

Gestió infermera de la demanda 2^a edició



SEGONA EDICIÓ

Coordinació

- Miralles Xamena, Jerònia. Infermera del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears

Autoria

- Vallcaneras Diéguez, Sílvia. Infermera del Centre de Salut d'Alcúdia. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Miralles Xamena, Jerònia. Infermera del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Tamborero Cao, Gaspar. Metge de família del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Alfaro Gómez, Cristina Maria. Subdirectora d'infermeria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Villalonga Mut, Bartolomé. Infermer del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Méndez Castell, M. Consolació. Directora d'infermeria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears

Revisió (per ordre alfabètic)

- Abenza Vidal, Alberto. Infermer del Centre de Salut s'Escorxador (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisor protocol «PI18 Dispnea».
- Barceló Picorelli, Maria Josep. Metgessa de família del Centre de Salut de Santa Maria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PI23 Hiperglucèmia» i «PI22 Hipoglucèmia»
- Cáceres Tejeiro, Yolanda. Infermera del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PI03 Anticoncepció d'urgència»
- Campins Adrover, Guillem Marc. Farmacèutic del Centre de Salut Torrent de sant Miquel (sa Pobla). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisor protocol «PI108 Insomni» i «PI11 Restrenyiment»
- Corredor Ibáñez, María Teresa. Subdirectora mèdica. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PI25 Síntomes respiratoris de les vies altes» i «PI26 Odínofàgia»
- Fages Pérez, Marina. Farmacèutica. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PI09 Picada»
- Ginard Cortès, Eva. Infermera de la Consulta Assessora de ferides complexes, Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Revisora del protocol «PI05 Cremada»
- Ovejero Muñoz, Marina Paula. Infermera gestora de casos de Cooreducasalutmental. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisió protocol «PI19 Crisi d'ansietat»
- Rodríguez Asensio, Laura. Infermera del Centre de Salut Platja de Palma. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PI19 Crisi d'ansietat», «PI09 Picades», «PI12 Reacció a un vaccí», «PI03 Anticoncepció d'urgència», «PI23 Hiperglucèmia», «P221 Hipoglucèmia», «PI06 Epistaxi» i «PI02 Aftes»
- Rodríguez Ruiz, Tomás. Metge de família del Centre de Salut Son Ferriol (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisor protocol «PI16 Crisi HTA»
- Román Rodríguez, Miguel. Metge de família del Centre de Salut Dra. Teresa Piqué (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisor protocol «PI18 Dispnea»
- Sánchez Folguerias, Beatriz. Infermera del Centre de Salut Escola Graduada. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PI16 Crisi HTA»
- Soler Mieras, Aina. Metgessa farmacòloga del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Sureda Barbosa, Maria del Mar. Subdirectora mèdica. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PI25 Síntomes respiratoris de les vies altes» i «PI26 Odínofàgia»

- Torres Carballo, Marina. Infermera del Centre de Salut Emili Darder. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PI19 Crisi d'ansietat», «PI09 Picades», «PI12 Reacció a un vaccí», «PI03 Anticoncepció d'urgència», «PI23 Hiperglucèmia», «P221 Hipoglucèmia», «PI06 Epistaxi» i «PI02 Aftes»
- Vidal Thomàs, Maria Clara. Infermera del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears.

PRIMERA EDICIÓ

Autoria

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

Autoria de les protocols

- Abenza Vidal, Alberto. Infermer del Centre de Salut s'Escorxador (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocol «PI17 Dispnea»
- Cáceres Tejeiro, Yolanda. Infermera del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocol «PI03 Anticoncepció d'urgència»
- Domínguez Padilla, Esther. Metgessa de família del Centre de Salut Emili Darder (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocols «PI16 Crisi hipertensiva», «PI18 Cefalea» i «PI20 Mareig»
- Escobar Casado, Marta. Infermera del Centre de Salut Trencadors (s'Arenal de Llucmajor). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocols «PI06 Epistaxi» i «PI21 Síndrome miccional»
- Ferrer Perelló, Josep Lluís. Infermer del Centre de Salut Santa Ponça. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocol «PI13 Ungla encarnada i panadís»
- González Torrente, Susana. Infermera del Centre de Salut Dra. Teresa Piqué (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocols «PI08 Insomni» i «PI19 Crisi d'ansietat»
- Hernández Arredondo, Francisco. Infermer gestor de casos comunitària de pediatria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocol «PI09 Picada»
- Llord Bové, Montserrat. Metgessa de família del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocol «PI15 Actuació en cas de COVID-19»

- Molinas Mut, Katya. Infermera del Centre de Salut Marines (Muro). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocol «PIO3 Anticoncepció d'urgència»
- Ovejero Muñoz, Marina Paula. Infermera de salut mental del Centre de Salut Rafal Nou (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocol «PI19 Crisi d'ansietat»
- Ramírez Manent, Ignasi. Metge de família del Centre de Salut Santa Ponça. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocols «PIO1 Abscés cutani», «PIO7 Ferida» i «PI13 Ungla encarnada i panadís»
- Rodríguez Ruiz, Tomás. Metge de família del Centre de Salut Son Ferriol (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocol «PI16 Crisi hipertensiva»
- Román Rodríguez, Miguel. Metge de família del Centre de Salut Dra. Teresa Piqué (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocol «PI17 Dispnea»
- Unda Villafuerte, Fabián. Metge de família del Centre de Salut Serra Nord (Sóller). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autor protocol «PI16 Crisi hipertensiva»
- Vidal Thomàs, Maria Clara. Infermera del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Autora protocol «PI15 Actuació en cas de COVID-19»

Revisió (per ordre alfabètic)

- Campins Adrover, Guillem Marc. Farmacèutic del Centre de Salut Torrent de sant Miquel (sa Pobla). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Esteva Cantó, Magdalena. Metgessa de família (jubilada) del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PIO8 Insomni» i «PI19 Crisi d'ansietat»
- Medina Bombardó, David. Metge de família del Centre de Salut sa Torre (Manacor). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Mendieta Lagos, M. Nieves. Metgessa de família del Centre de Salut Pont d'Inca (Marratxí). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PIO1 Abscés cutani», «PIO7 Ferida» i «PI13 Ungla encarnada i panadís»
- Navarro Mateu, Margalida. Comare d'atenció primària. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PIO3 Anticoncepció d'urgència»
- Pascual Reus, Esperança. Infermera del Centre de Salut Santa Maria del Camí. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora PI12 «Reacció a un vaccí»
- Piña Nicolau, Aina Maria. Infermera del Centre de Salut Porto Cristo. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PI14 Uixol» i «PI18 Cefalea»
- Rovira Vila, Marta. Farmacèutica del Centre de Salut Pere Garau (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Sansó Romera, Aina. Infermera del Centre de Salut Serra Nord (Sóller). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PIO7 Ferida», «PIO8 Insomni» i «PI11 Restrenyiment»
- Sarmiento Cruz, Manuel. Metge de família del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisor protocol «PI24 Diarrea»
- Silvestre Cardona, Adela. Infermera del Centre de Salut Son Ferriol (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PIO5 Cremada» i «PIO7 Ferida»
- Socías Buades, Isabel. Metgessa de família del Centre de Salut sa Torre (Manacor). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PI22 Hipoglucèmia» i «PI23 Hiperglucèmia»
- Soler Mieras, Aina. Metgessa farmacòloga del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Torrens Darder, Isabel. Metgessa de família del Centre de Salut Santa Ponça. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocols «PIO8 Insomni» i «PI19 Crisi d'ansietat»
- Vallcaneras Diéguez, Sílvia. Infermera del Centre de Salut es Safrà (Alcúdia). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PIO2 Afta oral»
- Vidal Mangas, Maria del Carme. Infermera del Centre de Salut Felanitx. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Revisora protocol «PIO4 Contusió»

La primera edició dels protocols va ser revisada per associacions científiques autonòmiques com: el Col·legi Oficial d'infermeres i infermers de les Illes Balears (COIBA), la Sociedad Balear de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN-Illes Balears), la Societat Balear d'infermeria Comunitària (ABIC) i la Sociedad Balear de Medicina Familiar y Comunitaria (IBamFIC).

Edició

Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, Juliol 2024. 2ª edició.

ISBN

978-84-09-63752-2

Com citar aquest document

Miralles Xamena J (coord.). Gestió infermera de la demanda. 2ªed. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca; 2023.



Introducció

El projecte “Gestió infermera de la Demanda” es va iniciar a la Gerència d’Atenció Primària de Mallorca (GAPM) a l’any 2021 amb la finalitat de disminuir la variabilitat en la pràctica clínica i per organitzar l’atenció als usuaris de diferents tipus de problemes de salut de la manera més eficient possible, segons criteris d’equitat, prioritat clínica, i adequació i disponibilitat de recursos.

Encara que en un principi només es parlava de gestió de la demanda per part de la infermera, és evident que hi ha altres professionals implicats per la qual cosa cal establir estratègies organitzatives més eficients i efectives, i que a l’hora permetin optimitzar les competències de cada professional.

Entre les estratègies organitzatives hi trobam la desburocratització, els circuits de citació i el projecte gestió infermera de la demanda. El conjunt d’aquestes mesures facilita el poder donar una resposta eficient i resolutiva al problema de salut de l’usuari que acudeix a la consulta, i millorar l’accessibilitat, el temps de resposta, la qualitat de l’atenció i la satisfacció dels professionals i dels usuaris.

La **gestió infermera de la demanda**, fa referència a l’atenció que els professionals d’infermeria de l’atenció primària presten a usuaris que consulten per un motiu de salut lleu, seguint un protocol consensuat en el seu àmbit competencial que els permeti ser autònoms en l’atenció del pacient i en la resolució d’aquests problemes.¹

La gestió infermera de la demanda es diferencia del triatge en què pretén donar solució a un problema de salut, mentre que el triatge es refereix a la recepció, l’acollida i la classificació dels pacients als serveis d’urgències. En la gestió infermera de la demanda els problemes de salut estan protocol·litzats per mitjà de guies breus, pensades per donar una atenció homogènia en l’àmbit de la demanda sense cita, a fi de reduir la variabilitat de la pràctica clínica i garantir una assistència de qualitat.

La gestió infermera de la demanda ha mostrat una alta taxa de resolució de manera autònoma (entre el 40 i el 90 % per determinades patologies) i una taxa de nova consulta pel mateix motiu (reconsulta) molt baixa²⁻⁴. Els professionals d’infermeria han demostrat que tenen judici clínic per valorar, diagnosticar i instaurar un tractament dins els protocols establerts.

La capacitat de resposta dels professionals d’infermeria en aquestes situacions no sempre és finalista, perquè les accions que duen a terme en alguns processos clínics no poden resoldre tota la situació generada i cal la intervenció del metge o de la metgessa o d’algun altre professional. Aquesta limitació pot estar relacionada amb la capacitat de resolució dels professionals d’infermeria, la formació, l’accés a proves complementàries, el repartiment de tasques dins l’equip i el desenvolupament de la indicació infermera.

La posada en marxa de la gestió infermera de la demanda, a la Gerència d’Atenció Primària de Mallorca, no ha estat exempta de barreres. Durant el mes de novembre de 2022 es realitzaren unes reunions amb les responsables del projecte de cada CS i les responsables d’infermeria. Es realitzaren diferents dinàmiques on es va expressar la dificultat per canviar la pràctica clínica, major càrrega assistencial, conflictes competencials entre professionals, dificultat d’un treball col·laboratiu

multidisciplinar i la necessitat de canviar els fluxos interns dels equips. A més, s'identificaren barreres com la necessitat de material suficient i infraestructures adequades.

Pel que fa a l'elaboració dels protocols, hem partit dels models instaurats en altres comunitats autònomes, com Catalunya⁵, adaptant-los al nostre context, o s'han fet de nou.

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

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

Aquests protocols pretenen facilitar a tots els membres de l'equip l'ús d'una metodologia consensuada, basada en la millor evidència científica disponible, que ajudi a optimitzar els circuits assistencials i la presa de decisions.

Alguns processos són susceptibles de ser resolts pels professionals d'infermeria de manera autònoma, però d'altres requereixen l'actuació conjunta amb el metge o la metgessa:

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

Objectius

- Resoldre de manera eficient i coordinada els problemes de salut susceptibles de la gestió infermera de la demanda.
- Disminuir la variabilitat de la pràctica clínica injustificada aplicant protocols en gestió infermera de la demanda.
- Desenvolupar al màxim les competències pròpies de les infermeres.
- Millorar la satisfacció dels usuaris amb l'atenció rebuda.
- Millorar la satisfacció dels professionals amb l'aplicació de les guies.

Àmbit i població diana

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

Desenvolupament del projecte

S'han realitzat les següents accions:

- Creació del grup de treball i anàlisi de la situació per part de la direcció i el gabinet tècnic.
- Priorització dels motius de la demanda.
- Elaboració dels protocols.
- Revisió dels protocols.
- Actualització dels protocols.
- Implementació del projecte de gestió infermera de la demanda:
 - 1) **Difusió:** reunions amb els equips directius dels CS i reunions amb els responsables del programa de cada sector.
 - 2) **Formació:** activitats formatives del projecte i dels protocols que inclouen cursos no presencials, semipresencials i sessions clíniques en cada CS per part de professionals del mateix equip.
 - 3) **Organització dels equips:** circuits de citació per facilitar l'aplicació dels protocols en la pràctica diària. Quan un pacient contacta amb atenció primària per un problema de salut, amb la unitat d'admissió, a través de l'aplicació de cita prèvia o mitjançant trucada a Infosalut Connecta, se li ha de demanar què necessita i han de seguir el procediment següent:
 - Si requereix fer algun tràmit administratiu (informes, renovació de receptes, tràmits relacionats amb consultes o llistes d'espera, tràmits derivats de l'hospital,

entre altres) cal citar el pacient a la consulta administrativa i gestionar la demanda basant-se en el document: *Desburocratització de les consultes d'atenció primària*, disponible a:

<https://intranet.ssib.es/gapm/gpp/Competencias%20profesionales/Desburocratització/2200407%20Documento%20desburocratització%20V3.pdf>

- Si l'usuari no necessita fer un tràmit administratiu cal demanar-li el motiu de la visita i orientar-lo per tal de citar-lo amb el professional més adequat.
 - Per citar-lo cal seguir els circuits establerts.
 - Per resoldre qualsevol incidència o dubte sobre medicació, es pot consultar el farmacèutic o la farmacèutica d'atenció primària del centre de salut i citar-lo a la seva agenda.
- 4) **Aplicació en la pràctica diària:** divulgació als equips de cada CS a través de reunions presencials, pilotatge de tres mesos en set centres de salut, reorganització dels fluxos de citació, reunions organitzatives als CS, sessions clíniques sobre els protocols.
- 5) **Avaluació i seguiment:** es duu a terme una avaluació general i una d'específica (veure annex 1).

Projectes

La gestió infermera de la demanda està en evolució constant, per la qual cosa està previst incorporar-hi noves mesures, com ara les següents:

- Integrar els protocols a la història clínica electrònica d'atenció primària.
- Actualitzar els protocols periòdicament i desenvolupar-ne de noves.
- Ampliar els protocols a la resta de professionals de l'EAP.
- Realitzar protocols específics per població pediàtrica.
- Complementar els protocols amb algorismes d'actuació.
- Afegir un apartat de «no fer» a cada protocol.
- Afegir un annex sobre fàrmacs i productes sanitaris (*vademècum*) que figuren a cada protocol.
- Realitzar més formacions específiques pels professionals relatives als principals motius de consulta.
- Realitzar una avaluació periòdica sobre la implementació del projecte i sobre la qualitat de l'assistència i donar-la a conèixer als professionals.

Llista de protocols

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

PI01	Abscés cutani
PI02	Afta oral
PI03	Anticoncepció d'urgència
PI04	Contusió
PI05	Cremada
PI06	Epistaxi
PI07	Ferida
PI08	Insomni
PI09	Picada
PI10	Tap de cerumen
PI11	Restrenyiment
PI12	Reacció a un vaccí
PI13	Ungla encarnada i panadís
PI14	Uixol
PI15	Actuació en cas de COVID-19 (No vigent)
PI16	Crisi hipertensiva
PI17	Dispnea
PI18	Cefalea
PI19	Crisi d'ansietat
PI20	Mareig
PI21	Síndrome miccional
PI22	Hipoglucèmia
PI23	Hiperglucèmia
PI24	Diarrea
PI25	Síntomes respiratoris vies altes
PI26	Odinofàgia

Referències bibliogràfiques

1. Vara Ortiz MA, Fabrellas Padrés N. Análisis del concepto: gestión enfermera de la demanda. *Aten primaria*. 2019; 51 (4):230-235. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-analisis-concepto-gestion-enfermera-demanda-S0212656717305814>
2. Casanovas Sala, B (2019): *Gestión Enfermera de la Demanda. Revisión de la literatura. Trabajo de Fin de Grado (TFG). Grado en Enfermería. Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Barcelona*. Disponible a: https://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/1265/TFG_Blanca%20Casanovas%20Sala_2019.pdf?sequence=3&isAllowed=y
3. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. Nurse management of 'same day' consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs*. 2011;67(8):1811-6. Disponible a: aificc.cat/wp-content/uploads/2018/12/5-20161112151118_journal-of-advanced-nursing-article.pdf [consulta: 26 abril 2022]
4. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Fam Pract* . 2013 May 16 ;14:61. Disponible a: bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-61 [consulta: 26 abril 2022]
5. *Guia d'intervencions d'infermeria a Problemes de Salut Urgents*. 1a ed. 2014, 1a rev. 2020. Castelldefels: Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP); 2020.

Annex 1: Avaluació

AVALUACIÓ GENERAL

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

INDICADOR	Percentatge de consultes no programades ateses per infermeria durant el període d'estudi.
CRITERI	Calcular quin percentatge de consultes no programades són visitades per les infermeres.
NUMERADOR	Nombre de consultes no programades ateses per IF durant el període d'estudi x 100.
DENOMINADOR	Nombre de consultes no programades ateses per IF i MF durant el període d'estudi.
FONT D'INFORMACIÓ	e-SIAP, SIS i Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.
Definicions	Consultes no programades: Citades a l'agenda sala d'urgències com a urgent o demanda. Citades a l'agenda d'infermeria com a urgents. Citades a agenda de medicina com a urgents. IF: infermera de família. MF: medicina de família.
Període d'estudi	2023-2024

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

INDICADOR	Percentatge de consultes GID no programades ateses per infermeria durant el període d'estudi.
CRITERI	Calcular quin percentatge de consultes GID no programades atenen les infermeres.
NUMERADOR	Nombre de consultes GID no programades ateses per IF durant el període d'estudi x 100.
DENOMINADOR	Nombre de consultes no programades ateses per IF durant el període d'estudi.
FONT D'INFORMACIÓ	e-SIAP, SIS i Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.
Definicions	Consultes GID: es consideren com a GID els 26 motius de consulta classificats amb els corresponent CIE-9. Consultes no programades: les visitades a la sala d'urgències amb tipus de visita urgent o demanda visitades per la infermera més les visites urgents de les consultes d'infermeria. IF: infermera de família.
Període d'estudi	2023-2024

3) Indicador de visites pels motius protocol·litzats:

INDICADOR	Percentatge de visites per cada un dels motius de consulta GID ateses per IF durant el període d'estudi.
CRITERI	Calcular el grau d'implementació del projecte als centres de salut mitjançant la citació correcta a la infermera dels motius de consulta protocol·litzats.
NUMERADOR	Nombre de visites pel motiu de consulta «x» ateses per IF durant el període d'estudi x 100.
DENOMINADOR	Nombre de visites pel motiu de consulta «x» ateses per IF i MF durant el període d'estudi.
FONT D'INFORMACIÓ	e-SIAP, SIS i Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.
Definicions	Motiu de consulta «x» està definit a cada un dels protocols amb el diagnòstic CIE9. S'ha de fer per a cada un dels 26 protocols. S'ha de tenir en compte que pot haver un subregistre si no es codifiquen bé els diagnòstics. IF: infermera de família. MF: medicina de família.
Període d'estudi	2023-2024

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

INDICADOR	Percentatge de consultes resoltes per infermeria pel motiu de consulta «x» sense intervenció d'altre professional durant el període d'estudi.
CRITERI	Calcular quin grau de resolució tenen les infermeres per determinats motius de consulta, que són els que es poden considerar «finalistes».
NUMERADOR	Nombre de consultes pel motiu de consulta «x» ateses per IF on no consta cap visita amb MF en les pròximes 72 hores durant el període d'estudi x 100.
DENOMINADOR	Nombre de consultes pel motiu «x» ateses per IF durant el període d'estudi.
FONT D'INFORMACIÓ	e-SIAP, SIS i Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.
Definicions	(*) Consultes resoltes: quan no consta cap visita per MF en les properes 72 hores pel motiu de consulta «x». (*) Els motius a analitzar seran els que són majoritàriament finalistes per infermeria IF: infermera de família. MF: medicina de família.
Període d'estudi	2023-2024

AVALUACIÓ ESPECÍFICA

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

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

Taula 2: Indicadors específics per als protocols de resolució autònoma		
Protocols GID	Diagnòstic	Indicador
Anticoncepció d'urgència	CIE9: V25 0 3 "Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente"	Nombre de motius de consulta (CIE-9: V25 0 3 "Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente") atesos per la infermera amb consell fullet «Píndola postcoital i ús de preservatiu» / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi V25 0 3 "Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente") x 100.
Epistaxi	CIE9: 784 7 "Epistaxis"	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 784 7 "Epistaxis") atesos per la infermera amb presa TA a paràmetres clínics / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 784 7 "Epistaxis" 784 7) x 100.
Tap cerumen	CIE9: 380 4 "Cerumen impactado"	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 380 4 "Cerumen impactado") atesos per la infermera amb exploració general (otoscòpia) i ordres i procediments extracció cerumen / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: 380 4 "Cerumen impactado") x 100.
Restrenyiment	CIE9: 564 0 "Restrenyiment"	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 564 0 "Restrenyiment") atesos per la infermera amb consell fullet «Dieta Restrenyiment» / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 564 0 "Restrenyiment") x 100.

