se considera hiperglucemia aquella cifra de glucemia por encima de los límites normales (> 126 mg/dl en ayunas de 8 horas o > 200 mg/dl tras la ingesta).¹
Cuando los niveles de glucemia superan determinadas cifras (generalmente 250 mg/dl), se habla de descompensación hiperglucémica que puede ocasionar una situación potencialmente grave (cetoacidosis, hiperosmolar...)¹.

Anamnesis



- 1) Antecedentes personales y familiares:
 - Antecedentes familiares de diabetes.
 - Edad.
 - Embarazo.
 - Enfermedades previas: especificar si padece diabetes y de qué tipo.
 - Hábitos tóxicos: alcohol y drogas.
 - Fármacos (especialmente antidiabéticos) y alergias.
- 2) Características de la hiperglucemia:
 - Factores precipitantes:¹
 - Medicación con efectos potencialmente hiperglucemiantes (corticoides, diuréticos, hormonas, betabloqueantes, etc.).
 - Omisión del tratamiento hipoglucemiante.
 - Transgresión dietética.
 - Abandono del ejercicio habitual o del ejercicio intenso.
 - Situaciones de estrés (traumatismos, infecciones, cirugía, enfermedad grave...).
 - Evolución: duración, intensidad...
- 3) Signos y síntomas acompañantes: cansancio, malestar general, poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida de peso, sequedad de piel y mucosas, visión borrosa, irritabilidad, astenia, náuseas y vómitos, dolor abdominal, cefalea, taquipnea...

Valoración



- 1) Estado general. Fiebre. (infección intercurrente).
- 2) Nivel de conciencia (obnubilación...).
- 3) Existencia de feto cetósico, afrutado.
- 4) Glucemia capilar. Si afectación estado general: TA, temperatura corporal, FC, FR, SatO₂.
- 5) ECG si precisa (con el objetivo de descartar un síndrome coronario agudo o arritmias).



PI23 - Hiperglucemia

- 6) Si glucemia > 250 mg/dl determinar si hay presencia de cetonemia o en su defecto de cetonuria.²

Tabla 1. Interpretación de los resultados de cetonemia/cetonuria²

Cetosis	Cetonemia (mmol/L)	Cetonuria mg/dl (mmol/L)
Negativa	≤ 0,5	-
Indicios	0,6 - 0,9	± 5 (0,5)
Leve	1,0 - 1,4	+ 15 (1,5)
Moderada	1,5 - 2,9	++ 40 (3,9)
Grave	≥ 3	+++ 100 (10)

Fuente: AMF2019

Diagnóstico



- 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»
 Elegir el más adecuado según la clínica.

Plan de actuación



Actuación conjunta con el médico o la médica si:

- Alteración del estado general o del nivel de conciencia.
- Fiebre.
- Glucemia ≥ 250 mg/dl.
- Si hay presencia de cetonemia y/o cetonuria.
- Paciente diabético no conocido con datos de insulinopenia (sospecha de diabetes mellitus tipo 1 no conocido, clínica cardinal, pérdida de peso, cetosis).
- Embarazo.
- Alteración del ECG o dolor precordial.
- Disnea.
- Síntomas neurológicos sugestivos de ictus (debilidad muscular, pérdida de visión repentina, problema de coordinación, dificultad para hablar...).

Intervenciones

- Determinar la glucemia capilar. Resto de constantes si precisa: TA, temperatura corporal, FC, FR y SatO₂.
- Tira reactiva de orina, si precisa, para descartar infección del tracto urinario.¹
- Valorar realizar un ECG (véase el apartado «Valoración»).