Taula 3: Indicadors específics per a les guies de resolució conjunta

Protocols GID	Diagnòstic	Indicador
Crisi HTA	CIE-9: 401 9 «Hipertensión» Cal valorar segons les xifres de la TA	Nombre de motius de consulta (CIE-9: 401 9 «Hipertensión») atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA, FC i amb recomanacions dietètiques a HTA / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: 401 9 «Hipertensión») x 100.
Dispnea (també asma i MPOC)	CIE9: 786 0 “Disnea y alteraciones respiratorias”	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 786 0 “Disnea y alteraciones respiratorias”) atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA, FC, Temperatura, FR i SatO2 i/o amb ordre i procediment càmera d'inhalació i consell d'ús apropiat de medicació / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 786 0 “Disnea y alteraciones respiratorias”) x 100.
Mareig	CIE9: 780 4 “Vertigo y Mareos”	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 780 4 “Vertigo y Mareos”) atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA i FC / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 780 4 “Vertigo y Mareos”) x 100.
Síndrome miccional	CIE-9: 788 1 «Disuria» 788 4 «Micción frecuente y poliuria»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 788 1 «Disuria») atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA i Tª i amb ordre i procediment tira de orina/ Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 788 1 «Disuria») x 100. Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 788 4 «Micción frecuente y poliuria») atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA i Tª i amb ordre i procediment tira de orina / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 788 4 «Micción frecuente y poliuria») x 100.
Hipoglucèmia	CIE-9: 251 2 «Hipoglucemia no especificada»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 251 2. «Hipoglucemia no especificada») atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA, FC i glucèmia capil·lar / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 251 2. «Hipoglucemia no especificada») x 100.
Hiperoglucèmia	CIE-9: 790 6 . «Hiperoglucemia»	Nombre de motius de consulta (CIE-9: codi 790 6 . «Hiperoglucemia») atesos per la infermera amb paràmetres clínics TA, FC i glucèmia capil·lar / Nombre total de motius de consulta (CIE-9: codi 790 6 . «Hiperoglucemia») x 100.



Abscés cutani

Definició / Motiu de la consulta



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

Els microorganismes més habituals que causen els abscessos són els estafilococs aureus¹² (els multi resistents, MARSAs, són uns dels més freqüents) i els estreptococs pyogenes. Els de la regió perineal contenen microorganismes presents a la matèria fecal, en general anaerobis o una combinació d'aerobis i anaerobis.

Anamnesi



1. Antecedents personals:^{1,3}

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

2. Característiques de l'abscés:

- Factors desencadenants o precipitants: pacients amb sobrecreixement bacterià (higiene insuficient, seborrea, etc.), fricció excessiva, radioteràpia, picada...
- Curs evolutiu.

Valoració¹



- 1) Estat general. Si hi ha afectació de l'estat general, comprovar constants.
- 2) Control de la temperatura axil·lar.
- 3) Característiques de la lesió: nombre, localització, mida, extensió, dolor, edema i eritema local, calor i sensibilitat al tacte, induració, fluctuació, drenatge espontani, necrosi...
- 4) Palpació ganglis limfàtics regionals. Les àrees on es poden palpar ganglis limfàtics inflamats amb els dits són: l'engonal, l'aixella, el coll, sota la mandíbula i la barbata, darrere les orelles, sobre la part posterior del cap.

PI01 - Abscés cutani

Diagnòstic



CIE-9: 682 «Celulitis/absceso...» (escollir el més adequat segons la localització)

NANDA: 00046 «Deterioro de la integritat cutànea»

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si: ^{1,3-5}

- Presenta criteris d'antibioteràpia:
 - Afectació de l'estat general. Febre, sospita d'infecció evolucionada.
 - Cel·lulitis disseminada en territoris pròxims a la lesió. Inflamació de ganglis limfàtics regionals.
 - Abscessos de gran extensió.
 - Afectació facial, bucal, faríngia, perianal, genital, inguinal o articular*.
 - Necrosi. Una complicació de les infeccions a la pell podria ser la fasciïtis necrosant.
 - Immunosupressió.
- Patologia crònica concomitant causal, predisposant o factor agreujant:
 - Hospitalitzacions recents.
 - Ús de corticoides.
 - Diabetis.
 - Coexistència d'altres lesions a la pell.
- Tractament amb anticoagulants.
- Si està relacionat amb l'ús de drogues o substàncies tòxiques per via parenteral.

(* *Les localitzacions dels abscessos a la zona perirectal, anterior i lateral del coll, mà (excepte paroníquia), adjacents a nervis vitals o vasos sanguinis (nervi facial, artèria caròtida, artèria femoral...), triangle central de la cara (boca-nas) i mames són susceptibles de derivació a cirurgia.*

Intervencions

El drenatge és l'opció terapèutica d'elecció només en període de fluctuació¹. No s'han de fer maniobres locals agressives ni quirúrgiques en etapes prèvies. Si el drenatge no és possible cal aplicar calor local amb foment humit durant 24 hores (15 minuts, 3-4 vegades al dia) per facilitar-ho i citar amb la seva infermera de referència per a valorar si ja es pot drenar a les 24h.

Tècnica del drenatge^{1,4,6}

- Informar a l'usuari de la tècnica que realitzarem i donar-li el consentiment informat per a que el signi (disponible a l'apartat de consells d'e_SIAP).
- Netejar i desinfectar la zona. Netejar la superfície a drenar amb sèrum fisiològic i algun antisèptic (preferentment clorhexidina alcohòlica al 2 % però si la pell no està íntegra o la zona està propera a una mucosa utilitzar clorhexidina aquosa al 2 %. Si està contraindicada usar povidona iodada).⁷ Delimitar el camp estèril.

PI01 - Abscés cutani

- Anestèsia: emprar un anestèsic sense vasoconstrictor (per evitar la necrosi dels teixits infectats) per exemple mepivacaina 2 % hidroclorur (scandinibsa®). No es pot administrar sobre el teixit inflammat, aplicar-la en forma de «romboide» al voltant de la zona afectada: deixar un marge generós per no punxar l'abscés. Les puncions es dirigeixen totes en la mateixa direcció de manera que es vagi rodejant la zona inflamada i es fan punxant sobre zona ja anestesiada per disminuir el dolor. Esperar uns minuts abans de realitzar la incisió.
- Incisió: la zona de fluctuació a l'abscés ens indica la localització correcta per a la incisió. En furúncols, cal fer la incisió a la zona de més declivi i de pell necròtica. La incisió amb bisturí (preferentment del número 11) ha de seguir els plecs naturals de la pell, ser ràpida, i àmplia per facilitar la sortida correcta i completa del pus.
- Drenatge: protegir la zona amb gases. Es recomana emprar ulleres protectores i valorar la necessitat d'utilitzar mascareta i bata impermeable per possibles projeccions de material purulent. Quan comença a sortir el pus, es pot ajudar el drenatge fent pressió cap a la zona d'incisió, evitant espremer en sentit vertical al pla de l'abscés (faríem l'efecte «rellotge de sorra» i empenyeríem el pus a plans profunds).
- Desbridament: introduir una pinça Kocher a la cavitat, obrir-la i tancar-la a l'interior per trencar els possibles envans que s'hi hagin pogut formar i per eliminar restes de teixit necròtic i fibrina.
- Rentat de la cavitat: amb xeringa i abundant sèrum fisiològic a pressió.
- Col·locació del drenatge: els abscessos s'han de curar per segona intenció i, per evitar que tanquin en fals, és necessari posar una gassa insinuada o un apòsit en tira (exemple: tira d'hidrofibra d'hidrocolloide o d'alginat. L'aplicació d'hidrofibra amb plata, per exemple Aquacel Ag® està relacionada amb una disminució del dolor i una curació més ràpida)⁴. És important que el material de drenatge incorporat no empleni tota la cavitat de l'abscés i exerceixi una pressió excessiva per evitar la necrosi dels teixits. Cobrir amb un apòsit oclusiu o semioclusiu.

Altres intervencions

- En cas de necessitar antibioteràpia és preferible la via oral respecte al tractament tòpic, ja que aquest s'ha associat amb una baixa efectivitat i un increment de resistències,^{2,3,8} seguint les indicacions de la guia PRAN.⁵
- Si hi ha dolor associat, l'analgèsic d'elecció és paracetamol 500-650 mg c/8 hores o ibuprofè 400 mg c/8 hores (segons l'afectació). Si insuficiència renal moderada evitar ibuprofè o reduir a 200mg/8h fins un màxim de 5 dies. Si insuficiència renal greu, insuficiència hepàtica o asma evitar AINE. Si HTA, insuficiència cardíaca o malaltia cardiovascular, precaució amb l'ús d'AINE.
- Profilaxi antitetànica, si cal.

PI01 - Abscés cutani

Recomanacions


- Informar al pacient que si té afectació de l'estat general, febre, cel·lulitis extensa o disseminació de la infecció, aparició de signes de necrosi, hemorràgia o intolerància al tractament, ha de contactar amb el professional urgentment per valorar alternatives terapèutiques.
- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](https://ssib.es)
- Les cures posteriors han de ser periòdiques (cada 24-48 h), netejant la lesió amb sèrum fisiològic i insinuant nous apòsits en tira fins que deixi de sortir material purulent. Més endavant, les cures es poden espaiar fins que el teixit de granulació reompli la cavitat.
- Mesures higièniques generals de cura de la pell per evitar recurrències: higiene diària, rentat reiterat de mans i ungles, tovallola d'ús exclusiu personal, canvi freqüent de roba de contacte (de cotó i ampla), evitar traumes locals, rasurats i desodorants.
- Citar per a control i cures posteriors a les 24-72 hores segons les característiques de l'abscés.

Bibliografia



1. Amat, G. Abscés cutani. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandaritzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. [Consultat 29 febrer de 2023]. Disponible a: [PC1001_Absces_aguda_octubre-2018_inf.pdf \(gencat.cat\)](#)
2. Williamson DA, Carter GP, Howden BP. Current and Emerging Topical Antibacterials and Antiseptics: Agents, Action, and Resistance Patterns. Clin Microbiol Rev. 2017;30(3):827-860. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28592405/>
3. Spelman D, Baddour L. Acute cel·lulitis and erysipelas in adults: Treatment. En: Lowy FD, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023. [Consultat 2 de gener de 2023]. Disponible a: <https://www.uptodate.com/contents/acute-cellulitis-and-erysipelas-in-adults-treatment>
4. Becker T. Techniques for skin abscess drainage. En: Stack AM et al., ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023. [Consultat 5 de gener de 2023]. Disponible a: <https://www.uptodate.com/contents/techniques-for-skin-abscess-drainage>
5. PRAN. Absceso cutáneo en adultos. Infecciones bacterianas. Infecciones primarias de piel y partes blandas en adultos. Tratamiento de las infecciones en la comunidad: población adulta. En: Acosta H et al, eds. Guía Terapéutica Antimicrobiana del SNS. Plan Nacional Resistencia Antibióticos (PRAN)[Internet]. 3ª ed. Madrid: Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS): s/d. [Consultat 2 de gener de 2023]. Disponible a: [Navegación Guías PRAN Humana | PRAN \(resistenciaantibioticos.es\)](#)
6. Arribas JM, Chavero B, Alvargonzález M, Elgeadi W. Anestesia en cirugía menor . En: Guías Clínicas. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2019. [Consultat 17 novembre de 2022]. Disponible a: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/anestesia-cirurgia-menor/>
7. Leaper D, Rochon M, Pinkney T, Edmiston CE. Guidelines for the prevention of surgical site infection: an update from NICE. Infect Prev Pract. 2019 Nov 22;1(3-4):100026. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8336317/>
8. Norman G, Dumville JC, Mohapatra DP, Owens GL, Crosbie EJ. Antibiotics and antiseptics for surgical wounds healing by secondary intention. Cochrane Database Syst Rev. 2016;3(3):CD011712. [Consultat 5 de agost de 2022]. Disponible a: [cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011712.pub2/information](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011712.pub2/information)

PIO1 - Abscés cutani

Abscés cutani	Acumulació de pus a la pell o al teixit subcutani.	
Anamnesi	Valoració	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Edat. Malalties prèvies i hospitalitzacions recents. Abscessos recurrents i infeccions recents. ▫ Fàrmacs i al·lèrgies. Antecedents de consum de substàncies per via parenteral (UDVP). ▫ Estat de la vacunació (Td). ▫ Embaràs o lactància. ▪ Característiques de l'abscés: factors desencadenants o precipitants i curs evolutiu. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. Constants si afectació general. ▪ Control de la temperatura. ▪ Característiques de la lesió. ▪ Palpació ganglis limfàtics regionals. 	
Diagnòstic CIE-9	NANDA	
682 «Celulitis/absceso...» (escollir el més adequat segons la localització)	00046 «Deterioro integridad cutánea»	
Pla d'actuació		
<p>Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presenta criteris d'antibioteràpia: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Afectació de l'estat general. Febre, sospita d'infecció evolucionada. ▫ Cel·lulitis disseminada en territoris pròxims a la lesió. Inflamació de ganglis limfàtics regionals. ▫ Abscessos de gran extensió. ▫ Afectació facial, bucal, faríngia, perianal, genital, inguinal o articular. ▫ Aparició de necrosi. Una complicació de les infeccions a la pell podria ser la fasciïtis necrosant. ▫ Immunosupressió. ▪ Patologia crònica concomitant causal, predisposant o factor agreujant. Tractament amb anticoagulants. UDVP. <p>Intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abans del drenatge demanar consentiment informat signat (apartat consells eSiap). ▪ El drenatge només es pot fer en el període de fluctuació. Si no és possible drenar: aplicar calor local amb foment humits 24 h per facilitar-ho (durant 15 minuts, 3-4 cada dia). Citar amb la seva infermera. ▪ Tècnica del drenatge: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Neteja i desinfecció de la zona. Delimitació del camp estèril. Anestèsia: mepivacaïna 2 % hidroclorur (scandinibsa®). ▫ Incisió: en els abscessos, la zona de fluctuació indica la localització correcta per a la incisió. En furúncols, cal fer la incisió en la zona de més declivi i de pell necròtica. Incisió ràpida i àmplia amb bisturi (es proposa el núm. 11). ▫ Drenatge: protegir la zona amb gases. Es recomana l'ús d'ulleres protectores per possibles projeccions de material purulent (mascareta i bata si cal). Quan comença a sortir el pus, es pot ajudar el drenatge fent pressió cap a la zona d'incisió, evitant espremer en sentit vertical al pla de l'abscés. ▫ Desbridament: introduir una pinça Kocher a la cavitat, obrir-la i tancar-la a l'interior per trencar els possibles envans que s'hi hagin pogut formar i per eliminar restes de teixit necròtic i fibrina. ▫ Rentat de la cavitat: amb xeringa i abundant sèrum fisiològic per fer pressió. ▫ Col·locació del drenatge: posar una tira de gassa o hidrofibra amb Ag sense exercir pressió. Requereix un apòsit oclusiu. ▫ En cas de la sospita de necessitat d'antibioteràpia, es preferible la via oral respecte al tractament tòpic. ▫ Si dolor associat, analgèsia. Profilaxi antitètica, si cal. <p>Recomanacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si afectació de l'estat general, febre, cel·lulitis extensa o disseminació de la infecció, aparició de signes de necrosi, hemorràgia o intolerància al tractament, contactar amb el professional urgentment. ▪ Cures periòdiques (24-48 h), amb neteja de sèrum fisiològic i insinuant nous apòsits en tira. ▪ Mesures higièniques generals de cura de la pell. ▪ Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP. ▪ Cita per a control i cures posteriors a les 24-72 hores (segons l'abscés). 		

Afta oral

Definició / Motiu de la consulta



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

Cal diferenciar entre aftes agudes (causes traumàtiques i infeccioses) i recurrents o cròniques (alteracions immunològiques, sistèmiques etc.).^{1,3}

Anamnesi



1) Antecedents personals:^{1,4-6}

- Embaràs.
- Procediments odontològics (pròtesi, bràquets, ortodòncies), pírcings o traumatismes locals (mossegades...).
- Avaluar l'estat de la vacunació de diftèria-tètanus (Td).
- Consum de tòxics i alcohol. Cessament de l'hàbit tabàquic.
- Fàrmacs (immunosupressors, corticoides...) i al·lèrgies.
- Malalties/processos de base (hematològiques, reumàtiques, immunosupressió, líquen pla, radioteràpia, quimioteràpia...). Intolerància al gluten. Alteracions digestives.
- Antecedents previs d'aftes.

(*) És altament infreqüent l'aparició d'aftes a fumadors actius, possiblement per l'augment de la queratinització de la mucosa oral.⁶⁻⁸

2) Característiques de la lesió:

- Factors desencadenants o precipitants:^{2,6,7}
 - Coincidència amb la presa d'algun aliment: cítrics, àcid, llet, marisc, xocolata, nous, avellanes, mostassa, canyella, blat, soja, formatge...
 - Dèficit de ferro, zinc, vitamina B6, B12, àcid fòlic, tiamina o vitamina D.
 - Al·lèrgies alimentàries.
 - Infeccions.
 - Menstruació.
 - Trastorns de l'estat d'ànim: ansietat, depressió, estrès...
 - Relacions sexuals de risc.
- Curs evolutiu.

PIO2 – Afta oral

3) Signes i símptomes acompanyants.^{3,7}

- Síntomes sistèmics: pèrdua de pes no explicada, erupcions a la pell, febre, cefalea, adenopaties...
- Síntomes locals associats: sagnat, exsudat, dolor...
- Lesions a altres localitzacions com, per exemple, als genitals.

Valoració^{3,7}



- 1) Estat general.
- 2) Control de la temperatura corporal.
- 3) Localització: mucosa oral, llavis; paladar tou, sòl de la boca...
- 4) Extensió de la lesió.
- 5) Característiques del dolor. Escala EVA.
- 6) Altres característiques de la lesió: valorar el nombre, la forma, l'aspecte del fons (net, purulent, necròtic), el color, l'estat de la mucosa perilesional, secreció i la presència d'altres lesions. Habitualment hi trobarem: lesions de forma arrodonida, ben delimitada, de color blanquinós, grisós o grogós, amb les vores eritematoses.
- 7) Adenopaties regionals.
- 8) Higiene oral.

Diagnòstic



CIE-9: 528|2| «Aftas bucales»

NANDA: 00045 «Deterioro de la integridad de la mucosa oral»
00247 «Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral»
00132 «Dolor agudo»
00004 «Riesgo de infección»

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:

- Afectació de l'estat general: febre, signes d'infecció, diarrea, cefalea, o coexistència amb altres lesions cutànies com erupcions.
- Durada >2 setmanes, tant si és lesió única com múltiple (per avaluar biòpsia).
- Aftes majors d' 1 cm o amb característiques que facin pensar en un altre tipus de lesió oral (herpetiformes, hiperpigmentades, herpes simple...).
- Aftes recidivants, recurrents (3 o més vegades en un any) o cròniques.
- Adenopaties regionals.
- Maloclusió o disfàgia.
- Sospita d'infeccions de transmissió sexual (ITS). Coexistència amb lesions a altres localitzacions.

- Sospita d'al·lèrgia alimentària.

Intervencions

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

En cas de requerir tractament farmacològic, aquest és simptomàtic⁶ i pal·liatiu. La teràpia recomanada és tòpica, gel o pasta per aftes solitàries o en forma de col·lutori per lesions més nombroses.⁸

- Tòpics, es pot recomanar una de les opcions següents:
 - Àcid hialurònic tòpic després de les menjades principals durant uns 7 dies, no menjar ni beure 30 minuts després d'aplicar-lo.^{8,9}
 - Anestèsics locals: lidocaïna al 2% abans de les menjades o cada 3h si és necessari.^{8,10}
 - Si lactància o embaràs: es pot emprar col·lutoris de clorhexidina al 0.2% després de les menjades principals i no menjar ni beure res durant els següents 30 minuts.
- Orals: analgèsia, si cal, amb Paracetamol 500-650gr/8h o Ibuprofè 400mg/8h (ajustar segons l'afecció). En cas de HTA, asma o IRC el fàrmac d'elecció és el paracetamol.

Recomanacions

- Intentar evitar els factors desencadenants, si són identificats: manipulacions dentals, automossegar-se...
- Promoure hàbits de vida saludables: evitar tòxics i l'estrès i fer una dieta variada i rica en micronutrients (ferro, zinc i vitamines del grup B).
- Mentre molestin les aftes:
 - Evitar agents irritants a l'hora de menjar o beure. Els aliments freds són més ben tolerats que els calents.
 - Evitar aliments cítrics, vinagres o molt condimentats que exacerbïn el dolor.
- Higiene bucal adequada no traumàtica: raspall de dents suau, fil dental encerat...¹⁰
- Evitar pasta de dents amb lauril sulfat de sodi (SLS), un dels seus components habituals^{8,10}
- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](https://ssib.es)
- Consultar de nou amb el seu professional de referència si aparició de signes d'alerta.

Bibliografia



1. Amat G, Giner C. Afta bucal. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. [Consultat 22 febrer de 2023]. Disponible a: [PC1003_Afta-bucal_aguda_octubre-2018_inf.pdf \(gencat.cat\)](#)
2. Riera G, Riera E. La aftosis oral recurrente en Reumatología. Reumatol Clin. 2011;7(5):323-328. Disponible a: [reumatologiaclinica.org/es-la-aftosis-oral-recurrente-reumatologia-articulo-S1699258X11001732](#)
3. Lodi G, Oral lesions.. En: Lowy FD, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023. [Consultat 23 de gener de 2023]. Disponible a: [uptodate.com/contents/oral-lesions](#).
4. Gonzalez M. Estomatitis aftosa recurrente. En: Guías Clínicas. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2017. [Consultat 17 novembre de 2022]. Disponible a: [fisterra.com/guias-clinicas/estomatitis-aftosa-recurrente/#28104](#)
5. Afta oral. En: Brugués A et al, dir. Guia d'intervencions d'infermera a Problemes de Salut Urgents. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. 1ª ed, 1ª rev. [Internet]. Castelldefels (Barcelona): Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP); 2020. p18. [Consultat 26 febrer de 2023]. Disponible a: [https://www.casap.cat/wp-content/uploads/2020/02/Gesti%C3%B3-infermera-de-la-demanda-CUAP-2020-breu.pdf](#)
6. Bonet R, Garrote A. Aftas bucales. Farm prof 2015;29(1): 27-31. Disponible a: [elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-aftas-bucales-X0213932415727469](#)
7. Plewa MC, Chatterjee K. Aphthous Stomatitis. [Updated 2022 Aug 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. [Consultat 10 gener de 2023]. Disponible a: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431059/](#)
8. Lau CB, Smith GP. Recurrent aphthous stomatitis: A comprehensive review and recommendations on therapeutic options. Dermatol Ther [Internet]. 2022;35(6):e15500. Disponible a: [http://dx.doi.org/10.1111/dth.15500](#)
9. Ácido hialurónico (tópico bucal). En: Medicamentos. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2022. [Consultat 17 novembre de 2022]. Disponible a: [https://www.fisterra.com/fichas/interior.asp?idArbol=2&idTipoFicha=4&urlseo=acido-hialuronico-topico-bucal](#)
10. Brice, S. Recurrent aphthous stomatitis. En: Dellavalle RP, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023. [Consultat 5 de gener de 2023]. Disponible a: [https://www.uptodate.com/contents/recurrent-aphthous-stomatitis?](#)



Aftes orals	<p>Les aftes orals són pèrdues de substància de la mucosa oral. Clínicament, trobarem la presència d'una o més úlceres a la mucosa oral, llavis, paladar tou o sòl de la boca, que solen produir dolor, generalment s'autolimiten i cicatritzen en 10-14 dies.</p> <p>Cal diferenciar entre aftes agudes i recurrents o cròniques.</p>	
Anamnesi	Valoració	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Embaràs. ▫ Procediments dentaris, pírcings o traumatismes locals. ▫ Avaluat l'estat de la vacunació de diftèria-tètanus (Td). ▫ Consum de tòxics i alcohol. Cessament de l'hàbit tabàquic. ▫ Fàrmacs i al·lèrgies. ▫ Malalties/processos de base. Intolerància al gluten. Alteracions digestives. ▫ Antecedents previs d'aftes. ▪ Característiques de la lesió: factors desencadenants o precipitants i curs evolutiu. ▪ Signes i símptomes acompanyants: símptomes sistèmics, locals associats o lesions a altres localitzacions. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ Control de la temperatura corporal. ▪ Localització. ▪ Extensió de la lesió. ▪ Característiques del dolor, Escala EVA. ▪ Altres característiques de la lesió: valorar el nombre, la forma, l'aspecte del fons, el color, l'estat de la mucosa perilesional, secreció i la presència d'altres lesions. ▪ Valoració d'adenopaties regionals. ▪ Higiene oral. 	
Diagnòstic CIE-9	NANDA	
528 2 «Aftas bucales»	00045 «Deterioro de la integridad de la mucosa oral» 00247 «Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral» 00132 «Dolor agudo» 00004 «Riesgo de infección»	
Pla d'actuació		
<p>Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afectació de l'estat general o coexistència amb altres lesions cutànies com erupcions. ▪ Durada >2 setmanes, tant si és lesió única com múltiple (per avaluar biòpsia). ▪ Aftes majors d' 1 cm o amb característiques que facin pensar en un altre tipus de lesió oral. ▪ Aftes recidivants, recurrents (3 o més vegades en un any) o cròniques. ▪ Adenopaties regionals. ▪ Aparició de maloclusió o disfàgia. ▪ Sospita d'infeccions de transmissió sexual (ITS). Coexistència amb lesions a altres localitzacions. ▪ Sospita d'al·lèrgia alimentària <p>Intervencions</p> <p>La majoria de les úlceres orals agudes es curen espontàniament. En cas de requerir tractament farmacològic, aquest és simptomàtic:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Àcid hialurònic tòpic després de les menjades principals durant uns 7 dies, no menjar ni beure 30 minuts després d'aplicar-lo. ▪ Anestèsics locals: lidocaina al 2% abans de les menjades o cada 3h si és necessari. ▪ Si lactància o embaràs: es pot emprar col·lutoris de clorhexidina al 0.2% després de les menjades principals i no menjar ni beure res durant els següents 30 minuts. ▪ Orals: analgesia si cal. <p>Recomanacions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminar el factor desencadenant, si és identificat. ▪ Promoure hàbits de vida saludables: no tòxics i dieta variada i rica en micronutrients (ferro, zinc i vitamines del grup B), evitar l'estrès. ▪ Mentre molestin les aftes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar agents irritants a l'hora de menjar o beure. Els aliments freds són més ben tolerats que els calents. ▪ Evitar aliments cítrics, vinagres o molt condimentats que exacerbin el dolor. ▪ Higiene bucal adequada no traumàtica: raspall de dents suau, fil dental encerat... ▪ Evitar el lauril sulfato de sodi (SLS), un ingredient comú a la pasta de dents. ▪ Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP. ▪ Consultar amb el seu professional de referència si aparició de signes d'alerta. 		

Anticoncepció d'urgència

Definició / Motiu de la consulta



L'anticoncepció d'urgència és el procediment pel qual s'administra un medicament que conté substàncies hormonals (progestàgens) per intentar evitar la possibilitat d'un embaràs no desitjat, en els casos següents:¹

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

Anamnesi



1) Antecedents personals i familiars:²

- Edat.
- Embaràs. Alletament matern.
- Patologia prèvia (malalties psiquiàtriques, síndrome de mala absorció intestinal, tromboembolismes, insuficiència hepàtica greu, etc.). També consultar antecedents de salpingitis o embaràs ectòpic, ja que la presa de determinats tipus d'anticoncepció d'urgència pot incrementar el risc d'un nou embaràs ectòpic.³
- Característiques del cicle menstrual.
- Factors de risc cardiovascular.
- Hàbits tòxics: alcoholisme, tabac, drogues.
- Fàrmacs. Al·lèrgies farmacològiques (excloure hipersensibilitat al fàrmac o excipients).
- Mètode anticonceptiu habitual, ús previ d'anticoncepció d'urgència, avortaments.

2) Característiques de la demanda:

- Factors desencadenants o precipitants: consum de substàncies tòxiques, possibilitat de relació no consentida...
 - Temps transcorregut des del coit desprotegit per determinar si està dins les 72 hores d'indicació de l'anticoncepció d'urgència (veure intervencions).
 - Data de la darrera regla, avaluar possibilitat d'embaràs.

PI03 – Anticoncepció d'urgència

Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Maduresa psicològica i emocional en usuàries de 12 a 16 anys (deixar constància a la història clínica)*.⁴
- 3) Consentiment de la relació**.
- 4) Possibles interaccions:⁵
 - Antiepilèptics (carbamazepina, oxcarbamazepina, fenitoïna, fenobarbital, primidona, topiramal).
 - Antifúngics (griseofulvina).
 - Medicaments per VIH (ritonavir, efavirenz)
 - Antituberculosos (rifabutina, rifampicina).
 - Plantes medicinals que continguin herba de Sant Joan (*Hypericum perforatum*).

(*) Es considera menor immadur qualsevol pacient o usuari menor de 16 anys que, segons el criteri del metge o del professional sanitari responsable, no tingui la capacitat intel·lectual o emocional per entendre la informació sanitària que se li facilita o l'abast de la intervenció o de l'actuació referent a la seva salut⁴.

(**) El Codi Penal castiga amb caràcter general la realització d'actes de caràcter sexual amb menors de 16 anys. No obstant això, el consentiment lliure de la menor de 16 anys exclourà la responsabilitat penal quan l'autor sigui una persona pròxima a aquesta per edat i grau de desenvolupament o maduresa física i psicològica, sempre que no hi hagi violència, intimidació o abús d'una situació de superioritat o la menor es trobi privada de sentit o s'abusés de la seva situació mental o tingui anul·lada per qualsevol causa la seva voluntat.

Qualsevol professional que tingués coneixement de qualsevol fet que pogués ser constitutiu d'un delictes contra la llibertat i identitat sexual d'un menor ho ha de posar en coneixement dels seus representants legals, del Ministeri Fiscal o del Jutjat de Guàrdia (enviar dins d'un sobre tancat a la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca).⁴

PIO3 – Anticoncepció d'urgència

Diagnòstic



CIE-9: V25|0|3 «Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente»
NANDA: 00188 «Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud»
00161 «Disposición para mejorar los conocimientos»

Pla d'actuació



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

- Menor de 12 anys (derivar a pediatria).
- Relació no consentida o en circumstàncies que puguin alterar l'estat de consciència. Activar el circuit de comunicat de lesions i violència.
- Antecedents de tromboembolismes, malaltia hepàtica i malaltia intestinal inflamatòria crònica.
- Sospita de risc d'infeccions de transmissió sexual: valorar el diagnòstic i la possible profilaxi.
- Embaràs: derivar a la comare de la Unitat d'Atenció a la Dona (UAD).
- Han passat 72-120 hores del coit: valorar prescripció d' acetat d'ulipristal 30mg (fora de petitori, recepta no finançada). No recomanat en insuficiència hepàtica greu ni en asma bronquial sever tractat amb corticoides orals.³
- Han passat més de 120 hores del coit per fer derivació a ginecologia.
- Possibles interaccions farmacològiques (vegeu apartat 3 *Valoració*) s'aconsella doblar la dosi de la anticoncepció d'urgència.

Intervencions

- Només és necessari fer el test d'embaràs en cas de: retard de la menstruació > 5 dies, si ha tengut més relacions sexuals sense protecció dins el mateix cicle, si té dubtes del temps transcorregut des del coit sense protecció o hemorràgia anòmala⁷
- Si es tracta d'una menor entre 12 i 16 anys, sense el grau de maduresa adequat, és la persona que la representa legalment la que ha de donar el consentiment després d'haver-la escoltat⁴.
- Subministrar Levonorgestrel 1.500 mcg (1,5 mg) via oral el més aviat possible i abans de les 72 hores del coit.²⁵ S'aconsella la presa davant el professional, si és possible, i cal assegurar-se que no estigui en dejú. Cal tenir el consentiment informat oral i deixar-ne constància en la història clínica.
- Si lactància s'ha de recomanar que els comprimits es prenguin just després de donar el pit. El fabricant recomana la interrupció de la lactància durant 8 hores després de la presa del fàrmac, altres autors no aconsellen la interrupció per l'escassa quantitat excretada en la llet.⁶
- Informar dels possibles efectes secundaris del tractament anticonceptiu d'urgència (dolors abdominals, cansament, nàusees, vòmits, mal de cap, marejos, tensió mamària, alteracions del cicle menstrual, etc.), així com de la eficàcia de la píndola (disminueix a mesura que passa el temps: 95 % en les primeres 24 hores, 85 % en les 24-48 hores). Cal registrar el consentiment oral.



PI03 – Anticoncepció d'urgència

Recomanacions

- Si vomita abans de 3 hores,^{2,5} ha de tornar perquè cal prendre una altra dosi ja que no es pot assegurar que s'hagi absorbida.
- La presa de Levonorgestrel no contraindica la continuïtat de la seva anticoncepció hormonal regular, és a dir, la usuària ha de continuar amb la seva pauta habitual i, en el cas de no tenir la regla durant el període de descans, s'ha de fer un test per descartar un possible embaràs.
- Donar el consell breu acompanyat del fullet «Anticoncepció oral urgent», disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP, remarcant que l'eficàcia de la medicació per evitar l'embaràs no és del cent per cent i si manté relacions sexuals durant el tractament pot ser que no sigui efectiu. Recomana l'ús de preservatius.
- Contactar amb el professional de referència si la menstruació es retarda més de 5 dies o és més escassa/abundant del que és habitual o si la dona té sospita d'un possible embaràs.
- Valorar la necessitat de seguiment per la comare de la Unitat d'Atenció a la Dona per rebre educació sexual i assessorament sobre anticoncepció, i pels seus professionals de referència.


PI03 – Anticoncepció d'urgència

Bibliografia



1. Decreto 96/2008, de 19 de septiembre, por el que se regula la prescripción y la dispensación a los centros asistenciales del Servicio de Salud de las Islas Baleares de los medicamentos de intercepción postcoital. BOIB Núm. 139, de 2 de octubre 2008, 17-18.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterinas de Práctica Clínica en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social-Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Disponible a: portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf.
3. Anticoncepción de emergencia. En: Sarrión JA, Barberá A, Santamaria JM, coord. Atención a la demanda: Atención a procesos agudos de demanda en las consulta de enfermería de Atención Primaria. Madrid: Gerencia Asistencial de Atención Primaria; 2021. p. 63-68.
4. Ramis MR, Cáceres Y, Vidal MC, Núñez C, Carandell E, Lafau O. Aspectes legals en l'atenció sanitària a menors en el marc de la Consulta Jove. 3^a ed. Palma: Atenció Primària de Mallorca; 2022. Disponible a: <https://docusalut.com/handle/20.500.13003/18029?locale-attribute=ca>
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Levonorgestrel 1,5 mg comprimido. Madrid: AEMPS. [Consultat 10 de maig 2022]. Disponible a: cima.aemps.es/cima/publico/home.html
6. e-lactancia.org. Levonorgestrel 1'5mg. [Internet]. Madrid: APILAM: Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna; 2022. [última actualització 9 març de 2022]. [Consultat 10 de febrer de 2023]. Disponible a: <https://e-lactancia.org> <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/levonorgestrel-1-5-mg/tradename/>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 3^a ed. Ginebra: OMS; 2018. Disponible a: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1

PI03 – Anticoncepció d'urgència

Anticoncepció d'urgència	L'anticoncepció d'urgència és un procediment en el qual s'administra un medicament que conté substàncies hormonals (progestàgens) per intentar evitar la possibilitat d'un embaràs no desitjat.	
Anamnesi	Valoració	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals i familiars: edat, embaràs, alletament matern, patologia prèvia, característiques del cicle menstrual, factors de risc cardiovascular, hàbits tòxics, fàrmacs, al·lèrgies farmacològiques, mètode anticonceptiu habitual, ús previ d'anticoncepció d'urgència, avortaments. ▪ Característiques de la demanda: factors desencadenants o precipitants, temps transcorregut des del coit desprotegit i data de la darrera regla (possibilitat d'embaràs). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ Valoració de l'edat: 12-16 anys valoració maduresa psicològica i emocional. ▪ Consentiment de la relació. ▪ Possibles interaccions: antiepilèptics, antifúngics, medicaments per VIH, antituberculosos, plantes medicinals que contenguin herba de Sant Joan, ... 	
Diagnòstic CIE-9	NANDA	
V25 0 3 «Asesoramiento y prescripción anticonceptiva urgente»	00188 «Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud» 00161 «Disposición para mejorar los conocimientos»	
Pla d'actuació		
Actuació conjunta amb el metge o metgessa o altres professionals si: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Menor de 12 anys (pediatra). ▪ Relació no consentida o circumstàncies que puguin alterar l'estat de consciència. Activar el circuit de comunicat de lesions i violència. ▪ Antecedents de tromboembolismes, malaltia hepàtica i malaltia intestinal inflamatòria crònica. ▪ Sospita de risc d'infeccions de transmissió sexual: valorar el diagnòstic i la possible profilaxi. ▪ Embaràs: derivar a la comare de la Unitat d'Atenció a la Dona (UAD). ▪ Han passat 72-120 hores del coit: valorar prescripció d'acetat d'ulipristal 30mg. ▪ Han passat més de 120 hores del coit per fer derivació a ginecologia. ▪ Possibles interaccions farmacològiques (vegeu apartat 3. Valoració) s'aconsella doblar la dosi de la anticoncepció d'urgència. 		
Intervencions <ul style="list-style-type: none"> ▪ Només és necessari fer el test d'embaràs en cas de: retard de la menstruació > 5 dies, si ha tingut més relacions sexuals sense protecció dins el mateix cicle, si té dubtes del temps transcorregut des del coit sense protecció o hemorràgia anòmala. ▪ Si es tracta d'una menor entre 12 i 16 anys sense el grau de maduresa adequat, és la persona que la representa legalment la que ha de donar el consentiment. ▪ Subministrar Levonorgestrel 1,500 mcg (1,5 mg) via oral el més aviat possible i abans de les 72 hores del coit. S'aconsella la presa davant el professional i assegurar-se que no estigui en dejú. Demanar consentiment informat oral i registrar-ho. ▪ Si lactància s'ha de recomanar que els comprimits es prenguin just després de donar el pit. ▪ Informar dels efectes secundaris del tractament anticonceptiu d'urgència així com de la eficàcia de la píndola. Registrar consentiment oral. 		
Recomanacions <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si vomita abans de 3 hores ha de tornar perquè cal prendre una altra dosi. ▪ La presa de Levonorgestrel no contraindica la continuïtat de la seva anticoncepció hormonal regular. ▪ Donar el consell breu acompanyat del fullet «Anticoncepció oral urgent» remarcant que l'eficàcia de la medicació per evitar l'embaràs no és del cent per cent i si manté relacions sexuals durant el tractament pot ser que no sigui efectiu. Recomana l'ús de preservatius. ▪ Contactar amb el professional de referència si la menstruació es retarda més de 5 dies o és més escassa/abundant del que és habitual o si la dona té sospita d'un possible embaràs. ▪ Valorar la necessitat de seguiment per la comare de la Unitat d'Atenció a la Dona per rebre educació sexual i assessorament sobre anticoncepció, i pels seus professionals de referència. 		

Contusió

Definició / Motiu de la consulta



És un traumatisme o lesió que es produeix habitualment en el sistema osteo-articular o muscular després de rebre una força directa o indirecta.¹

A més de les contusions, altres tipus de traumatismes –que no són objecte d'aquest protocol– són els esquinços i les fractures.

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

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

Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
 - Embaràs.
 - Patologia prèvia.
 - Fàrmacs² i al·lèrgies (anticoagulants, antipsicòtics).
 - Consum d'alcohol o drogues.
- 2) Característiques de la contusió:
 - Factors desencadenants o precipitants³: causa, intensitat i mecanisme de la lesió (entorn domèstic, laboral, esportiu, trànsit...), localització i context relacional (situacions de violència, alcohol, altres drogues...).
 - Curs evolutiu: data de la contusió...
- 3) Signes i símptomes acompanyants: varien fonamentalment en funció de la localització de la lesió i de la intensitat de la força. Per exemple, si es tracta d'una contusió cranial, cal demanar si hi ha hagut pèrdua de consciència i altres símptomes com vòmits, obnubilació o mareig.

Valoració¹



- 1) Estat general. Si afectació de l'estat general: constants vitals (TA i FC).
- 2) Característiques de la lesió: extensió, rubor, calor, tumefacció, deformitat, edema, parestèsies, equimosi, hematoma...
- 3) Valoració del dolor. Escala EVA.

PI04 - Contusió

- 4) Presència d'altres lesions. Estar alerta a les lesions sospitoses d'agressió (diferents lesions per diferents agents causals, de diferent cronograma, hematomes en diferent fase cromàtica, lesions a cara ventral d'avantbraços –característiques de defensa–, etc.).
- 5) Segons la localització de la lesió:^{1,3}
 - Graella costal: freqüència respiratòria, saturació d'oxigen, tiratge costal...
 - Contusió lumbar: tira d'orina.
 - Contusió cranial: valoració neurològica (escala Glasgow, nivell de consciència, alteracions del llenguatge, coordinació i marxa), vòmits...
 - Impotència funcional.
 - Valorar possible fissura o fractura subjacent.

Diagnòstic



CIE-9: 920-924 «Contusión de...» (escollir la que correspongui segons la localització de la contusió)

NANDA: Els diagnòstics següents són orientatius, segons la situació del pacient
00047 «Riesgo de la integridad cutánea»
00035 «Riesgo de lesión»

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:

- Afectació de l'estat general.
- Hemorràgia extensa.
- Pacients amb tractament anticoagulant.
- Sospita de lesió subjacent a la contusió. Per exemple:
 - Hematúria en cas de contusió lumbar.
 - Hemoptisi o dispnea en cas d'afectació toràcica.
 - Afectació neurològica: obnubilació, vòmits, cefalea, sospita de lesió d'un nervi perifèric...
 - Sospita de fractura o fissura.
- Sospita de compromís vascular. Parestèsia.⁴
- Si s'ha de tramitar un «Parte judicial de lesiones».

Intervencions

- Si ferida: seguir el «Protocol gestió de la demanda de ferida oberta».
- Repòs relatiu de la zona afectada.
- Inicialment fred local.
- Si dolor associat: l'analgèsia d'elecció és paracetamol 500-650 mg c/8 hores o ibuprofè 400 mg c/8 hores (adequar segons la patologia i afectació). S'indican analgèsics o AINE valorant si ja n'ha pres prèviament.
 - Evitar duplicitats amb prescripcions de paracetamol o de paracetamol en combinació amb altres principis actius (per exemple paracetamol/tramadol), ja que es podria superar la dosi màxima recomanada.
 - Evitar indicar un AINE si ja en té un altre de prescrit (la combinació d'AINE no augmenta l'eficàcia i sí augmenta el risc de reacció adversa).

PI04 - Contusió

- Tenir en compte al·lèrgies del pacient i consideracions especials: si insuficiència renal moderada evitar ibuprofè o reduir a 200mg/8h fins un màxim de 5 dies. Si insuficiència renal greu, insuficiència hepàtica o asma evitar AINE. Si HTA, insuficiència cardíaca o malaltia cardiovascular, precaució amb l'ús d'AINE.
- Immobilització segons la localització i el tipus de lesió.
- Si es tracta d'una contusió secundària a una caiguda: registrar-la al «Protocol registre de caigudes» accessible a l'apartat de protocols de l'e-SIAP.
- Si traumatisme cranioencefàlic (TCE) lleu: donar instruccions sobre la vigilància domiciliària durant 48h. Valorar si té persones que puguin fer la vigilància.⁵
- Accident o agressió: derivar per fer el «Parte judicial de lesions».
- Accident laboral/esportiu/trànsit: valoració i primera cura. Remetre a la seva mútua laboral. Facturació a tercers.

Recomanacions

- Explicar les mesures apropiades segons el tipus de contusió. Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](https://ssib.es)
- Consultar de nou si aparició de signes d'alerta: afectació de l'estat general, dolor no controlat amb analgèsia pautada, parestèsies, signes de compressió vascular, aparició de febre (≥ 38 °C), impotència funcional, molèsties per la immobilització, aparició d'hematúria o qualsevol altre signe d'alarma.
- En el cas de contusió cranial tornar a consultar, de forma urgent, si el pacient presenta afectació de l'estat general, somnolència, pèrdua de força/sensibilitat, cefalea, vòmits, convulsions, sortida de sang o líquid per nas o oïda...⁵
- Contactar amb el professional de referència per reavaluació i seguiment.