PI23 - Hiperglucemia

- En función de la glucemia deben realizarse las actuaciones siguientes:¹²
 - < 250 mg/dl: no precisa actuación urgente⁴ (véase el apartado «Recomendaciones»).
 - ≥ 250 mg/dl: determinar la cetonemia o, en su defecto, la cetonuria.³ Actuación conjunta con el médico o la médica.
 - Cetosis leve/moderada, el plan de actuación variaría en función de:
 - Si el paciente no sigue tratamiento con insulina:
 - Insulina rápida 4-6 UI antes de cada una de las tres comidas principales, que suele corresponder a 0,15-0,2 UI/Kg/día repartidas entre las tres comidas principales.
 - Hidratación vía oral y dieta de cetosis.
 - Tratar el proceso intercurrente, si procede, en atención primaria.
 - Si el paciente sigue tratamiento con insulina:
 - Administrar el 20 % de la dosis total de insulina antes de cada una de las tres comidas principales.
 - Hidratación vía oral y dieta de cetosis.
 - Tratar el proceso intercurrente, si procede, en atención primaria.
 - Valoración a las 12-24 horas.
 - Si el paciente mejora: ajustar el tratamiento.
 - Si el paciente no mejora: derivar al hospital.
 - Con sospecha de cetoacidosis diabética (CAD) o descompensación hiperglucémica hiperosmolar no cetósica (DHHNC) (cetonuria/ cetonemia grave):
 - Hidratación vía endovenosa.
 - Administración análogo rápido de insulina (no utilizar insulina regular) por vía subcutánea:
 - Si glucemia > 300 mg/dl: 0,1 UI/Kg subcutánea y registrar al paciente en la derivación al hospital, se puede repetir la dosis cada 2 horas en el caso de que persista la hiperglucemia y que haya retraso en el traslado del paciente al hospital.
 - Si glucemia < 300 mg/dl, con cetonemia y/o síntomas de hiperglucemia, la dosis debe ser de 0,05 UI/Kg por vía subcutánea y se puede repetir a las 2 horas.
 - Derivar al hospital.

Recomendaciones

- Indicar al paciente y/o a la persona acompañante la necesidad de medir la glucemia capilar cada 6-8 h durante 24 horas.
- Medir la glucemia a las 2 horas posprandiales para poder ajustar la dosis del bolo de insulina prandial, según la indicación del profesional sanitario.
- Recordar los aspectos educativos básicos para evitar la hiperglucemia (corregir errores en relación a los hábitos: ingesta, actividad física, medicación...). Reforzar estos consejos con la documentación disponible en e-SIAP: [aquí](#).
- Solicitar hemoglobina glucosilada si el paciente necesita un nuevo control, y citar con el profesional de referencia para valorar el resultado.



PI23 - Hiperglucèmia

- En las personas ancianas con DM2, especialmente si tienen fiebre, diarreas y otros procesos intercurrentes, es muy importante asegurar la ingesta hídrica.
- Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta o si la glucemia continua subiendo a pesar de aplicar las pautas indicadas.
- Contactar con los dos profesionales sanitarios de referencia. Valorar la modificación temporal del tratamiento y educar al paciente sobre los tres pilares básicos: tratamiento-ingesta-ejercicio. Comprobar si hay problemas de administración: déficit de visión, falta de formación, zonas de lipodistrofia.

Bibliografía



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 [consulta: 20 julio 2022].
2. Torres JL, Tobalina P. Urgencias diabéticas. *AMF* 2019;15 (5): 286-288.
3. Parra E., 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 [consulta: 20 julio 2022].

De la Cal MA, Becerra MM, García MO, Moreno M, Sáenz D, Cordero 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 [consulta: 20 julio 2022].

PI23 - Hiperglucemia



Hiperglucemia	<p>Se considera hiperglucemia aquella cifra de glucemia por encima de los límites normales (> 126 mg/dl en ayunas de 8 horas o > 200 mg/dl tras la ingesta). Cuando los niveles de glucemia superan determinadas cifras (generalmente 250 mg/dl), se habla de descompensación hiperglucémica que puede ocasionar una situación potencialmente grave (cetoacidosis, hiperosmolar...).</p>
Anamnesis	Valoración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales y familiares: antecedentes familiares de diabetes, edad, embarazo, enfermedades previas, diabetes (tipo y control), hábitos tóxicos, alcohol y drogas, fármacos (especialmente antidiabéticos) y alergias. ▪ Características de la hiperglucemia: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factores precipitantes: medicación con efectos potencialmente hiperglucemiantes (corticoides, diuréticos, hormonas, betabloqueantes, etc.), omisión del tratamiento hipoglucemiante, transgresión dietética... ▫ Evolución: duración, intensidad... ▪ Signes i síntomas recurrentes: cansancio, malestar general, poliuria, polifagia, polidipsia... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado general. Fiebre. (infección intercurrente). ▪ Nivel de conciencia (obnubilación...). ▪ Existencia de fetor cetósico, afrutado. ▪ Glucemia capilar. Si afectación del estado general: TA, temperatura corporal, FC, FR, SatO₂. ▪ ECG si precisa (con el objetivo de descartar síndrome coronario agudo o arritmias). ▪ Si glucemia > 250 mg/dl determinar si hay presencia de cetonemia y/o cetonuria.
Diagnóstico CIE-9	NANDA
<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» Elegir el más adecuado según la clínica.</p>	<p>00179 «Riesgo de nivel de glucemia inestable»</p>
Plan de actuación	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuación conjunta con el médico o la médica si: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Alteración del estado general o nivel de conciencia. ▫ Fiebre. ▫ Glucemia ≥ 250 mg/dl. ▫ Si hay presencia de cetonemia y/o cetonuria. ▫ Paciente diabético no conocido con datos de insulinopenia (sospecha de diabetes mellitus tipo 1 no conocido, clínica cardinal, pérdida de peso, cetosis). ▫ Embarazo. ▫ Alteración del ECG o dolor. ▪ Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Determinación de la glucemia capilar. Resto de constantes si precisa: TA, temperatura corporal, FC, FR y SatO₂. ▫ Tira reactiva de orina, si precisa, para descartar infección del tracto urinario. ▫ Valorar realizar un ECG (véase el apartado «Valoración»). ▫ En función de la glucemia deben realizarse las actuaciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ <250 mg/dl: no precisa actuación urgente. Véase el apartado «Recomendaciones». ○ ≥250 mg/ dl: determinación de cetonemia y, en su defecto, de cetonuria. Actuación conjunta con el médico o la médica. <ul style="list-style-type: none"> • Cetosis leve/moderada: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Si el paciente no ha sido tratado previamente con insulina: insulina rápida 0,3-0,4 UI/kg/día en las cuatro ingestas e hidratación. ➢ Si ya ha sido tratado con insulina: administrar insulina rápida 20 % de la dosis habitual repartida en las cuatro ingestas. Valoración a las 12-24 horas. ➢ Si el paciente mejora: ajustar el tratamiento y tratar el proceso intercurrente. ➢ Si el paciente no mejora: derivación hospitalaria. • Con sospecha de cetoacidosis diabética (CAD) o descompensación hiperglucémica hiperosmolar no cetósica (DHHNC) (cetonuria/cetonemia grave): administrar análogo rápido de insulina (no utilizar insulina regular) por vía subcutánea (véase el apartado «Intervenciones» donde se indica insulinoterapia según glucemia), hidratación endovenosa y derivación hospitalaria. 	