Bibliografia



1. Traumatisme. En: Guia d'intervencions d'infermeria a Problemes de Salut Urgents. 1ª ed. 2014, 1ª rev. 2020. Castelldefels: Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP); 2020. p 61-62.
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. Disponible a: doi.org/10.1093/ageing/afw209
3. Amat G, Muniaín M. Contusió. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. [Consultat 29 febrer de 2023]. Disponible a: [PC1007_Contusio_octubre-2018_inf.pdf](#) ([gencat.cat](#))
4. Traumatismo leve en extremidades. En: Sarrión JA, Barberá A, Santamaria JM, coord. Atención a la demanda: Atención a procesos agudos de demanda en las consulta de enfermería de Atención Primaria. Madrid: Gerencia Asistencial de Atención Primaria; 2021. p. 69-75.
5. Martín IL. Actualización en el diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico. *NPunto* 2020;25(3):43-54. Disponible a: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5e9d86fd6fef9NPvolumen25-43-54.pdf>



Contusió	<p>Es un traumatisme o lesió que es produeix habitualment en el sistema osteo-articular o muscular després de rebre una força directa o indirecta.</p> <p>A més de les contusions, altres tipus de traumatismes – que no són objecte d'aquest protocol- són el esquinços i les fractures.</p>	
Anamnesi	Valoració	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals i familiars: embaràs, patologia prèvia, fàrmacs i al·lèrgies, consum d'alcohol o drogues. ▪ Característiques de la contusió: factors desencadenants o precipitants i curs evolutiu. ▪ Signes i símptomes acompanyants: varien fonamentalment en funció de la localització de la lesió i de la intensitat de la força. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general (si afectació: control de TA i FC). ▪ Característiques de la lesió: rubor, calor, tumefacció, dolor, parestèsia, equimosi, hematoma. Valoració del dolor. ▪ Presència d'altres lesions. Estar alerta a lesions sospitoses d'agressió. ▪ Segons la localització de la lesió: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Graella costal: FR, SatO2, tiratge costal... ▫ Contusió lumbar: tira d'orina. ▫ Contusió cranial: nivell de consciència, vòmits... ▫ Impotència funcional. Escala Glasgow. ▫ Descartar fissura o fractura subjacent. 	
Diagnòstic CIE-9	NANDA	
«Contusió de...» (segons la contusió que correspongui segons la localització de la contusió)	00047 «Riesgo de deterioro de la integridad cutánea» 00035 «Riesgo de lesión»	
Pla d'actuació		
<p>Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afectació de l'estat general. ▪ Hemorràgia extensa. ▪ Pacients amb tractament anticoagulant. ▪ Sospita de traumatisme, necessitat d'immobilització. ▪ Sospita de lesió subjacent a la contusió, hematúria, dispnea o hemoptisi, afectació neurològica, sospita de fractura o fissura... ▪ Sospita de compromís vascular. Parestèsia. ▪ Si s'ha de tramitar un «Parte judicial de lesiones». <p>Intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ferida, seguir el «Protocol gestió de la demanda de ferida oberta». ▪ Repòs relatiu de la zona afectada. ▪ Inicialment fred local. ▪ Si dolor associat: analgèsia. ▪ Immobilització segons la localització i el tipus de lesió. ▪ Si es tracta d'una contusió secundària a una caiguda, cal registrar-la al «Protocol registre de caigudes», accessible a e-SIAP. ▪ Si TCE lleu: donar instruccions sobre la vigilància neurològica domiciliària durant 48h. Valorar si té cuidadors. ▪ Accident o agressió: derivar per fer el «Parte de lesiones». ▪ Accident laboral /esportiu/trànsit: valoració i primera cura. Remetre a la seva mútua laboral. Facturació a tercers. <p>Recomanacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar les mesures apropiades segons el tipus de contusió. Entregar full informatiu. ▪ Tornar a consultar si apareix de signes d'alerta: afectació de l'estat general, dolor no controlat amb analgèsia pautaada, parestèsies, signes de compressió vascular, aparició de febre (≥ 38 °C), impotència funcional, molèsties amb la immobilització, aparició d'hematúria o qualsevol altre signe d'alarma. ▪ En el cas de contusió cranial, tornar a consultar, urgentment, si té afectació de l'estat general, somnolència, pèrdua de força/sensibilitat, cefalea, vòmits, convulsions, sortida de sang o líquid per nas o oïda. ▪ Contactar amb el professional de referència per revaluació i seguiment. 		

Cremada

Definició / Motiu de la consulta



Les cremades són lesions tissulars produïdes per l'efecte de diferents agents que causen lesions o mort cel·lular.¹

Anamnesi



- 1) Antecedents personals:^{1,2}
 - Edat.
 - Patologia prèvia: immunosupressió, malalties cutànies...
 - Fàrmacs i al·lèrgies.
 - Vaccinació tètanus-difèria (Td).
- 2) Característiques de la cremada:
 - Factors desencadenants o precipitants: radioteràpia, tractaments estètics, agressions, etc.
 - Mecanisme de la lesió (tèrmica, elèctrica, química, radioactiva, solar o per fred) i localització*. En cas de que sigui una cremada elèctrica esbrinar quin tipus de corrent ha estat la causant (alterna/contínua), intensitat i voltatge pel diferent tipus d'afectació que poden tenir (veure apartat de "valoració").³
 - Curs evolutiu: inici i temps de contacte amb l'agent causant.
 - Circumstàncies i entorn: lloc on ha ocorregut (espai obert/tancat: per excloure lesions en vies aèries). Entorn laboral, escolar, domèstic...
- 3) Signes i símptomes acompanyants: dolor, edema, febre, afectació respiratòria (dispnea, tos, distress respiratori, aturada respiratòria...), afectació cardiovascular (xoc hipovolèmic, aturada cardíaca...), coma...

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

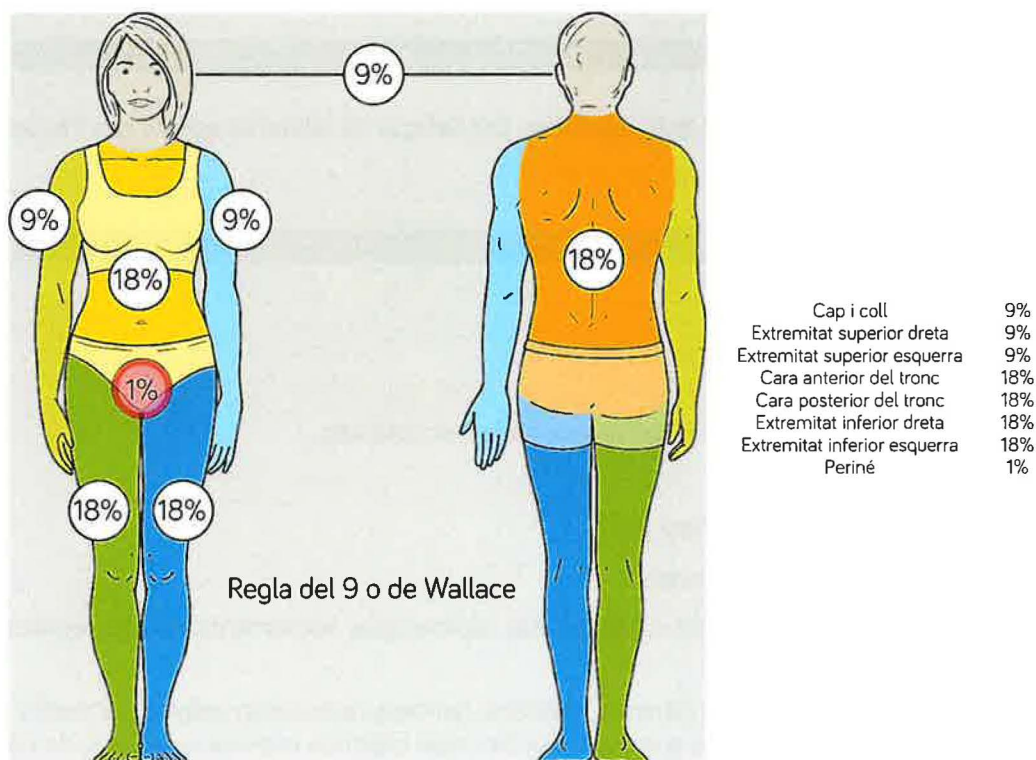
Valoració¹



- 1) Extensió. Si cal mesurar la superfície corporal total cremada (SCTC) es poden fer servir diferents mètodes de mesura,⁴ com ara la regla del 9 de Wallace.

PI05 - Cremada

Assignació de percentatges segons la part del cos afectada i l'extensió de la cremada:



2) Grau de la cremada, segons la profunditat:

- Cremada epidèrmica o de primer grau: afectació de l'epidermis.
- Cremada dèrmica superficial o de segon grau superficial: afectació de l'epidermis i dermis papillar.
- Cremada dèrmica profunda o de segon grau profund: afectació de l'epidermis, dermis papillar i reticular.
- Cremada d'espessor total o de tercer grau: afectació de la zona més profunda amb greix, fàscia, múscul...

Taula 1. Tipus de cremades segons profunditat			
Grau	Síntomes	Signes	Evolució
Epidèrmica o de primer grau	Dolor, hiperalgèsia, cremor i calfreds	Pell calenta i seca. Sense exsudat. Blanqueja a la pressió. Piloerecció.	Curació en 5-7 dies. Sense seqüeles.
Dèrmica superficial o segon grau superficial	Hipersensibilitat i alodínia	Flictenes. Fons de la lesió rosat, llis i lluent i exsudatiu	Curen entre 7-14 dies Discromia que desapareix amb el temps
Dèrmica profunda o segon grau profunda	Menys doloroses Hipoestèsia	Des de vermell lluent a àrees blanquinoses o amarronides i algunes flictenes. Fons de la lesió molt pàlid o blanc, llis, lluent i exsudatiu	Curen amb cicatrius (15 dies a 2-3 mesos) Habitualment requereixen tractament quirúrgic.
Subdèrmica o de tercer grau	Anestèsia	Blanc nacarats fins a negre. Escara. Tacte sec i apergaminat.	No curen espontàniament. Tractament quirúrgic

Font: modificat de Fisterra⁴

- 3) Intensitat del dolor: escala EVA.
- 4) Signes d'infecció: edema, calor local, dolor o exsudat purulent...
- 5) Cremades de 2n i 3r grau: valorar constants (temperatura, TA, FC, SatO₂, FR) segons l'etiologia i el mecanisme de la cremada. En casos de grans cremades la valoració primària ha d'incloure l'ABC (via aèria, respiració i circulació), la hipovolèmia i la possible afectació d'òrgans i estructures annexes.
- 6) En cas de cremada elèctrica:^{3,4}
 - Valorar afectació general.
 - Valorar constants: FC, FR, TA, SatO₂ i fer un ECG.
 - Identificar punt d'entrada i de sortida del corrent i valoració de les cremades.
 - Identificar el tipus de corrent, per les seves implicacions clíniques.
 - o Produïda per un corrent de baix voltatge (<1.000 volts, com per exemple les produïdes a la llar, 220v). Provoca una escassa afectació tissular amb elevat risc de lesió o aturada cardíaca.
 - o Produïda per un corrent d'alt voltatge (>1.000 volts, com per exemple les de torres d'alta tensió o les produïdes per un llamp). Provoca una gran destrucció de teixit en les estructures internes i punts de contacte. També pot afectar al múscul cardíac.
 - o Produïda per un corrent continu (bateries, sistemes elèctrics de l'automòbil...). La direcció del corrent es mantén constant i produeix una contractura muscular que desplaça al subjecte lluny de la font elèctrica resultant un menor temps d'exposició, però amb major risc de trauma associat.

PI05 - Cremada

- Produïda per un corrent altern (corrent domèstic). La direcció del flux d'electrons canvia de manera cíclica i provoca contractures musculars repetides amb risc de tetània, aturada respiratòria i fibril·lació ventricular.

Diagnòstic



CIE-9: 940-949 «Quemadura de...» (escollir el més adequat segons l'afectació)

NANDA: 00046 «Deterioro de la integridad cutánea»

00045 «Deterioro de la integridad de la mucosa»

00044 «Deterioro de la integridad tisular»

00132 «Dolor agut»

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:^{1,2,5-7}

- Afectació de l'estat general. Febre o infecció. Dolor intens.
- Deteriorament de l'estat de consciència, risc d'aturada cardíaca o respiratòria. Sospita de xoc hipovolèmic.
- Cremades per inhalació de gasos, ingestió d'agents químics o elèctriques.
- Intent d'autòlisi.
- Cremades molt extenses, que afecten a plans profunds o que impliquen més risc de patir seqüeles estètiques i funcionals (crani, cara, coll, mans, peus, genitals, zona perianal i totes les zones de flexió).
- Cremades circumferencials del tronc, el coll o les extremitats (síndrome compartimental).
- Sospita de maltractaments (lesions sospitoses d'abús físic).⁸
- Si cal tramitar un «Parte judicial de lesiones».

Intervencions

- Preparar la zona de la cremada:⁴
 - Retirar roba i objectes.
 - Reduir la calor de la zona afectada amb sèrum fisiològic o aigua potable a temperatura ambient. No es recomanable l'ús d'aigua freda o de gel perquè produeix vasoconstricció, accelerant la progressió de la cremada.
 - Netejar: irrigació amb sèrum fisiològic i eixugar sense friccionar.

PI05 - Cremada

- Cura: l'avaluació i la cura de la cremada s'ha de dur a terme amb màxima asèpsia (rentat de mans, guants, gases i material estèril). Si es tracta d'una cremada per agents químics s'han d'emprar ulleres de protecció.
 - Cremades de 1r grau:
 - Recomanar hidratar la pell i protecció solar durant 15-30 dies.
 - Cremades de 2n i 3r grau:
 - Si hi ha restes epitelials desvitalitzades: netejar amb clorhexidina aquosa i aclarir amb sèrum fisiològic.
 - En cas de flictenes una possibilitat és desbridat si són majors de 6 mm, si comprometen la funcionalitat, o si estan rompudes^{5,8}(aquesta recomanació està basada en un consens d'experts, hi ha controvèrsia entre els estudis publicats).⁴ De totes maneres, la decisió de desbridat o no ha de ser individualitzada per a cada pacient. El desbridament ha de ser més ràpid si la cremada ha estat produïda per productes químics.
 - La primera opció ha de ser la cura en ambient humit (CAH). S'ha de prioritzar l'ús d'apòsits i només utilitzar cremes o pomades quan la orografia de la cremada ho requereixi o per manca de material. Els apòsits han de ser adaptables i amb la menor adherència a la pell lesionada, ja que disminueixen el dolor i milloren la pell perilesional (taula 2). Els apòsits poden ser indicats per la infermera:

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

Font: Cabanela JM, Carrera JM, López M. Quemaduras. En: *Guías Clínicas. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2019.*

- Si no es poden utilitzar apòsits pels motius abans descrits i s'opta per utilitzar pomades o cremes que precisin recepta s'han d'indicar segons la guia d'indicació específica ([Guia per a la indicació, l'ús i l'autorització de dispensació](#))

PI05 - Cremada

de medicaments subjectes a prescripció mèdica a la consulta d'infermeria: cremades (202206-genfquemaduras), i fer-ho constar a la històrica clínica. És molt important consultar la fitxa tècnica de cada producte per a programar la freqüència de les cures. Cobrir l'àrea curada amb gasa estèril o apòsit. Evitar embenats compressius:

Taula 3. Indicació de cremes i pomades	
Tipus	Observacions
Hidrogels i cremes hidratants	Serveixen per recuperar i mantenir la pell.
Pomada de sulfadiazina argèntica	Indicada si hi ha risc d'infecció, el seu efecte antibacterià dura de 8 a 12 hores, perquè sigui efectiva s'ha d'aplicar 2-3 vegades al dia (no fer servir en infants menors de 2 anys ni en dones embarassades).
Pomada collagenasa	Elimina el teixit desvitalitzat. Si no hi ha exsudat s'ha d'aplicar amb hidrogel per potenciar l'acció.
Productes de protecció solar	Per protegir les zones sense epitel i evitar decoloracions.
Hidrocortisona tòpica	Per disminuir la inflamació a cremades solars. Cada 12-24h. ⁶

Font: Casteleiro MP, Castro-Prado J. *Guía práctica de lesiones por quemadura. [Guía práctica nº 5]. En: Rumbo-Prieto JM et al, editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Servicio Gallego de Salud; 2016.*⁵

- Valorar si profilaxi antitetànica. Document de vacunació Td on s'indica com actuar segons el tipus de lesió: [Vacunacions-Tètan, Diftèria, Tos ferina \(caib.es\)](#).
- Analgèsia: el refredament de la zona pot alleujar el dolor. En funció de la intensitat del dolor està indicat paracetamol 500-650 mg o ibuprofè 400 mg. S'indicaran analgèsics o AINE valorant si ja n'ha pres prèviament.
 - Evitar duplicitats amb prescripcions de paracetamol o de paracetamol en combinació amb altres principis actius (per exemple paracetamol/tramadol), ja que es podria superar la dosi màxima recomanada.
 - Evitar indicar un AINE si ja en té un altre de prescrit (la combinació d'AINE no augmenta l'eficàcia i sí augmenta el risc de reacció adversa).
 - Tenir en compte al·lèrgies del pacient i consideracions especials: si insuficiència renal moderada evitar ibuprofè o reduir a 200 mg/8h fins un màxim de 5 dies. Si insuficiència renal greu, insuficiència hepàtica o asma evitar AINE. Si HTA, insuficiència cardíaca o malaltia cardiovascular, precaució amb l'ús d'AINE.
- No es recomana l'ús sistemàtic d'antibiòtics sistèmics ni tòpics.⁶
- Accident laboral: valoració i primera cura, remetre a la seva mútua i tramitar la facturació a tercers.




Recomanacions

- Higiene corporal amb aigua tèbia, emprar sabó neutre, eixugar suaument la zona de la cremada.
- Protecció solar: aplicar filtre solar amb protecció SPF50+, evitar prendre el sol exposant la zona cremada (com a mínim durant un any).
- Hidratació correcta de la zona.
- No fer servir remeis casolans per disminuir el dolor (pasta de dents, vinagre, oli...).
- Tornar a consultar si apareixen signes d'alerta: augment del dolor, augment de la calor (febre), canvis en l'aspecte de la cremada, parestèsies...⁸
- Contactar amb el professional de referència per fer el seguiment de la cura.

Bibliografia



1. Amat G, Graset M. Cremades. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. [Consultat 27 febrer de 2023]. Disponible a: [PC1005_Cremades_octubre-2018_inf.pdf \(gencat.cat\)](#)
2. Cremada. En: Guia d'intervencions d'infermeria a Problemes de Salut Urgents. 1ª ed. 2014, 1ª rev. 2020. Castelldefels: Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP); 2020. p 28. [Consultat 13 de gener de 2023]. Disponible a: [casap.cat/wp-content/uploads/2020/02/Gesti%C3%B3-infermera-de-la-demanda-CUAP-2020-breu.pdf](#)
3. Lorente J, Vázquez P. Electrocuación. En: Benito FJ et al, coord. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría. 3ª ed. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2020. P 263-273. Disponible a: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/protocolos_seup_2020_final.pdf.
4. Cabanela JM, Carrera JM, López M. Quemaduras. En: Guías Clínicas. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2019. [Consultat 17 novembre de 2022]. Disponible a: [fisterra.com/guias-clinicas/quemaduras/](#)
5. Casteleiro MP, Castro-Prado J. Guía práctica de lesiones por quemadura. [Guía práctica nº 5]. En: Rumbo-Prieto JM et al, editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Servicio Gallego de Salud; 2016.
6. Rodríguez S, Blázquez M, coord. Quemaduras. Protocolo asistencial. Consulta de reorientación de la demanda. [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2020. Disponible a: [Protocolo Asistencial Consulta de Acogida: QUEMADURAS \(juntadeandalucia.es\)](#)
7. González S, Pisà M, Rovira M i Mendieta MN. Guia per a la indicació, l'ús i l'autorització de dispensació de medicaments subjectes a prescripció mèdica a la consulta d'infermeria: cremades. Palma de Mallorca: Conselleria Salut i Consum de les Illes Balears; 2023.
8. Rivero C, Sánchez MR, Domínguez A et al. Protocolo de atención compartida demanda aguda no demorable. Quemaduras. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2018.

Cremada	La cremada és una lesió produïda per l'efecte de la calor amb resultat de mort cel·lular i dels teixits afectats.	
Anamnesi	Valoració	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals: edat, patologia prèvia, fàrmacs i al·lèrgies, vacunació (Td)... ▪ Característiques de la cremada: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factors desencadenants o precipitants. Descartar agressions. Mecanisme i localització de la lesió. ▫ Curs evolutiu. Circumstàncies i entorn. ▪ Signes i símptomes acompanyants: dolor, edema, febre, afectació respiratòria, afectació cardiovascular, coma... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extensió. Mesurar la superfície corporal total cremada amb la regla del 9 de Wallace. Grau de la cremada. ▪ Intensitat del dolor. Escala EVA. ▪ Valorar signes d'infecció. ▪ Cremades de 2n grau i 3r grau: valorar constants. ▪ Si cremada elèctrica: valorar voltatge i tipus de corrent, contínua, alterna. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoració afectació general. ▪ Fer un ECG. Constants: FC, FR, TA, SatO2. ▪ Identificar punt d'entrada i de sortida de la corrent i valoració de les cremades. 	
Diagnòstic CIE-9	NANDA	
940-949 «Quemadura de...» (escollir el més adequat segons l'afectació)	00046 «Deterioren de la integritat cutànea» 00045 «Deterioren de la integritat de la mucosa» 00044 «Deterioren de la integritat tisular»	
Pla d'actuació		
<p>Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afectació de l'estat general. Febre o infecció. Dolor intens. ▪ Deteriorament de l'estat de consciència, risc d'aturada cardíaca o respiratòria. Sospita de xoc hipovolèmic. ▪ Cremades per inhalació de gasos, ingestió d'agents químics o elèctriques. ▪ Intent d'autòlisi. ▪ Cremades molt extenses, que afecten a plans profunds o que impliquen més risc de patir seqüeles estètiques i funcionals (crani, cara, coll, mans, peus, genitals, zona perianal i totes les zones de flexió). ▪ Cremades circumferencials del tronc, el coll o les extremitats (síndrome compartimental). ▪ Sospita de maltractaments. ▪ Si cal tramitar un «Parte judicial de lesions». <p>Intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retirar roba i objectes; irrigació amb sèrum fisiològic o aigua a temperatura ambient i eixugar sense friccionar. ▪ No es recomana l'ús sistemàtic d'antibiòtics sistèmics ni tòpics. ▪ Cura de cremades de 1r grau: hidratació de la pell i protecció solar durant 15-30 dies. ▪ Cremades de 2n grau i de 3r grau: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si hi ha restes epitelials desvitalitzades: clorhexidina i aclarir amb sèrum fisiològic. ○ En cas de flictenes: desbridat si són majors de 6mm. Si són cremades químiques desbridat sempre. ○ Cal fer la cura en ambient humit (utilitzar apòsits sempre com a primera opció). Només utilitzar pomades o cremes cas de que no es disposi d'apòsits o la orografia de la cremada així ho requereixi. Cobrir l'àrea curada amb cremes o pomades amb gasa estèril o apòsit. Evitar embenats compressius. ○ Valorar si profilaxi antitetànica i analgèsia. <p>Recomanacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Higiene corporal. Hidratació. Protecció solar. No emprar remeis casolans per disminuir el dolor. ▪ Tornar a consultar si apareixen signes d'alerta. Contactar amb el professional de referència per fer el seguiment de la cura. 		

Epistaxi

Definició / Motiu de la consulta



L'epistaxi és l'hemorràgia originada a les fosses nasals.¹²

Es diferencien dues variants clíniques: epistaxi anterior i posterior. L'anterior és la més freqüent en un 90-95% dels casos.³

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

Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
 - Edat.
 - Embaràs.
 - Patologia prèvia. Intervencions otorrinolaringològiques. Història prèvia d'epistaxi.
 - Factors de risc cardiovascular: HTA...
 - Hàbits tòxics: consum de cocaïna.
- 2) Fàrmacs² (anticoagulants, antiagregants i antihipertensius), medicaments tòpics nasals (corticoesteroides, antihistamínics)⁴ i al·lèrgies.
- 3) Característiques de l'epistaxi:
 - Factors desencadenants o precipitants:¹²
 - Locals: erosió, traumatisme, contusió, sequedat mucosa, rinitis, refredat, auto-manipulació, cos estrany...
 - Generals: trastorn de la coagulació, HTA i ús de fàrmacs anticoagulants.
 - Mecanisme de producció i temps de sagnat.
 - Curs evolutiu: intensitat, durada, freqüència...
- 4) Signes i símptomes acompanyants: mareig, dolor, afectació del nivell de consciència, cefalea, hematèmesi, hemoptisi, sagnat òtic...

Valoració



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

Diagnòstic



CIE-9: 784|7| «Epistaxis»
784|7| «Hemorragia nasal»

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

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

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:

- Presència de signes d'alerta.
- Davant la sospita d'epistaxi secundària a crisi hipertensiva⁶ (vegeu «Protocol gestió de la demanda crisi HTA»).
- Sospita d'hematèmesi o hemoptisi.
- Sospita d'epistaxi posterior (no atura el sagnat amb compressió nasal).
- Sagnat bilateral.
- Si és secundària a un traumatisme i hi ha la sospita de fractura nasal.
- Pacients amb trastorns de la coagulació o amb tractaments anticoagulants.

Intervencions

- Tranquil·litzar el pacient i explicar-li el procediment a seguir.¹
- El professional ha d'emprar els elements de protecció individual: màscara, guants, protecció ocular i bata.
- El pacient s'ha d'acostar la barbata al pit (evitar la posició horitzontal).¹
- Si ha patit una contusió: aplicar gel local.²
- Cal fer una compressió mecànica als narius amb dos dits durant deu minuts. El 90% de les epistaxis anteriors poden ser controlades d'aquesta manera. Si no cedeix, cal posar-hi una gasa amarada d'aigua oxigenada. S'aplica la pressió externa i es retira la gasa als quinze minuts. Si així no cedeix, cal fer un tamponament nasal anterior.
- Tamponament anterior nasal:⁵
 - El pacient es mocrà de forma suau les fosses nasals (primer d'un costat i després de l'altre) i després netejarem el millor possible la fossa a taponar.
 - A continuació, es pot polvoritzar la fossa amb un esprai anestèsic o aplicar una gasa humitejada amb anestèsic (lidocaïna al 2%) durant uns minuts per facilitar la col·laboració del pacient.



- Després s'ha d'introduir una gasa estèril vorejada d'1 a 2 cm d'ample o un apòsit hemostàtic nasal (disponible al petitori, codi SAP 101246) dins la fossa nasal. La gasa/apòsit es pot impregnar amb sèrum, vaselina, aigua oxigenada o àcid tranexàmic (Amchafibrin®). Subjectar un dels extrems de la gasa amb la mà que sosté el rinoscopi i amb l'altra, ajudats per una pinça de tamponament de baioneta, introduir la gasa a la fossa nasal. És convenient començar la introducció des de la part més interna de la fossa, com un acordió, fins arribar a la part més externa. D'aquesta manera, omplirem la fossa amb la major quantitat possible de gasa, que exercirà la compressió oportuna per cessar l'hemorràgia.
- És útil col·locar una gasa al vestíbul de la fossa taponada i assegurar-ho exteriorment amb esparadrap, així s'evita que s'expulsi la gasa en cas d'esternut o per la manipulació del pacient a la zona.
- Una vegada col·locat el tamponament, mantenir el pacient en observació durant quinze minuts.
- Valorar diverses vegades l'orofaringe i assegurar l'absència de sagnat posterior.

Recomanacions

- Si apareixen signes d'alerta (sagnat, febre, HTA...) consultar de manera urgent o prioritària.
- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](https://ssib.es)
- Informar de possibles molèsties com cefalea, sequedat bucal i epífora (llagimeig constant).
- No dur a terme accions que puguin provocar el sagnat de nou, per exemple: inclinar el cap, mocar-se, esternudar de manera violenta, fer exercici intens. Seguir una dieta blana i freda. Evitar el consum d'àcid acetilsalicílic, AINE, tabac i alcohol.
- Mantenir el tamponament nasal anterior un màxim de 2 dies. en cas que no es sospiti sagnat posterior. En pacients amb tractament anticoagulant, valorar si s'ha de mantenir més dies.
- Citar amb la infermera de referència per seguiment i retirada del taponament, si cal.
- Contactar de forma programada amb el metge/metgessa de referència per estudi etiològic i seguiment si procedeix.



Bibliografia



1. Garcia S, Millán J. Epistaxis. En: Guías Clínicas. Fistera [Internet]. La Coruña: Fistera; 2016. [Consultat 19 novembre de 2022]. Disponible a: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/epistaxis/>
2. Epistaxi. En: Brugués A et al, dir. Guia d'intervencions d'infermera a Problemes de Salut Urgents. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. 1ª ed, 1ª rev. [Internet]. Castelldefels (Barcelona): Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP); 2020. p.36. Disponible a: [Gestió Infermera de la Demanda CUAP 2020 \(casap.cat\)](#)
3. Byun H, Chung JH, Lee SH, Ryu J, Kim C, Shin J. Association of Hypertension With the Risk and Severity of Epistaxis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2021;147(1):34-40. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1001/jamaoto.2020.2906>
4. Seikaly H. Epistaxis. N Engl J Med. 2021; 384(10):944-51. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmcp20193444>.
5. Alter H. Approach to the adult with epistaxis. En: Grayzel J, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023. [Consultat 28 de gener de 2023]. Disponible a: [Approach to the adult with epistaxis - UpToDate](#)
6. Amat G, Graset M. Epistaxi. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandaritzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. [Consultat 22 gener de 2023]. Disponible a: [PC1013_Epistaxi_octubre-2018_inf.pdf \(gencat.cat\)](#)

Epistaxi	L'epistaxi és l'hemorràgia originada a les fosses nasals. Es diferencien dues variants clíniques: epistaxi anterior i posterior. L'anterior és la més freqüent.	
Anamnesi	Valoració	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals: edat, embaràs, patologies, intervencions ORL, antecedents d'epistaxis, factors de risc cardiovascular. Hàbits tòxics. ▪ Fàrmacs, medicaments tòpics nasals i al·lèrgies. ▪ Característiques de l'epistaxi: factors desencadenants o precipitants. Causes locals o generals. Curs evolutiu ▪ Signes i símptomes acompanyants: mareig, dolor, afectació del nivell de consciència, cefalea, hematèmesi, hemoptisis, sagnat òtic... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general (coloració de la pell). ▪ Constants vitals: TA, FC. ▪ INR si tractament anticoagulant amb acenocumarol o warfarina. ▪ Localitzar el punt sagnant: exploració cavitat nasal, cavitat oral i faríngia. ▪ Característiques i quantitat del sagnat. Si és sagnat actiu en el moment. 	
Diagnòstic CIE-9	NANDA	
<p>784 7 «Epistaxis» 784 7 «Hemorragia nasal»</p>	<p>00004 «Riesgo de infección» 00039 «Riesgo de aspiración» 00031 «Limpieza ineficaz de las vías aéreas» 00132 «Dolor agudo»</p>	
Pla d'actuació		
<p>Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presència de signes d'alerta. ▪ Davant la sospita d'epistaxi secundària a crisi hipertensiva (vegeu «Protocol gestió de la demanda crisi HTA»). ▪ Sospita d'hematèmesi o hemoptisi. ▪ Sospita d'epistaxi posterior (no atura el sagnat amb compressió nasal). ▪ Sagnat bilateral. ▪ Si és secundària a un traumatisme i hi ha la sospita de fractura nasal. ▪ Pacients amb trastorns de la coagulació o amb tractaments anticoagulants. <p>Intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tranquilitzar el pacient i explicar-li el procediment a seguir. ▪ El professional ha d'emprar elements de protecció individual: màscara, guants, protecció ocular i bata. ▪ El pacient s'ha d'acostar barbata al pit (evitar la posició horitzontal). Si ha patit una contusió: aplicar gel local. ▪ Cal fer una compressió mecànica amb 2 dits durant 10' als narius. Si no cedeix, cal posar-hi una gasa amarada d'aigua oxigenada, retirar la gasa als 15 minuts. Si així no cedeix, cal fer un tamponament nasal anterior. ▪ Tamponament anterior nasal: netejar la fossa a tapar, mocar-se les fosses nasals (primer un costat i després l'altre), polvoritzar la fossa amb un esprai anestèsic i introduir-hi una gasa estèril vorejada d'1 a 2 cm d'ample o un apòsit hemostàtic nasal (disponible a petitori). La gasa/apòsit es pot impregnar amb sèrum, vaselina, aigua oxigenada o àcid tranexàmic (Amchafibrin®). Finalment, col·locar una gasa al vestibul de la fossa taponada i assegurar-ho exteriorment amb esparadrap. ▪ Mantenir el pacient en observació durant 15'. Assegurar l'absència de sagnat posterior. <p>Recomanacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenir el tamponament nasal anterior, un màxim de 2 dies. Pacients amb TAO deixar més dies. ▪ Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP. ▪ Informar de possibles molèsties com cefalea, sequedat bucal i epifora (llagrimaig constant). ▪ No dur a terme accions que puguin provocar el sagnat de nou: inclinar el cap, mocar-se, esternudar de manera violenta, fer exercici intens. ▪ Seguir una dieta blana i freda. Evitar el consum d'àcid acetilsalicilic, AINE, tabac i alcohol. ▪ Tornar a consultar si apareixen signes d'alerta (sagnat, febre, HTA...). 		

Ferida oberta

Definició / Motiu de la consulta



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

Anamnesi



- 1) Antecedents personals:
 - Edat.
 - Malalties i intervencions quirúrgiques prèvies: diabetis, cicatrius hipertròfiques o queloides.
 - Fàrmacs (antiagregants, etc.) i al·lèrgies (tenir en compte reaccions als antisèptics i anestèsics).
 - Vaccinació: tètanus-diftèria (Td), ràbia...
- 2) Característiques de la lesió:
 - Factors desencadenants o precipitants. Agent causal: caiguda, traumatisme, agressió, clau rovellat, etc.
 - Localització i tipus: incisa, contusa, incisa-contusa...
 - Curs evolutiu.
- 3) Signes i símptomes acompanyants: dolor, hemorràgia activa, signes d'infecció, etc.

Valoració



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

Diagnòstic



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

Pla d'actuació



- Actuació conjunta amb el metge o la metgessa, si: ^{2,3}
- Afectació de l'estat general Afectació neurològica. Presència d'hemorràgia massiva o signes d'infecció. Politraumatisme.
 - Ferida produïda per mossegada d'humà o d'animal, per l'alt risc d'infecció.

PI07-Ferida oberta

- Sospita d'agressió o de maltractament. Cal activar el protocol corresponent i realitzar «Parte judicial de lesions».
- Afectació subjacent (articulacions, vasos sanguinis, nervis, tendons) o a zones amb possibles repercussions estètiques o funcionals.
- Intent d'autòlisi.
- Ferida oberta que no es pot suturar pel temps d'evolució (veure intervencions) per si cal pauta antibiòtica.

Intervencions⁴

- Realitzar hemostàsia si sagna: compressió, elevació del membre.
- Informar al pacient de la cura que realitzarem, en el cas que precisi sutura demanar el seu consentiment oral.
- Preparar el material necessari per a realitzar la cura.
- Netejar la ferida: irrigar amb sèrum fisiològic i desinfectar amb clorhexidina 2 %.
- Curar la ferida segons tipus, temps d'evolució i localització.
 - Sense signes d'infecció (ferida neta):
 - Ferida oberta de < 6 hores d'evolució en extremitats i de fins a 24 hores al cap:
 - Valorar si precisa anestèsia local subcutània (lidocaïna 2% SC o mepivacaïna a l'1-2% amb o sense vasoconstrictor) i en el cas dels nins valorar si precisa anestèsic tòpic (aplicar 5-10 g de gel anestèsic LAT -lidocaïna 4%, adrenalina 0,1% i tetracaïna 0.5%- i cobrir amb un apòsit 20-30 minuts⁵ abans de suturar).
 - Sutura: cal valorar les alternatives en funció de las característiques de la ferida tal com es mostra a la taula 1.

Taula 1: Tipus sutura	
Tipus sutura	Indicacions
Punts d'aproximació (steri-strip [®])	Ferides petites amb poca tensió.
Adhesius tissulars	Ferides a la cara. S'apliquen de forma tòpica i mantenen unides les vores de la ferida. S'han comercialitzat l'octil-cianocrilat i el butil-cianocrilat. Contraindicats en cas d'al·lèrgia al cianoacrilat o formaldehid, en zones mucoses o unions cutàneo-mucoses, a ferides infectades, zones molt piloses, gangrena, zones amb secrecions i ferides per decúbit.
Grapes	Són una alternativa per zones de gran tensió i per pacients poc col·laboradors. S'han d'afrontar de forma correcta les vores de la ferida abans de grapar-les. Al no penetrar completament dins la pell disminueixen el risc d'infecció i d'isquèmia. Són d'un material pràcticament areactiu que suporta gran tensió, produeix una bona eversió de les vores de la ferida i estalvia temps. Es mantenen el mateix temps que una sutura convencional i es retiren fàcilment amb un lleva-grapes.
Sutures (seda, niló o sutura química, si disponibilitat).	Es recomana escollir el fil del menor diàmetre possible, en relació amb la resistència de la pell a suturar i de la tensió que hagi de suportar. És a dir, a menor força de tensió a suportar pel teixit, major serà el número de zeros de la sutura escollida.

Font: elaboració pròpia.

PI07-Ferida oberta

- Elecció del tipus de fil i termini orientatiu per a la retirada tal com es mostra a la taula 2:

Taula 2: Elecció del fil i temps per a la retirada			
Regió	Sutura cutània		Retirar (dies)
Front i coll	Seda o niló	5-6/0	4-5
Cara	Seda o niló	5-6/0	4-5
Cuir cabellut	Seda o niló	2-3/0	7-9
Orelles	Seda o niló	4-5/0	4-5
Nas	Seda o niló	4/0	4-6
Llavis	Seda o niló	4/0	4-6
Tòrax posterior	Seda o niló	3-4/0	12-14
Extremitats superiors	Seda o niló	4-5/0	8-10
Dits i polpa del dit	Seda o niló	4-5/0	10-12
Extremitats inferiors	Seda o niló	3-4/0	8-12
Peu	Niló	4/0	10-12

Font: Modificat de Cabrero N. Ferides menors. En: Ramírez JI et al., ed. Cirurgia menor a l'atenció primària: requisits bàsics i aspectes organitzatius. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, 2023. [En premsa].⁴

- Ferida oberta entre 6-12 hores (excepte al cap): es considera contaminada i es podria fer una sutura primària o no. Si es decideix suturar requereix un control més estret per la major incidència de complicacions. Valorar desbridament (tècnica de Frederick) per retirar teixit inviable.⁶ Valorar anestèsia local: subcutània o tòpica, finalment cobrir amb un apòsit, si és necessari.
- Ferida oberta entre 12-24 hores d'evolució: es considera ferida infectada, per la qual cosa no s'ha de fer una sutura primària, requereix tancament per segona intenció. Desbridament, si precisa, i cura en ambient humit amb apòsit semioclusiu. Cal antibioteràpia (a criteri mèdic).
- Amb signes d'infecció o produïda per mossegada d'humà o d'animal:¹
 - Irrigació abundant.
 - No suturar, però en mossegades d'extensió important valorar aproximar les vores.
 - Cura en ambient humit. Valorar la idoneïtat d'apòsits antimicrobians.
 - Derivació al metge/metgessa per valorar l'ús d'antibiòtic oral per tractament profilàctic o de la infecció establerta.
 - En cas de mossegada de ratpenat, d'un mamífer a l'estranger del qual no es disposi d'informació fiable o mamífer local amb simptomatologia sospitosa de ràbia es recomana vacunació antiràbica. Consultar document: [Vacunacions-Ràbia \(caib.es\)](#)
 - En cas de mossegada d'animal s'ha de fer un «Informe de mordedura animal», disponible a l'apartat de documents de l'eSIAP.
- Si analgèsia paracetamol 500-650 mg/8 o ibuprofè 400 mg/8 h (segons l'afectació). S'indican analgèsics o AINE valorant si ja n'ha pres prèviament.
 - Evitar duplicitats amb prescripcions de paracetamol o de paracetamol en combinació amb altres principis actius (per exemple paracetamol/tramadol), ja que es podria superar la dosi màxima recomanada.
 - Evitar indicar un AINE si ja en té un altre de prescrit (la combinació d'AINE no augmenta l'eficàcia i sí augmenta el risc de reacció adversa).
 - Tenir en compte al·lèrgies del pacient i consideracions especials: si insuficiència renal moderada evitar ibuprofè o reduir a 200mg/8h fins un màxim de 5 dies. Si



PI07–Ferida oberta

insuficiència renal greu, insuficiència hepàtica o asma evitar AINE. Si HTA, insuficiència cardíaca o malaltia cardiovascular, precaució amb l'ús d'AINE.

- Valorar si és necessària profilaxi antitetànica. Document de vacunació Td on s'indica com procedir segons el tipus de ferida:
sites/vacunacions/ca/tatan_diftaria_i_tos_ferina/archivopub.do?ctrl=MCRST5265ZI268819&id=268819
- Informar al pacient sobre les cures i vigilància de la ferida: si s'ha suturat amb qualsevol dels sistemes explicats, no banyar la ferida fins a la primera cura. Posteriorment, es podrà rentar amb aigua i sabó i eixugar-se bé. Donar el consell breu acompanyat de la infografia, disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP.
- Cita amb la infermera de referència, a les 36-48 hores, per control i cures posteriors. La retirada de la sutura s'haurà de valorar individualment (veure taula 2).
- En cas d'accident laboral valoració i primera cura, remetre a la seva mútua i realitzar la facturació a tercers.

Recomanacions


- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta: eritema, edema, dolor intens, febre, hemorràgia, parestèsies, signes de compressió vascular, afectació de l'estat general...
- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](https://ssib.es)
- Si hematoma: recomanar aplicar fred local les primeres hores.
- Contactar amb el professional de referència per cures posteriors i per retirada de la sutura aplicada si és el cas.

Bibliografia



1. De Lemos DM. Skin laceration repair with sutures. En: Stack AM, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023. [Consultat 2 de febrer de 2023]. Disponible a: [Skin laceration repair with sutures - UpToDate](#)
2. Amat G, Giner C. Ferida. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. [Consultat 22 gener de 2023]. Disponible a: [PC1015_Ferida_adults_octubre-2018_inf.pdf \(gencat.cat\)](#)
3. Ferida. En: Brugués A et al, dir. Guia d'intervencions d'infermera a Problemes de Salut Urgents. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. 1ª ed, 1ª rev. [Internet]. Castelldefels (Barcelona): Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP); 2020. p38. Disponible a: [Gestió Infermera de la Demanda CUAP 2020 \(casap.cat\)](#)
4. Cabrerizo N. Ferides menors. En: Ramírez JI et al, ed. Cirurgia menor a l'atenció primària: requisits bàsics i aspectes organitzatius. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca; 2023. [En premsa].
5. Valls T, Díaz E, Nadal L. Uso del gel LAT para suturar heridas en niños. Rev Pediatr Aten Primaria 2009;11(44):575-595. Disponible a: [Uso del gel LAT para suturar heridas en niños \(isciii.es\)](#)
6. Armstrong DG, Meyr AJ. Basic principles of wound management. En: Eidt JF et al, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2022. [Consultat 25 de gener de 2023]. Disponible a: <https://www.uptodate.com/contents/basic-principles-of-wound-management>

PI07 – Ferida oberta

Ferida oberta		La ferida és una pèrdua de la continuïtat de la pell o de les mucoses. Pot ser superficial o profunda i afectar més estructures com els músculs, els tendons, els nervis o els vasos sanguinis.	
Anamnesi		Valoració	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals: edat, malalties i intervencions quirúrgiques prèvies, fàrmacs i al·lèrgies. Vaccinació. ▪ Característiques de la lesió: factors desencadenants o precipitants. Agent causal. Localització i tipus. Curs evolutiu. ▪ Signes i símptomes acompanyants. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. Si hi ha afectació de l'estat general, comprovar les constants. ▪ Zona afectada. Extensió i profunditat. ▪ Presència de cossos estranys. ▪ Presència d'altres lesions. Afectació subjacent. ▪ Signes d'infecció. 	
Diagnòstic CIE-9		NANDA	
«Herida abierta de...»(escollir el més adequat segons la clínica)		00046 «Deterioro de la integridad cutánea» 0044 «Deterioro de la integridad tisular» 00132 «Dolor agudo» 00004 «Riesgo de infección»	
Pla d'actuació			
<p>Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si: Afectació de l'estat general Afectació neurològica. Presència d'hemorràgia massiva, o signes d'infecció. Politraumatisme. Ferida produïda per mossegada d'humà o d'animal per l'alt risc d'infecció. Sospita d'agressió o de maltractament. Cal activar el protocol corresponent i realitzar «Parte judicial de lesiones». Afectació subjacent o afectació a zones amb possibles repercussions estètiques o funcionals. Intent d'autòlisi. Ferida oberta que no es pot suturar pel temps d'evolució (veure intervencions) per si cal pauta antibiòtica.</p> <p>Intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si sagnat: hemostàsia. ▪ Informar al pacient de la cura que realitzarem. Demanar el seu consentiment oral. ▪ Preparar el material necessari. ▪ Neteja de la ferida amb sèrum fisiològic i desinfecció amb clorhexidina aquosa 2 %. ▪ Curar la ferida segons tipus ferida, temps d'evolució i localització. <ul style="list-style-type: none"> ○ Sense signes d'infecció (ferida neta): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ferida oberta de < 6 hores d'evolució en extremitats i de fins a 24 hores al cap: valorar si precisa anestèsia local subcutània i en el cas dels nins anestèsic tòpic. Tipus de sutures: <ul style="list-style-type: none"> – Punts d'aproximació (steri-strip): ferides petites amb poca tensió. – Adhesius tissulars: ferides a la cara. – Grapes: zones de gran tensió i per pacients poc col·laboradors. – Sutures (seda, niló o sutura química, si disponibilitat). Es recomana escollir el fil del menor diàmetre possible. ▪ Ferida oberta entre 6-12 hores (excepte al cap), es considera contaminada i, es podria fer una sutura primària o no. Si es decideix suturar requereix un control més estret per la major incidència de complicacions. Valorar desbridament. Valorar anestèsia local. ▪ Ferida oberta entre 12-24 hores d'evolució (excepte al cap), es considera ferida infectada, per la qual cosa no s'ha de fer una sutura primària, requereix tancament per segona intenció. Desbridament, si precisa, i cura en ambient humit, amb apòsit semioclusiu. Cal antibioteràpia (a criteri mèdic). ○ Amb signes d'infecció o produïda per mossegada d'humà o d'animal (cal actuació conjunta): irrigació abundant, no suturar, però en mossegades extenses valorar aproximar les vores. Cura en ambient humit. Valorar la idoneïtat d'apòsits antimicrobians. Valorar l'ús d'antibiòtic oral. Valorar si profilaxi antiràbica. En cas de mossegada d'animal s'ha de fer un «Informe de mordedura animal». ▪ Valorar analgèsia. ▪ Valorar si profilaxi antitetànica. ▪ Informar al pacient sobre les cures i vigilància de la ferida. Donar el consell breu acompanyat de la infografia, disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP. ▪ Cita amb la infermera de referència per control i cures posteriors a les 36-48 hores. La retirada de la sutura s'haurà de valorar individualment. ▪ En cas d'accident laboral valoració i primera cura, remetre a la seva mútua i realitzar la facturació a tercers. <p>Recomanacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si hematoma: recomanar aplicar fred local les primeres hores. ▪ Consultar de nou si apareixen signes d'alerta: eritema, edema, dolor intens, febre, hemorràgia, parestèsies, signes de compressió vascular o afectació de l'estat general. ▪ Contactar amb el professional de referència per cures posteriors i per retirada de les sutures aplicades si és el cas. 			