Diarrea

Definició / Motivo de la consulta



La diarrea consiste en la eliminación de heces acuosas o blandas, tres o más veces al día que puede ir acompañada de otros síntomas (dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre...).^{1,2}

Anamnesis



1) Antecedentes personales y familiares:

- Edad.
- Embarazo.
- Enfermedades previas: enfermedades inflamatorias intestinales, síndrome del intestino irritable, infección por VIH, procedimientos quirúrgicos abdominales previos...
- Hábitos tóxicos (abuso de alcohol).
- Fármacos (antibióticos, medicamentos inmunosupresores, laxantes, antiácidos que contienen magnesio, AINEs, metformina), alergias e intolerancias alimenticias u otras sustancias.

2) Características de la diarrea:

- Número y tipo de deposiciones, consistencia, presencia de sangre, moco o pus, etc.
- Factores precipitantes: cambio de dieta, tipos de ingestas recientes, laxantes, viajes,³ toxiinfección alimentaria (posible afectación por un brote, prestar especial atención a la unidad familiar e institucionalizada).
- Tiempo de evolución: días de duración, recaída, antiguos episodios.

3) Signos acompañantes:

- Náuseas, vómitos, dolor abdominal, deshidratación, fiebre, etc.
- Factores psicológicos (ansiedad, estrés).

Valoración



1) Estado general.

- 2) Constantes (TA, FC, T^a). Glucemia capilar según clínica, en caso de pacientes diabéticos siempre está indicado (por el riesgo de hipoglucemia).
- 3) Signos de deshidratación:⁴ sequedad de la piel y de las mucosas, taquicardia, pulso débil, náuseas, cefalea, falta de fuerza o disminución del rendimiento, fatiga mental y física, ojos hundidos, elasticidad cutánea disminuida, tiempo de recapilarización mayor de 2 segundos.
- 4) Si el paciente presenta dolor abdominal se debe identificar: la intensidad, la duración, la localización, como mejora o empeora.
- 5) Si presenta vómitos: frecuencia y características.

Diagnóstico



CIE-9 787.9.1 «Diarrea»

NANDA 0013 «Diarrea»

Elegir entre otros posibles diagnósticos según la situación del paciente.

Plan de actuació



Actuació conjunta con el médico o la médica si:⁵

- Afectación del estado general. Fiebre
- Presencia de vómitos, sangre, mucosidad o pus en heces.
- Presencia de signos/síntomas de hipoglucemia, hipovolemia o deshidratación.
- Intolerancia oral.
- Dolor abdominal intenso.⁴
- Glucemia capilar alterada en paciente diabético (véase el protocolo específico).
- Sospecha de: intoxicación alimentaria,⁴ secundaria a fármacos, diarrea del viajero, descompensación de enfermedad digestiva previa (enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome del intestino irritable, diverticulitis, neoplasia digestiva...).
- Sospecha de COVID-19 (véase el protocolo gestión de la demanda COVID-19).