Insomni

Definició / Motiu de la consulta



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

Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
 - Edat.
 - Patologia prèvia: depressió, ansietat, deteriorament cognitiu, apnea del son...
 - Fàrmacs de prescripció recent i consum de substàncies que poden relacionar-se amb l'augment de l'ansietat i amb l'insomni:²
 - Estimulants del SNC: cafeïna, metilfenidat, amfetamines, modafinil...
 - Antidepressius (només alguns: IMAO, fluoxetina, venlafaxina, protriptilina).
 - Broncodilatadors com la teofil·lina.
 - BloCADORS β .
 - Glucocorticoides.
 - Alcohol i tabac.
 - Descongestius nasals.
 - Fàrmacs pel tractament de la dependència tabàquica: bupropió, citisina...
 - Al·lèrgies.
- 2) Característiques de l'insomni:
 - Factors desencadenants o precipitants: consum de substàncies estimulants, estrès, sopars abundants, sesta...
 - Curs evolutiu: des de quan, freqüència, intensitat...
- 3) Signes i símptomes acompanyants:³
 - Clínica acompanyant: alteracions gastrointestinals, respiratòries i neurològiques, entre d'altres.
 - Repercussions diürnes: cansament, irritabilitat, disfòria, cefalea, estat d'ànim deprimat...
 - Presència d'altres símptomes durant la nit: alteració de la respiració durant el son (roncador, apnea), malsons, somnambulisme, parestèsies o disestèsies nocturnes, síndrome de les cames inquietes...

Valoració



- 1) Hàbits del son: horaris de posar-se al llit i de llevar-se, temps que es torba a adormir-se, vegades que es desperta, hores que passa dormint, hores durant el període diürn que dorm (sestes), on es dorm, interrupcions...³
- 2) Factors ambientals i de l'entorn (renou, temperatura, il·luminació...) i situacions desencadenants (canvis de feina, canvi d'horaris, turnicitat, canvi d'hàbits, situacions de dol...)³
- 3) De vegades, la informació proporcionada per la persona que dorm amb el pacient és fonamental, ja que ens permet conèixer si aquest fa moviments anormals o apnees, entre d'altres. També els acompanyants ens poden facilitar informació per conèixer les repercussions de l'insomni en els diferents àmbits de la vida de la persona.³

Diagnòstic



- CIE-9:** 780|5|2 «Insomnio»
780|5 «Trastorno del sueño»
780|5 «Alteraciones del sueño»
780|5|5 «Inversión ritmo del sueño»
- NANDA:** 00095 «Insomnio»
00096 «Deprivación del sueño»
00165 «Disposición para mejorar el sueño»
00198 «Trastorno del patrón del sueño»

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Insomni agut (menys de 3 mesos) que no respon a mesures d'higiene del son i que pot precisar tractament farmacològic.⁴
- Insomni crònic (més de 3 mesos) que no respon a mesures d'higiene del son o teràpia cognitivo-conductual o que precisi tractament farmacològic.
- Sospita d'insomni secundari a altres malalties o símptomes:
 - Presència de dolor agut o crònic.
 - Malalties coronàries.
 - Asma o malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).
 - Hipertiroïdisme.
 - Malaltia per reflux gastroesofàgic (MRGE) o úlceres estomacals.
 - Nictúria (prostatisme).
 - Problemes de salut mental.
 - Sospita d'apnea del son (roncs i pauses respiratòries durant el son).⁴
 - Síndrome de cames inquietes.
- Altres tipus de trastorns del son:
 - Malsons: despertaments nocturns repetits amb el record de somnis terrorífics.

- Terrors nocturns: despertaments repetits amb el record o no del contingut del malson.
- Somnambulisme: si l'individu s'aixeca i camina durant el son sense estar despert.

Intervencions

- Mesures d'higiene del son.^{4,5}

Si és un insomni persistent no associat a cap malaltia, cal donar un consell breu acompanyat del fullet «Insomni a adults i ancians», disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç [Què heu de fer si teniu INSOMNI? \(docusalut.com\)](http://docusalut.com). Generalment, aquestes mesures soles no permeten resoldre quadres d'insomni, però es recomanen com a coadjuvants d'altres intervencions terapèutiques.

- Mantenir un horari regular, fins i tot els caps de setmana.
 - Activitat física diària i evitar realitzar exercici 3-4 hores abans d'anar a jeure.
 - Evitar les sestres i si es realitzen no han de durar més de 30 minuts.
 - Evitar estimulants, sobretot els capvespres.
 - Sopar lleuger i dues hores abans d'anar a dormir com a mínim.
 - Evitar beure molt de líquid d'horabaixa i de nit. Es pot prendre una til·la o camamil·la.
 - Seguir sempre les mateixes rutines abans d'anar a dormir: dutxar-se amb aigua a temperatura corporal, exercicis de relaxació...
 - Exposar-se a la llum solar durant el dia.
 - Mantenir el dormitori amb nivells confortables de llum, so i temperatura.
 - Evitar llegir, mirar el mòbil, la televisió... dins el llit.
 - Si als 15 minuts no s'ha conciliat el son: desplaçar-se a una altra habitació per realitzar alguna activitat relaxant fins que entri el son.
- Mesures farmacològiques.^{6,7}
Si no és suficient amb les mesures d'higiene del son es poden recomanar alguns dels tractaments següents, de venda lliure:
 - Melatonina <2mg/dia, no més de 13 setmanes (contraïndicada en insuficiència hepàtica).
 - Valeriana a dosis variables.
 - Difenhidramina 50mg no més de 4 setmanes.

Recomanacions

- Evitar situacions desfavorables i factors desencadenants (consum de substàncies estimulants, estrès, sopars abundants, sesta...).
- Consultar amb el professional de referència si no millora en 1-2 setmanes o si empitjora la simptomatologia.

Bibliografia



1. Asociación Americana de Psiquiatría (AMA). Trastornos del sueño-vigilia. En: AMA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 361-422. Disponible a: <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
2. Bonnet M, Arand D. Risk factors, comorbidities, and consequences of insomnia in adults. En: Benca R, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023. [Consultat 23 de gener de 2023]. Disponible a: [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)
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible a: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf
4. Eguía VM, Cascante JA. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño: Concepto, diagnóstico y tratamiento médico. Anales Sis San Navarra 2007;30(Supl. 1):53-74. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200005&lng=es.
5. Vidal-Thomàs MC , Yañez-Amoros B , Torrens I , Torres-Solera E , Esteva M . Conocimientos y actitudes de las enfermeras de Atención Primaria sobre el manejo del paciente con insomnio. Enferm Clin 2017; 27:186-92.
6. Álvarez M, Vicente P, Bugarín R, Triñanes Y, Fernández S. Trastornos de sueño: insomnio. En: Guías Clínicas. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2022. [Consultat 17 novembre de 2022]. Disponible a: [fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-de-insomnio/](https://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-de-insomnio/)
7. Grupo de Trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño. Recomendaciones de valoración clínica y tratamiento inicial del insomnio en Atención Primaria. [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Sueño - Sociedad Española de Familia y Comunitaria (semFYC); sf. Disponible a: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2020/06/Recomendaciones-de-valoracion-clinica-y-tratamiento-inicial-del-insomnio-en-AP.pdf>



Insomni	<p>L'insomni es defineix com «un trastorn caracteritzat essencialment per la presència de dificultats per conciliar o mantenir el son al llarg de la nit o la sensació de tenir un son poc reparador, el que es tradueix en una afectació de la qualitat de la vigília i en la presència de malestar clínicament significatiu. Al menys 3 vegades a la setmana i estar presents durant un mínim de 3 mesos, en absència d'una malaltia mèdica o d'una alteració psicopatològica que ho justifiqui, tot i que la persona tenguí oportunitats i circumstàncies adequades per dormir».</p>	
Anamnesi	Valoració	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals i familiars: edat, patologia prèvia, fàrmacs de prescripció recent i consum de substàncies que poden relacionar-se amb l'augment de l'ansietat i repercutir amb insomni. Al·lèrgies. ▪ Característiques de l'insomni: factors desencadenants o precipitants. Curs evolutiu. ▪ Signes i símptomes acompanyants: alteracions gastrointestinals, respiratòries, neurològiques, repercussions diürnes, altres símptomes durant la nit. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hàbits del son. ▪ Factors ambientals i de l'entorn i situacions desencadenants ▪ Sol·licitar informació a familiars / acompanyants. 	
Diagnòstic CIE-9	NANDA	
<p>780 5 2 «Insomnio» 780 5 «Trastorno del sueño» 780 5 «Alteraciones del sueño» 780 5 5 «Inversión ritmo del sueño»</p>	<p>00095 «Insomnio» 00096 «Deprivación del sueño» 00165 «Disposición para mejorar el sueño» 00198 «Trastorno del patrón del sueño»</p>	
Pla d'actuació		
<p>Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Insomni agut (menys de 3 mesos) o crònic (més de 3 mesos) que no respon a mesures d'higiene del son i pot precisar tractament farmacològic. ◦ Sospita d'insomni secundari a altres malalties o símptomes: SAHOS, MPOC... ◦ Altres tipus de trastorns del son: malsons, terrors nocturns, somnambulisme... <p>Intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures d'higiene del son: si és un insomni persistent no associat a malaltia donar un consell breu al pacient sobre «Mesures d'higiene del son» i informació escrita. ▪ Mesures farmacològiques: Si no és suficient amb les mesures d'higiene es poden recomanar alguns dels tractaments següents, de venda lliure: <ul style="list-style-type: none"> • Melatonina <2mg/dia, no més de 13 setmanes (contraindicada en insuficiència hepàtica). • Valeriana a dosis variables. • Difenhidramina 50mg no més de 4 setmanes. <p>Recomanacions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar situacions desfavorables i factors desencadenants (consum de substàncies estimulants, estrès, sopars abundants, sesta...). ▪ Consultar amb el professional de referència si no millora en 1-2 setmanes o si empitjora la simptomatologia. 		

Picada

Definició / Motiu de la consulta



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

Anamnesi



1) Antecedents personals:

- Edat.
- Afecció prèvia: problemes de salut, reaccions a picades prèvies, mastocitosi...
- Fàrmacs: tractament habitual (anticoagulants orals, immunosupressors...).
- Al·lèrgies: a verins d'insectes o altres animals i farmacològiques.
- Profesió/hobbies: relacionats amb la picada (pesca, apicultura...).

2) Característiques de la picada:

- Mecanisme i tipus: esbrinar, si és possible, quin animal l'ha provocada (paparra, puça, abella, medusa, peix aranya, eriçó, etc.), i en quin entorn s'ha produït (rural, etc.). En cas de viatges o estades a zones endèmiques cal sospitar de possibles picades per mosquits de la zona, transmissors potencials de diferents malalties (malària, dengue, febre groga, Zika...) com l'Anopheles o Aedes, no presents en el nostre entorn.
- Curs evolutiu: hora de contacte, evolució dels signes i símptomes.
- Localització i nombre de picades.

3) Signes i símptomes acompanyants: dolor, picor, ansietat, urticària, febre, xoc anafilàctic... (taula 1)^{1,2}.

4) Tractament previ de la lesió.

Valoració



- 1) Estat general: si es presenta febre, cefalea intensa, vòmits, etc., es pot sospitar que hi ha afectació sistèmica.¹
- 2) Constants (TA, FC, temperatura corporal), segons l'estat.
- 3) Si dispnea: FR, SAT O2, valorar úvula. Descartar possible reacció anafilàctica.^{1,3}
- 4) Característiques de la lesió: localització, extensió, nombre i tipus de lesions (placa urticariforme, vesícula, pústula, pàpula), dolor, edema, rubor i calor. En la taula 1 es mostra el tipus de lesió segons l'animal causant de la picada.^{1,2}

TAULA 1. Tipus de lesió segons l'animal causant de la picada	
Animal	Lesió
Abella, borinot i vespa	Pàpula inflamatòria dolorosa que se sol resoldre en poques hores.
Mosquit i tàvec	Pàpula urticariforme. Lesions no agrupades (cada mosquit pica una sola vegada).
Eruga de papallona	Conjunt de pàpules pruriginoses urticariformes produïdes per contacte o penetració dels seus pèls en la pell. No causa símptomes sistèmics i sempre són de caràcter lleu.
Xinxà	Habiten a cases amb mobles vells, especialment a coixins i matalassos. Piquen a la nit i produeixen lesions pruriginoses múltiples i agrupades, en ziga zaga. Lesió: pàpules múltiples amb punt hemorràgic central. Se solen sobreinfectar per rascat.
Puça	Les picades estan agrupades i són produïdes per un mateix insecte.
Vídua negra europea	La mossegada sol passar desapercebuda, però als 30-40 minuts apareix una placa urticariforme amb un halo eritematós, juntament amb dos punts d'inoculació (senyals dels quelícers). La lesió local s'acompanya de dolor i dels primers símptomes sistèmics: sudoració i agitació (estimulació autonòmica). Adenopatia satèl·lit.
Aranya marró o dels racons	Molt poc agressiva, només pica si se sent amenaçada. Viu als armaris, darrera els quadres... La picada és poc dolorosa i produeix una lesió consistent en dos punts d'entrada en un àrea edematosa i eritematosa que s'envolta posteriorment d'un halo blavós. Al cap d'uns dies, poden aparèixer vesícules i butllofes que deixen lloc a una úlcera necròtica d'evolució tòrpida. Els corticoides i antihistamínics no s'han mostrat eficaços per aquest tipus d'aranya.
Taràntula europea	És una espècie de mida petita, present en el litoral mediterrani. Les mossegades no són freqüents perquè és de naturalesa poc agressiva. La seva mossegada és dolorosa i pot evolucionar a escara necròtica.
Escorpi (groc i negre)	Present en tota la península ibèrica. La seva toxina és neurotòxica. Les manifestacions sistèmiques greus en el nostre mitjà són pràcticament inexistentes. Lesió: pàpula eritematosa centrada per un punt necròtic i un dolor intens irradiat a tota l'extremitat.
Paparra	Pàpula pruriginosa que pot desaparèixer espontàniament en 48 h o evolucionar a una escara necròtica d'evolució tòrpida que tendeix a sobreinfectar-se per rascat de la zona. Tenir en compte que la picada per paparra pot transmetre vectors causants de malalties sistèmiques (febre botonosa, malaltia de Lyme...).
Centpeus (escolopendres)	Caracteritzades per dues petites lesions puntiformes en el cas de l'escolopendra envoltades d'halo eritematós, amb dolor, prurit i edema. Poden produir limfangitis i adenopaties regionals. El centpeus expelleix una secreció repellant dermatòxica d'escassa repercussió local.
Peix aranya, escorpi marí	Dolor molt intens que tendeix a irradiar-se, arriba al màxim en 60-90 minuts i dura entre 12-24 h, encara que pot perllongar-se moltes més. Al voltant de la picada apareix eritema, edema i necrosi ocasionalment. Són rares les manifestacions sistèmiques: agitació, nàusees, lipotímia, i solen ser produïdes més pel dolor que per la toxina (aranya).
Medusa	Lesió maculopapular eritematosa que s'acompanya de prurit i sensació urent de distribució lineal (tipus zòster). En algun cas poden aparèixer vesícules i fins i tot escares necròtiques d'evolució tòrpida. Les lesions solen autolimitar-se en poques hores.
Eriçó de mar	Causen múltiples ferides punxants que es visualitzen com a petits punts negres. Ocorren en zones de suport, normalment als peus. Es fragmenten a la pell i produeixen inflamació i dolor.

Font: elaboració pròpia adaptada de les fonts bibliogràfiques 1 i 2.



Diagnòstic

- CIE-9:** Triar el més adequat segons l'afectació i causa:
910|4| «Picadura insecto común cara/cuello/cuero cabelludo-sin infecció»
919|4| «Picadura de insecto sin infecció-otro sitio/múltiples/neom»
E905|2| «Picadura escorpión»
E905|3| «Picadura avispa/avispon/abeja»
E905|4| «Picadura ciempiés»
E905|3| «picad animal/planta marin»
995|0| «Otro shock anafiláctico»
- NANDA:** El diagnòstic següent és orientatiu, segons les lesions del pacient:
00046 «Deterioro de la integridad cutánea»



Pla d'actuació

Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si: ^{2,3}

- Reacció greu, hipersensibilitat, sospita de xoc anafilàctic, dificultat respiratòria.
- Afectació de l'estat general. Febre. Presència d'adenopaties. Cefalea intensa d'inici sobtat, nàusees, vòmits.
- Afectació oral, ocular, auditiva, muscular, neurològica, òssia o articular.
- Antecedents d'altèrgia a alguns animals.
- Parestèsia.
- Dolor: escala EVA>7.
- Signes o símptomes d'infecció local.
- Picada per mosquits o altres insectes (paparres...) que poden transmetre potencialment malalties sistèmiques.

Intervencions

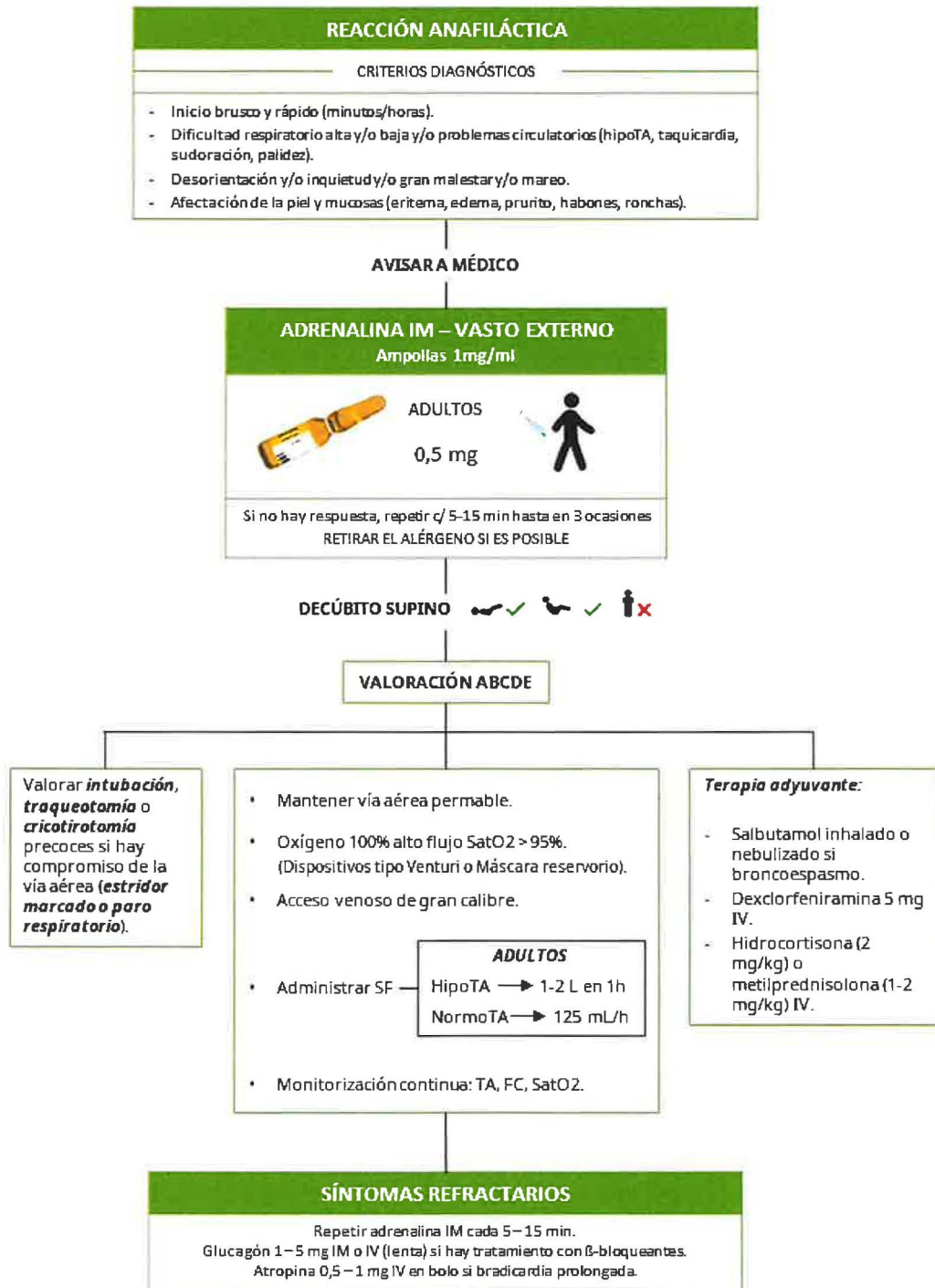
- Retirar joies i roba que oprimeixi la zona.
- Actuacions específiques en el cas de:
 - **Abella:** retirar l'agulló sense pressionar perquè segueix inoculant verí. Ha de fer-se gratant l'agulló des de la base amb una pinça.¹
 - **Medusa:** retirar les restes de l'animal sense fregar. Mai amb aigua dolça, es pot emprar sèrum salí.
 - **Eruga:** retirar els pèls amb una tira d'esparadrap.
 - **Paparra:** netejar la zona amb antisèptic. Si disposam d'un ganxo d'O'tom agafar la paparra per la zona més propera a la pell i realitzar una lleugera tracció mentre es rota suaument. Si no es disposa del ganxo, retirar-la amb pinces Adson amb dents, també amb tracció suau i contínua a fi de treure el cap. Evitar esclafar-la o retallar-la. No aplicar cap producte dels usats tradicionalment com oli, alcohol, vaselina o aplicació de calor, ja que podrien provocar la regurgitació de material del tub digestiu de la paparra, cosa que s'associa amb una major taxa de complicacions infeccioses. Es recomana no llençar la paparra una vegada despresada. Guardar-la en un pot amb paper humit per poder analitzar-la en cas de complicacions.^{4,5}
 - **Eriçó de mar:** les pues es fraccionen en clavar-se, poden extreure's sempre que siguin visibles i estiguin en zones de suport o innervades amb una agulla/pinça. Alternativament, es poden aplicar compreses amarades de vinagre o emprar



PI09 - Picada

una fórmula magistral amb àcid salicílic 25 g, essència de trementina 25 g, lanolina anhidra 50g. Tapar la zona entre 3-12 h.