Intervenciones

- Rehidratación oral progresiva y reajuste de la dieta. Reincorporación gradual de alimentos.

Recomendaciones

- Reposo relativo.
- Recomendaciones dietéticas y normas de higiene: lavado correcto de las manos, manipulación de los alimentos, no compartir toallas, vasos...
- Recomendar la dieta para la diarrea explicada en el folleto informativo «Información para el paciente adulto con gastroenteritis aguda» disponible en e-SIAP.
- Contactar con el profesional de referencia si la sintomatología persiste más de cinco días.
- Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta: sangre, pus en las heces, fiebre, signos de deshidratación (por ejemplo, disminución de la micción, letargo o apatía, sed extrema y sequedad de boca), diarrea crónica, diarrea nocturna o pérdida de peso.

Bibliografía



1. Nemeth V, Pfleghaar N. Diarrhea. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26846339/?from_term=diarrhea&from_filter=simsearch2ffrt&from_filter=ds1q_1&from_pos=1 [consulta: 21 julio 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=simsearch2ffrt&from_filter=ds1q_1&from_pos=10 [consulta: 21 julio 2022].
3. García S, García G, Arroyo 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



Diarrea La diarrea consiste en la eliminación de heces acuosas o blandas, tres o más veces al día que puede ir acompañada de otros síntomas (dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre...).

Anamnesis

- Antecedentes personales y familiares: edad, embarazo, enfermedades previas (enfermedades inflamatorias intestinales, síndrome del intestino irritable, infección por VIH), hábitos tóxicos, fármacos (antibióticos, medicamentos inmunosupresores, laxantes, antiácidos que contienen magnesio, AINEs, metformina), alergias e intolerancias alimenticias.
- Características de la diarrea:
 - Número y tipo de deposiciones, consistencia, presencia de sangre, moco o pus, etc.
 - Factores precipitantes: cambio de dieta, tipos de ingestas recientes, laxantes, viajes, toxiinfección alimentaria (posible afectación por un brote, especial atención a la unidad familiar e institucionalizada).
 - Tiempo de evolución: días de duración, recaída, antiguos episodios.
- Signos acompañantes:
 - Náuseas, vómitos, dolor abdominal, deshidratación, fiebre...
 - Factores psicológicos (ansiedad, estrés).

Valoración

- Estado general
- Constantes (TA, FC, T^º). Glucemia capilar según clínica, en caso de pacientes diabéticos.
- Signos de deshidratación: sequedad de la piel y de las mucosas, taquicardia, pulso débil, náuseas, cefalea, falta de fuerza o disminución del rendimiento, fatiga mental y física, ojos hundidos, elasticidad cutánea disminuida, tiempo de recaptarización mayor de 2 segundos.
- Si el paciente presenta dolor abdominal se debe identificar: la intensidad, la duración, la localización, como mejora o empeora.
- Si presenta vómitos: frecuencia y características.

Diagnóstico CIE-9

787.9.1 «Diarrea»

NANDA

0013 «Diarrea»
Elegir entre otros posibles diagnósticos según la situación del paciente.

Plan de actuación

- Actuación conjunta con el médico o la médica si:
 - Afectación del estado general. Fiebre
 - Presencia de vómitos, sangre, mucosidad o pus en heces.
 - Presencia de signos/síntomas de hipoglucemia, hipovolemia o deshidratación.
 - Intolerancia oral
 - Dolor abdominal intenso.
 - Glucemia capilar alterada en paciente diabético (véase el protocolo específico).
 - Sospecha de: intoxicación alimentaria, secundaria a fármacos, diarrea del viajero, descompensación de enfermedad digestiva previa.
 - Sospecha de COVID-19 (véase el protocolo específico).
- Intervenciones:
 - Rehidratación oral progresiva y reajuste de la dieta. Reincorporación gradual de alimentos.
- Recomendaciones:
 - Reposo relativo.
 - Recomendaciones dietéticas y normas de higiene: lavado correcto de las manos, manipulación de los alimentos, no compartir toallas, vasos...
 - Recomendar la dieta para la diarrea, entregar el folleto informativo disponible en e-SIAP.
 - Contactar con el profesional de referencia si la sintomatología persiste más de cinco días.
 - Consultar de nuevo si aparecen signos de alerta: sangre, pus en las heces, fiebre, signos de deshidratación (por ejemplo, disminución de la micción, letargo o apatía, sed extrema y sequedad de boca), diarrea crónica, diarrea nocturna o pérdida de peso.