- **Peix aranya i escorpí marí:** amarrar la zona afectada amb aigua calenta/sèrum fisiològic calent durant 30-90 minuts, ja que és una toxina termolàbil.
 - Netejar la pell amb aigua i sabó o sèrum fisiològic. Desinfectar la zona amb clorhexidina.¹
 - Aplicar fred local, excepte en casos de picades de peix aranya i escorpí marí.
 - Si prurit intens local: les locions de calamina o amoníac poden alleujar¹. També pot aplicar-se pomada amb corticoide de potència feble (hidrocortisona acetat a l'1 %, 1 aplicació cada 8-12 h, màxim fins a 7 dies. Tenir precaució a l'exposició solar ja que és fotosensible). Si la simptomatologia de prurit és molt intensa o no millora amb el tractament tòpic contactar amb el metge o la metgessa per valorar tractament farmacològic amb un antihistamínic (per exemple loratadina 10 mg/24h o cetirizina 10 mg/24h) o un altre fàrmac.
 - Si analgèsia: paracetamol 500 ò 650 mg/8 h o ibuprofè 400 mg/8 h (adequar segons l'afectació). Tenir en compte asma, HTA i IRC en cas de recomanar ibuprofè.
 - Si signes d'infecció local (exsudat purulent): àcid fusídric 2 % (si no evoluciona bé: mupirocina cada 8 h, màxim 7 dies). No aplicar corticoides tòpics quan hi ha signes d'infecció.
 - Profilaxi antitetànica, si és necessari.
 - En cas de sospita de reacció anafilàctica administrar adrenalina IM, a l'1/1.000 (1 mg/ml), a la cara mitja-externa (múscul vast extern) de la cuixa el més aviat possible. La dosi, en adults, és 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg), màxim 0,5 mg (0,5 ml) i es pot repetir cada 5-15 minuts fins a milloria clínica, segons el següent algorisme:⁶





Recomanacions

- Evitar situacions i factors desencadenants.
- Consultar amb caràcter urgent si apareixen signes d'alerta d'infecció local o afectació sistèmica els dies posteriors (febre, malestar general, lesions cutànies...).
- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](https://ssib.es)
- Cura de la zona afectada (explicar cures o citar amb infermera de referència per seguiment si precisa).
- Contactar amb el metge/metgessa de referència en els casos en què sembli oportú ampliar l'estudi de l'episodi per disminuir el risc de nous episodis o minimitzar els seus efectes (per exemple, immunoteràpia per la picada d'abella, ús d'autoinjectors d'adrenalina).⁷

Bibliografia



1. Piñeiro R, Carabano I. Manejo práctico de las picaduras de insecto en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2015;17:159-166. Disponible a: <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000300019>
2. Amat G, Torres M. Picada a la pell. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. Disponible a: PC1026_Picada-pell_adults_octubre-2018_inf.pdf (gencat.cat)
3. Picada. En: Brugués A et al, dir. Guia d'intervencions d'infermera a Problemes de Salut Urgents. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. 1ª ed, 1ª rev. [Internet]. Castelldefels (Barcelona): Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP); 2020. p54. [Consultat 26 febrer de 2023]. Disponible a: <https://www.casap.cat/wp-content/uploads/2020/02/Gesti%C3%B3-infermera-de-la-demanda-CUAP-2020-breu.pdf>
4. Extracció de paparres, anells i hams. En: Ramírez JI et al., ed. Cirurgia menor a l'atenció primària: requisits bàsics i aspectes organitzatius. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca; 2023. En premsa.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de actuación ante la picadura de garrapata. 1ª ed 2016, 1ª rev 2017. Madrid; Ministerio de Sanidad, 2016 [consultado: 14 juny 2022]. Disponible a: Guía de actuación ante picadura de garrapata (sanidad.gob.es)
6. De la Hoz B. et al. Guía de actuación en Anafilaxia. Galaxia 2022. Barcelona: Sociedad Española de Alergología e Inmunología clínica; 2022. Disponible a: Guía Galaxia - Home (guiagalaxia.com)
7. Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). Allergy. 2022;77(2):357-377. Disponible a: EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update) - PubMed (nih.gov)
8. Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. Resuscitation [Internet]. 2021;161:1-60. Available from: https://www.erc.edu/assets/documents/RESUS-8995-Exec-Summary_copy.pdf
9. Aliaga N, Álvarez P, Fuster M. Guia de Suport Vital Avançat 2022. 2022;1-170.



Picada	Lesió produïda, principalment, per insectes, altres artròpodes (aranyes...) o animals marins, que poden injectar substàncies tòxiques que actuen de manera local o sistèmica.
Anamnesi	Valoració
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals: edat, afecció prèvia, fàrmacs, al·lèrgies i professió/hobbies. ▪ Característiques de la picada: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Mecanisme i tipus: animal que l'ha provocada i en quin entorn s'ha produït. ◦ Curs evolutiu: hora de contacte, evolució dels signes i símptomes. ◦ Localització i nombre de picades. ▪ Signes i símptomes acompanyants: dolor, urticària, febre, xoc anafilàctic... ▪ Tractament previ de la lesió. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ Constants (TA, FC, temperatura corporal) segons estat. ▪ Si dispnea: 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 (veure taula 1).
Diagnòstic CIE-9	NANDA
<p>910[4] «Picadura insecto común cara/cuello/cuero cabelludo-sin infección» 919[4] «Picadura de insecto sin infección-otro sitio/múltiples/neom» E905[2] «Picadura escorpión» E905[3] «Picadura avispa/avispon/abeja» E905[4] «Picadura ciempiés» E905[3] «picad animal/planta marin» 995[0] «Otro shock anafiláctico»</p>	<p>00046 «Deterioro de la integridad cutánea»</p>
Pla d'actuació	
<p>Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reacció greu, hipersensibilitat, sospita de xoc anafilàctic, dificultat respiratòria. ▪ Afectació de l'estat general. Febre. Presència d'adenopaties. Cefalea intensa d'inici sobtat, nàusees, vòmits. ▪ Afectació oral, ocular, auditiva, muscular, neurològica, òssia o articular. ▪ Antecedents d'al·lèrgia a alguns animals. ▪ Parestèsia. ▪ Dolor escala EVA>7. ▪ Signes o símptomes d'infecció local. ▪ Sospita de picada per mosquits o altres insectes que poden transmetre potencialment malalties sistèmiques. <p>Intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retirar joies i roba que oprimeixi la zona. ▪ Actuació específica segons picadura, segons indica el protocol. ▪ Netejar la pell amb aigua i sabó o sèrum fisiològic. Desinfectar la zona amb clorhexidina. ▪ Aplicar fred local, excepte en casos de picades de peix aranya i escorpi marí: amarrar la zona afectada amb aigua calenta/sèrum fisiològic calent durant 30-90 minuts, ja que és una toxina termolàbil. ▪ Si prurit intens local: les locions de calamina o amoníac poden alleujar. També pot aplicar-se pomada d'hidrocortisona acetat a l'1%, 1 aplicació cada 8-12 h, màxim fins a 7 dies. Tenir precaució a l'exposició solar ja que és fotosensible. Si la simptomatologia de prurit és molt intensa, o no millora amb el tractament tòpic valorar tractament amb un antihistamínic (derivació al metge). ▪ Valorar analgèsia. ▪ Si signes d'infecció local (exsudat purulent): àcid fusídic 2% (si no evoluciona bé: mupirocina cada 8 h, màxim 7 dies). No aplicar corticoides tòpics. ▪ Profilaxi antitetànica, si és necessari. ▪ En cas de sospita de reacció anafilàctica administrar adrenalina IM a la cara mitja-externa (múscul vast extern) de la cuixa. La dosi és 0,5 ml a persones adultes. La dosi es pot repetir cada 5-15 minuts fins a milloria clínica. Seguir l'algorítme. <p>Recomanacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar situacions i factors desencadenants. ▪ Consultar si apareixen signes d'alerta amb el professional de referència. ▪ Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP. ▪ Cura de la zona afectada (explicar cures o citar amb infermera de referència per seguiment si precisa). ▪ Contactar amb el metge/metgessa de referència en els casos en què sembli oportú ampliar l'estudi de l'episodi per disminuir el risc de nous episodis o minimitzar els seus efectes. 	

Tap de cerumen

Definició / Motiu de la consulta



El tap de cerumen és una acumulació de cera o de partícules externes que han entrat al conducte auditiu extern. Si no s'extreu, pot provocar pèrdua d'audició temporal (hipoacúsia) i molèsties a l'oïda.

Anamnesi



- 1) Antecedents personals:¹²
 - Malaltia prèvia: diabetis (risc d'infecció), ORL (taps previs, perforació timpànica, intervencions quirúrgiques òtiques prèvies)...
 - Fàrmacs i al·lèrgies. Especial atenció als tractaments immunosupressors (risc d'infecció) i anticoagulants (risc de hematomes o de sagnat).
- 2) Característiques del tap de cerumen:
 - Factors desencadenants o precipitants: manipulació òtica (bastonets), cossos estranys (nins), portadors d'audiòfons, morfologia del conducte (conducte estret i sinuós)...
- 3) Curs evolutiu: temps d'aparició dels primers símptomes, evolució de la simptomatologia...
- 4) Signes i símptomes acompanyants: d'origen òtic (otorrea, otorràgia, hipoacúsia, acúfens, mareig, vertigen...), orofaringis i rinosinusals (rinorrea, disfàgia, disfonia, obstrucció nasal, tos, esternuts...). Presència de dolor i tipus (punxant o pulsatiu, intensitat, durada, inici, localització i irradiació).

Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Exploració del pavelló auricular: forma, aspecte i color. Signe de la tracció i del tragus (dolor a la elevació del pavelló o la pressió sobre el tragus, respectivament).
- 3) Otoscòpia:³ inspecció del conducte auditiu extern (CAE) mitjançant otoscopi. S'ha d'introduir i manipular amb suavitat ja que a vegades pot resultar dolorós. Mentre s'introdueix ja s'ha de mirar a través d'ell per evitar lesionar el conducte o empènyer la cera.
 - Si presenta otorrea: quantificar, valorar aspecte, color i olor.
 - Valorar si edema del conducte auditiu.
 - Descartarem la presència de cossos estranys o d'un tap epidèrmic (secundari a una dermatitis del CAE, de color més clar i molt adherit a la paret).
 - L'absència total de cera podria ser signe de sequedat de la pell, infecció o una excessiva neteja.
 - Valorarem la presència d'un tap de cera. El color de la cera pot variar des del groc clar fins el marró fosc. La seva consistència i el grau d'obstrucció són variables.

PI10–Tap cerumen

Diagnòstic



Els diagnòstics són orientatius, dependran de les característiques del problema.

CIE-9: 380|4 «Cerumen impactado»

NANDA: 00122 «Trastorno de la percepción sensorial auditiva»

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Antecedents de perforació timpànica i de cirurgia prèvia de l'oida, portador de drenatges timpànics.
- Impossibilitat d'explorar l'oida.
- Otàlgia intensa.
- Otitis, otorrea, otorràgia.
- Pacients amb tractament immunosupressor.
- Cos estrany al CAE. Està contraindicada la irrigació en el cas de que sigui una llavor (augmenten de volum amb l'aigua) o una pila de botó (s'alcalinitzen i poden provocar necrosi)³.
- Tap epidèrmic.

Intervencions

- Abans de l'extracció:
 - Explicar al pacient la tècnica que es farà sol·licitar la seva autorització.
 - Es recomana instillar 3-5 gotes cada 8 hores durant 5-7 dies d'una solució d'aigua oxigenada diluïda amb aigua al 50 % o gotes per a reblanir el cerumen. Existeixen altres mètodes, tot i que no hi ha evidència de la superioritat d'un respecte a l'altre.⁴⁻⁶
- Per a l'extracció:^{1-3,7} cal seguir el procediment d'aspiració òtica (en cas de disponibilitat) o d'irrigació amb aigua tèbia a pressió:
 - Asseure al pacient en una posició còmoda i posar-li una tovallola a l'espatlla del mateix costat on iniciarem la irrigació.
 - Demanar al pacient que subjecti una safata per a recollir l'aigua i les restes de cera.
 - Traccionar el pavelló auricular cap a dalt i cap enrere, introduir la xeringa en el CAE un centímetre aproximadament, sense obstruir la sortida, dirigint la xeringa cap a la paret posterior del conducte per evitar la impactació timpànica directa.
 - Irrigar de forma suau amb aigua a temperatura corporal. En persones diabètiques o immunodeprimides es recomana emprar aigua oxigenada diluïda amb aigua corrent al 50% per evitar infeccions.¹ En cas de tractament anticoagulant, cal considerar el risc de sagnat o d'hematomes.
 - Revisar el conducte amb l'otoscopi després de cada irrigació i a l'extreure el tap.
 - El número màxim d'irrigacions seran tres.
- Si analgèsia: paracetamol 500 ò 650 mg c/8 hores o ibuprofè 400 mg c/8 hores (adequar segons edat i la simptomatologia).
 - Si insuficiència renal moderada és preferible l'ús de paracetamol i evitar l'ús d'ibuprofè, o reduir dosi a 200 mg c/8 hores fins un màxim de 5 dies.

PI10- Tap cerumen

- Si insuficiència renal greu, insuficiència hepàtica o asma, evitar AINES.
- Si HTA, insuficiència cardíaca o malaltia cardiovascular, precaució amb AINES.

Recomanacions


- Consultar amb el professional de referència si en els dies següents a l'extracció del tap apareixen signes d'alerta com: dolor, mareig, pèrdua d'audició, otorràgia, otorrea, etc. Cal parar especial atenció als diabètics i a les persones amb tractaments anticoagulants o immunosupressors.
- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](https://ssib.es)
- Consells per a la persona després de l'extracció del tap:
 - Pot notar una lleugera pèrdua d'audició que hauria de desaparèixer en les primeres hores. La causa és la petita quantitat d'aigua que queda a l'orella després de la neteja.
 - Pot sentir petits marejos en les primeres hores després de l'extracció, si apareixen, s'ha d'evitar fer activitats que puguin implicar perill. Recomana esperar 15-30 minuts si s'ha de conduir.
 - El conducte auditiu extern pot ser vulnerable a una otitis després d'una irrigació/aspiració. Fins que les orelles produeixin cera, per protegir el conducte auditiu, s'han de mantenir les orelles seques i protegir-les de l'entrada d'aigua un mínim de 4-5 dies després de l'extracció.
- Només netejar el pavelló auricular i la part més externa del CAE emprant el dit índex embolicat amb una tovallola/mocador de tela.
- No s'ha d'introduir cap tipus d'objecte, com ara bastonets de cotó, perquè poden danyar la pell delicada que cobreix el CAE, alliberar partícules de cotó i augmentar el risc de tenir-hi infeccions, picor i acumulació de cera.
- Evitar introduir xampú, sabó, alcohol o aigua a l'orella.

Bibliografia



1. Costa C, Amor JC. Tapón de cerumen. En: Guías Clínicas. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2019. [Consultat 18 desembre de 2022]. Disponible a: [Guía clínica de Tapón de cerumen - Fisterra](#)
2. Sevy JO, Hohman MH, Singh A. Cerumen Impaction Removal. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible a: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28846265/
3. Bidón U, Alonso C, Castro A. Tapón de cerumen y epidérmico. Cuerpos extraños. Cap. 12. En: Libro virtual de formación en ORL. Madrid: Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL); sf. Disponible a: [INTRODUCCIN \(seorl.net\)](https://www.seorl.net)
4. Clegg AJ, Loveman E, Gospodarevskaya E, Harris P, Bird A, Bryant J 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. doi: 10.3310/hta14280. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20546687/>
5. Aaron K, Cooper TE, Warner L, Burton MJ. Ear drops for the removal of ear wax. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7(7):CD012171. [Consultat 29 febrer de 2023]. Disponible a: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30043448/
6. Wright T. Ear wax. *BMJ Clin Evid.* 2015;2015:0504. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4356173/>
7. Schumann JA, Toscano ML, Pflughar N. Ear Irrigation. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponible a: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083577/[consultat: 15 febrer 2023].

PI10–Tap cerumen

Tap cerumen	El tap de cerumen és una acumulació de cera o de partícules externes que han entrat al conducte auditiu extern.	
Anamnesi	Valoració	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Malaltia prèvia: diabetis (risc d'infecció), ORL. ▫ Fàrmacs i al·lèrgies. Especial atenció als tractaments immunosupressors i anticoagulants. ▫ Característiques del tap de cerumen: factors desencadenants o precipitants i curs evolutiu. ▪ Signes i símptomes acompanyants: d'origen òtic, orofaríngis, rinosinusals, etc. Presència de dolor i tipus. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ Exploració pavelló auricular: forma, aspecte i color. Signe de la tracció i del tragus. ▪ Otoscòpia: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Si presenta otorrea: quantificar, valorar aspecte, color i olor. ▫ Valorar si edema del CAE. ▫ Descartarem la presència de cossos estranys o d'un tap epidèrmic. ▫ L'absència total de cera (sequedat, infecció o excessiva neteja). ▫ Valorem la presència d'un tap de cera. Color, consistència i grau d'obstrucció. 	
Diagnòstic CIE-9	NANDA	
380 4 «Cerumen impactado»	00122 «Trastorno de la percepción sensorial auditiva»	
Pla d'actuació		
<p>Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents de perforació timpànica i de cirurgia prèvia de l'oïda, portador de drenatges timpànics. ▪ Impossibilitat d'explorar l'oïda (dolor, edema del conducte auditiu). Otàlgia intensa. Otitis, otorrea, otorràgia, etc. ▪ Pacients amb tractament immunosupressor. ▪ Cos estrany al CAE. Tap epidèrmic. <p>Intervencions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abans de l'extracció: explicar tècnica i sol·licitar autorització. Es recomana instil·lar 3-5 gotes cada 8 hores durant 5-7 dies d'una solució d'aigua oxigenada diluïda al 50% amb aigua o amb gotes per reblanir el cerumen. ▪ Per a l'extracció: cal seguir el procediment d'aspiració òtica (si es disposa) o d'irrigació d'aigua tèbia a pressió (veure al protocol). ▪ Analgèsia si precisa. <p>Recomanacions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entregar fullet informatiu al pacient. ▪ Consells per a la persona després de l'extracció del tap: pot notar una lleugera pèrdua d'audició durant unes hores, pot sentir petits marejos en les primeres hores (recomanar no conduir), mantenir les orelles seques i protegir-les de l'entrada d'aigua un mínim de 4-5 dies després de l'extracció, si refereix dolor es pot recomanar l'administració d'unes gotes d'oli d'oliva instil·lades en el CAE durant uns dies. ▪ Només netejar el pavelló auricular i la part més externa del CAE. No introduir cap objecte ni xampú, sabó, alcohol o aigua a l'orella. ▪ Consultar de nou amb el professional de referència si en els dies següents a l'extracció del tap apareixen signes d'alerta com: dolor, mareig, pèrdua d'audició, otorràgia, otorrea, etc. 		

Restrenyiment

Definició / Motiu de la consulta



El restrenyiment es caracteritza per l'escassa freqüència de les deposicions acompanyada sovint per un esforç defecatori excessiu, per una sensació d'evacuació incompleta o per excrements d'escàs volum o durs.^{1,2}

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

Si el restrenyiment dura més de tres mesos es considera crònic i es classifica en: funcional o primari (a causa d'alteracions intestinals) i secundari (quan la causa de les alteracions no és pròpiament intestinal).

Els criteris de Roma IV (consens d'un grup experts) estableixen la definició de restrenyiment. S'han de complir els criteris un mínim de 3 mesos durant un període de 6 mesos:³

1. Presència de dos o més dels símptomes següents, almenys a 1 de cada 4 defecacions:
 - Esforç defecatori.
 - Femta dura o caprina.
 - Sensació d'evacuació incompleta.
 - Sensació d'obstrucció/bloqueig ano-rectal.
 - Maniobres manuals per facilitar l'evacuació.
 - Menys de tres evacuacions per setmana.
2. La presència de deposicions líquides és rara sense l'ús de laxants.
3. No han d'existir criteris suficients pel diagnòstic de síndrome d'intestí irritable.

El restrenyiment sol ésser degut a una combinació de factors: hàbit poc regular, alimentació amb poca fibra, escassa ingesta de líquids i escassa activitat física, entre d'altres.

Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:^{4,5}
 - Edat (major prevalència a > 60 anys).³
 - Sexe (dues vegades més freqüent a dones que a homes).³
 - Embaràs. Si apareix restrenyiment en dones embarassades han de consultar amb la comare o metge de família.

PI11 - Restrenyiment

- Malaltia prèvia. Història personal i familiar: restrenyiment, hemorroides, fissures anals, prolapse rectal, fecaloma, megacòlon, malaltia diverticular, neoplàsies, lesions del tracte gastrointestinal, trastorns neurològics, problemes endocrino/metabòlics...
 - Hàbits tòxics: alcoholisme, drogues.
 - Fàrmacs i al·lèrgies. Revisar els fàrmacs de prescripció recent: ferro, calci, levodopa, antagonistes del calci, analgèsics opioides, alguns antidiabètics orals (arGLP-1, IDPP4)... Presa d'herbes i d'altres substàncies.
- 2) Hàbits dietètics i estils de vida: tipus d'aliments, ingesta de líquids, exercici...
- 3) Característiques del restrenyiment:^{5,6}
- Factors desencadenants o precipitants: canvis en la alimentació, viatges i ritme de vida, hospitalització, etc.
 - Característiques de les deposicions: nombre, freqüència, volum, consistència, color (les femtes blanquinoses o acòliques poden indicar patologia subjacent)...
 - Curs evolutiu: temps de durada (per diferenciar el restrenyiment agut del crònic).
- 4) Signes i símptomes acompanyants:² vòmits, dolor abdominal, dolor anal, sagnat digestiu, existència de productes patològics a la femta (sang, moc o pus), canvi del ritme deposicional (un canvi sobtat i persistent en persones majors de cinquanta anys pot indicar patologia subjacent), astènia, anorèxia, pèrdua de pes...

Valoració



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

Diagnòstic



- CIE-9:** 564|0 «Estreñimiento»
- NANDA:** 00235 «Estreñimiento funcional crónico»
00012 «Estreñimiento subjetivo»
00015 «Riesgo de estreñimiento»
00236 «Riesgo de estreñimiento funcional crónico»

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Febre.
- Sospita de patologia greu subjacent o presència de senyals d'alarma. Per exemple:
 - Oclusió intestinal:
 - Dolor abdominal intens.
 - Canvi sobtat del ritme deposicional habitual.
 - Nàusees i vòmits incoercibles.
 - Vòmits fecaloides.
 - Distensió abdominal.
 - Càncer de còlon:
 - Canvi sobtat del ritme deposicional habitual i persistent en persones majors de cinquanta anys.
 - Rectorràgia o sang en femta.
 - Anàlítica recent amb anèmia.
 - Astènia, anorèxia i pèrdua de pes inexplicable.
 - Nàusees o vòmits.
 - Alternança diarrea i restrenyiment.
 - Antecedent familiar de càncer de còlon.
- Immunosupressió.
- Hospitalització o intervenció quirúrgica recents.

Intervencions

- Mesures no farmacològiques:
 - Augmentar la ingesta de fibra soluble (fruites, verdures, hortalisses, llegums, fruita deshidratada, fruits secs, cereals integrals...) i la ingesta hídrica que ajuda en el context d'una dieta rica en fibra.
 - Es recomana l'exercici físic de manera regular adaptat a les condicions del pacient.
 - Modificació dels hàbits intestinals:
 - Regularitzar horaris.
 - Aprofitar els moments en què el budell presenta peristaltisme augmentat (post prandial, després d'haver realitzat exercici físic i a primera hora del matí).
 - Dedicar-hi el temps suficient.
 - Posició adequada, entrenar la musculatura pelviana per aconseguir una maniobra defecatòria expulsiva eficient.
- Mesures farmacològiques. Si s'han seguit les mesures anteriors durant almenys 30 dies, però el pacient no millora, valorar tractament farmacològic amb el següent ordre de prioritat:
 - 1) Formadors de massa

PI11 - Restrenyiment

Pertanyen a aquesta categoria el *psyllium* (*ispaghula*, derivada de la *Plantago ovata*) i diversos agents semisintètics com la metilcel·lulosa.

La primera opció és la *Plantago ovata* (*ispaghula*) i, com a alternativa, s'aconsella l'ús de la metilcel·lulosa.

És necessari assegurar una ingesta adequada de líquids.

Són de venda lliure a farmàcies pel que les pot recomanar la infermera.

2) Laxants osmòtics

Formen part d'aquest grup: el polietilenglicol (macrogol), hidròxid de magnesi, la lactulosa i el lactitol.

Segons les darreres revisions sistemàtiques, la primera opció i la preferent és el macrogol.

Aquest grup actua augmentant la pressió osmòtica en la llum intestinal. També és important assegurar la suficient ingesta de líquids en el restrenyiment agut perquè tenen una acció ràpida.

Tant el macrogol com la lactulosa precisen recepta NOFIN que pot fer la infermera segons la [guia d'indicació infermera 202211-GENFOSTOMÍAS](#)

3) Estimulants

Es poden administrar per via oral o rectal i són: els senòsids (derivats del sen o cassia), el bisacodil o l'oli de ricí.

Augmenten el peristaltisme en estimular directament les terminacions nervioses de l'intestí.

Es recomana emprar aquest tipus de laxants com a opció de tractament de rescat.

En el restrenyiment crònic es fan servir com una opció de tractament en persones que no han respost a laxants formadors de massa i/o osmòtics. S'ha d'emprar durant el menor temps possible, perquè el seu perfil de seguretat és menor que el dels laxants osmòtics.

Són de venda lliure a farmàcies pel que les pot recomanar la infermera.

4) Procinètics

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

Necessita prescripció mèdica NOFIN.

Vegeu annex 1: «Laxants. Classificació i dosi».

- Restrenyiment sever en què es necessita una resposta ràpida al tractament o bé quan no poden utilitzar-se fàrmacs per via oral. Cal haver descartat patologia obstructiva i anal que impossibiliti l'ús de la via rectal:
 - Microènema / ènema de neteja (1.500 ml d'aigua en 25 minuts).
 - Ènemes comercials (140-250 ml d'ènemes salins o minerals).
 - Supositoris de glicerina o de bisacodil.
 - Si fecalomes: extracció manual.

Recomanacions

- Insistir en l'ús integrat i simultani de les diferents mesures per evitar el restrenyiment (canvis en els hàbits dietètics i en el estil de vida, mesures no farmacològiques i farmacològiques si són precises).
- Explicar i entregar les mesures higièniques i dietètiques recollides al fullet «Recomanacions dietètiques restrenyiment», disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP. Seguiment a la consulta d'infermeria per re-educació d'hàbits.



PI11 - Restrenyiment

- Contactar de manera prioritària amb el metge o la metgessa en els casos de restrenyiment acompanyat de simptomatologia d'alerta, vegeu l'apartat «Anamnesi».
- Consultar amb el professional de referència si no millora en 3-4 dies.

Bibliografia



1. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Delgado S, Ferrándiz J, Diaz ER et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto. Parte 2: Diagnóstico y tratamiento. Gastroenterol. Hepatol. 2017;40(4):303-316. Disponible a: doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.02.007
2. Amat G, Beguer N. Restrenyiment. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. Disponible a: [PC1028_Restrenyiment_adults_octubre-2018_inf.pdf \(gencat.cat\)](#)
3. Álvarez I. Estreñimiento. En: Guías Clínicas. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2022. [Consultat 17 novembre de 2022]. Disponible a: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/estrenimiento/>
4. Wald A. Management of chronic constipation in adults. En: Talley NJ, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2022. [Consultat 10 de gener de 2023]. Disponible a: https://www.uptodate.com/contents/management-of-chronic-constipation-in-adults?search=constipation-in-adults-beyond-the-&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
5. INFAC. Estreñimiento y Laxantes. Actualización. INFAC 2015: 23 (10): 67-73. Disponible a: [INFAC_Vol_23_n_10_estenimiento.pdf \(euskadi.eus\)](#)
6. Escudero A, Bixquert M. Guía para prevenir y tratar el estreñimiento. Valencia: Fundación española del aparato digestivo (FEAD); 2016. Disponible a: saludigestivo.es/wp-content/uploads/2016/03/guia-estrenimiento-para-web-20120425180854.pdf.



PI11 - Restrenyiment



Restrenyiment

El restrenyiment es caracteritza per l'escassa freqüència de les deposicions acompanyada sovint per un esforç defecatori excessiu, per una sensació d'evacuació incompleta o per excrements d'escàs volum o durs. Els criteris de Roma IV estableixen la definició de restrenyiment.

Anamnesi	Valoració
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals i familiars: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Edat, sexe i embaràs. ◦ Malaltia prèvia. Història personal i familiar ◦ Hàbits tòxics. ◦ Fàrmacs i al·lèrgies: ferro, calci, levodopa, antagonistes del calci, analgèsics opioides, alguns anitidiabètics orals... Productes d'herboristeria. ◦ Hàbits dietètics i estils de vida. ▪ Característiques del restrenyiment: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Factors desencadenants o precipitants. ◦ Característiques de les deposicions. ◦ Curs evolutiu. ▪ Signes i símptomes acompanyants: vòmits, dolor abdominal, dolor anal, sagnat digestiu, existència de productes patològics a la femta, canvi del ritme deposicional, astènia, anorèxia, pèrdua de pes... 	<ul style="list-style-type: none"> • Estat general. • Presa de constants, si precisa segons el judici clínica de la infermera. • Inspecció de la regió abdominal, perianal i rectal, i tacte rectal, si és necessari (descartar fecaloma). • Palpació abdominal per detectar resistències, dolor...
Diagnòstic CIE-9	NANDA
564 0 «Estreñimiento»	00235 «Estreñimiento funcional crónico» 00012 «Estreñimiento subjetivo» 00015 «Riesgo de estreñimiento» 00236 «Riesgo de estreñimiento funcional crónico»
Pla d'actuació	
<p>Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afectació de l'estat general. Febre. ▪ Presència de les senyals d'alarma següents, que poden fer sospitar d'oclusió intestinal (dolor abdominal intens, vòmits fecaloides...) o càncer de colon (astènia, anorèxia i pèrdua de pes inexplicable, alternança diarrea i restrenyiment, rectorràgia o sang en femta...). ▪ Immunosupressió. Hospitalització o intervenció quirúrgica recents. <p>Intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures no farmacològiques: augment de la ingesta de fibra soluble i de la ingesta hídrica, exercici físic de manera regular, modificació d'hàbits intestinals (regularitzar horaris, aprofitar per a la defecació els moments en què el budell presenta peristaltisme augmentat, dedicar el temps suficient a l'acte defecatori, posició adequada, entrenar la musculatura pelviana). ▪ Mesures farmacològiques: si amb les mesures anteriors durant al menys 30 dies, el pacient no millora, valorar els tractaments següents amb el següent ordre de prioritat: <ol style="list-style-type: none"> 1) Laxants: formadors de massa, osmòtics, estimulants, procinètics o secretors. 2) Microènema / ènema de neteja / supositoris de glicerina o bisacodil. 3) Si fecalomes: extracció manual. <p>Recomanacions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar les mesures higièniques i dietètiques recollides al fulllet «Recomanacions dietètiques restrenyiment», disponible a e-SIAP. Seguiment a la consulta d'infermeria per re-educació d'hàbits. ▪ Contactar de manera prioritària amb el metge o la metgessa en els casos de restrenyiment acompanyat de simptomatologia d'alerta, vegeu apartat «Anamnesi». ▪ Consultar amb el professional de referència si no millora en 3-4 dies, les causes podrien haver variat. 	



Annex 1. Laxants. Classificació i dosi

Laxants		Dosi recomanada
Formadors de massa	<i>Plantago ovata</i>	1 sobre (3,5 g/sobre) cada 8-12h en funció del restrenyiment
	Metilcel·lulosa	2-3 càpsules de 500mg cada 8h en funció del restrenyiment
Osmòtics	Macrogol	3-9 g/dia o 250-500 ml/dia
	Lactulosa	15ml/8-12h 10mg/8-12h
	Lactitol	2-3 sobres al dia, única dosi.
Estimulants	Bisacodil	5-10 mg/dia
	Picosulfat de sodi	2,5-10 mg/dia
Procinètics	Prucaloprida	2 mg/24 h
Secretors	Linaclotida	145 g/dia

Reacció a un vaccí

Definició / Motiu de la consulta



La vacunació presenta beneficis i riscos entre els quals figuren les reaccions adverses als vaccins. La reacció adversa es defineix com «qualsevol resposta nociva i no intencionada a un medicament, incloent les reaccions adverses derivades de qualsevol ús al marge dels termes de l'autorització de comercialització, abús i els errors de medicació que produeixen un dany al pacient».¹

Les reaccions adverses produïdes pels vaccins, generalment, són lleus, ben tolerades i autolimitades.

- Les reaccions locals, principalment l'edema i el dolor, i la febre són les més comuns.
- Altres reaccions esdevenen de l'acte de vacunació, la més freqüent és un episodi vasovagal amb pèrdua de consciència.
- Ocasionalment, les reaccions adverses poden ser greus.

És molt important que el personal implicat en la vacunació sàpiga quines són les reaccions adverses que es poden presentar. Es poden consultar a la fitxa tècnica, disponible a: cima.aemps.es/cima/publico/home.html. [Centre d'informació online de medicaments d'AEMPS-CIMA](#)

Anamnesi



- 1) Antecedents personals:
 - Edat.
 - Embaràs.
 - Malaltia prèvia: neoplàsies, immunosupressió...
 - Fàrmacs i al·lèrgies.
- 2) Característiques relacionades amb la vacunació:
 - Curs evolutiu dels signes o símptomes: intensitat, durada, freqüència...
 - Vaccí administrat. Administració d'altres vaccins concomitants. Reaccions a un vaccí previ. Data d'administració. Lloc i via d'administració*.²
- 3) Signes i símptomes acompanyants:
 - Sistèmics: febre, irritabilitat, dolor muscular, malestar general, cefalea, vòmits, diarrea, exantema generalitzat, artràlgies i adenopaties generalitzades, episodi vasovagal, convulsions...
 - Locals: dolor, tumefacció i eritema a la zona de la punció; nòdul subcutani en el punt d'injecció; vesícules (varicel·la) o pàpules (BCG); limfadenitis regional (adenopaties)...

(*) Per evitar reaccions locals es recomana administrar tots els vaccins via intramuscular (IM) excepte BCG i rotavirus.²

PI12 – Reacció a un vaccí

Valoració



1. Estat general.
2. Constants: TA, FC, T°, FR i SatO₂ (si clínica respiratòria).
3. Característiques de la lesió en cas de reacció local: localització, tipus, extensió, dolor local, calor, color i rubor...

Diagnòstic



Escollir entre un dels derivats del E948 ò E949 segons el vaccí causant o el diagnòstic genèric següent:

CIE-9: E949 «EFC adverso vacunas nnc»

NANDA: 00217 «Riesgo de reacció alérgica»

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

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

Intervencions

- Si febre o dolor, analgèsia: paracetamol 500 ò 650 mg c/8 hores o ibuprofè 400 mg c/8 hores (adequar segons l'edat i la simptomatologia).
- Si insuficiència renal moderada és preferible l'ús de paracetamol i evitar l'ús d'ibuprofè, o reduir dosi a 200 mg c/8 hores fins un màxim de 5 dies.

Si insuficiència renal greu, insuficiència hepàtica o asma, evitar AINES.

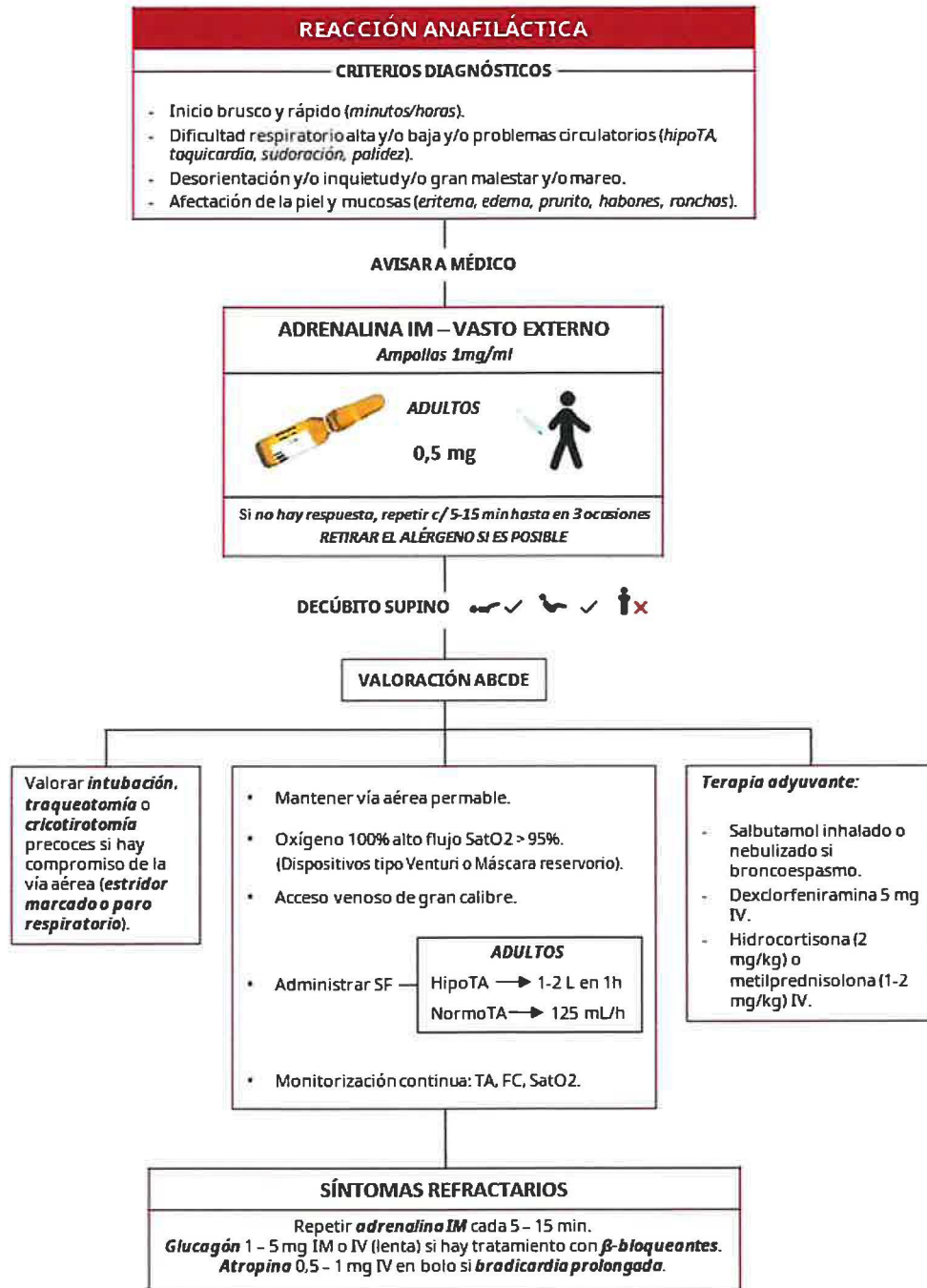
Si HTA, insuficiència cardíaca o malaltia cardiovascular, precaució amb AINES.

Si el pacient té antecedents d'úlceres o hemorràgia gastrointestinal, més de 65 anys o ús concomitant amb glucocorticoïdes, anticoagulants, antiagregants, necessitarà gastroprotecció mentre duri la pauta amb AINES.

- Si reaccions locals (dolor, eritema i tumefacció): aplicar fred local.
- Si nòdul subcutani (aparició per possible tècnica incorrecta d'administració en vaccins amb adjuvant d'alumini): aplicar calor local per ajudar a la reabsorció. Pot persistir setmanes i desapareix espontàniament.³
- En cas de sospita de reacció anafilàctica administrar adrenalina IM a la cara mitja-externa de la cuixa (múscul vast extern) a l'1/1.000 (1 mg/ml) el més aviat possible.⁴⁻⁶ La dosi és 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg), màxim 0,5 mg (0,5 ml) a persones adultes. La dosi es pot repetir cada 5-15 minuts fins a milloria clínica, segons el següent algoritme:

PI12 – Reacció a un vaccí

PI12 – Reacció a un vaccí



Adaptat de les fonts bibliogràfiques 5 i 6.



PI12 – Reacció a un vaccí

- Si el pacient presenta algun efecte advers, fer la notificació de sospita de «Reaccions Adverses als Medicaments» (RAMs) ⁷, «Programa de la Targeta Groga», ⁸ accessible a la història clínica d'atenció primària (e-SIAP), recepta electrònica (RELE), història de salut o a ibnotificaram.caib.es

Recomanacions

- Consultar de nou de forma prioritària si apareixen signes d'alerta: afectació de l'estat general, focalitat neurològica...
- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](http://ssib.es)
- Contactar amb el professional de referència, si:
 - Persisteixen més de 72 hores els símptomes que han causat la demanda.
 - Augmenta l'àrea afectada.
 - Presenta signes d'infecció local o formació d'abscess.

Bibliografia



1. Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. BOE nº 179, de 27 de julio de 2013. Disponible a: boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-8191-consolidado.pdf
2. Cook IF. Subcutaneous vaccine administration - an outmoded practice. Hum Vaccin Immunother. 2021;17(5):1329-1341. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32991241/>
3. Silcock R, Crawford NW, Perrett KP. Subcutaneous nodules: an important adverse event following immunization. Expert Review of Vaccines, 2019;18(4):405-410, Disponible a: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14760584.2019.1586540>
4. Campbell RL, Kelso JM. Anaphylaxis: emergency treatment. En: Walls RM et al, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023. [Consultat 18 de gener de 2023]. Disponible a: [Anaphylaxis: Emergency treatment - UpToDate](#)
5. Barnils C, Boix ML, Campo E, Mestres R, Portet M, Rey C. Les vacunacions a l'atenció primària de salut. 3a ed. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2011.
6. De la Hoz B. et al. Guía de actuación en Anafilaxia. Galaxia 2022. Barcelona: Sociedad Española de Alergología e Inmunología clínica; 2022. Disponible a: [Guía Galaxia - Home \(guiagalaxia.com\)](#)
7. Tarjeta Grogà. Noficació de sospita de reacció adversa a un medicament. [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears. Disponible a: intranet.caib.es/sifarma/nraalcs/index.jsp?idCache=0 [consulta: 21 juny 2022].
8. Servei de Control de Medicaments i Productes Sanitaris. Manual de usuarios. Tarjeta Amarilla online. [Internet]. Palma: Conselleria de Salut; 2017. [Consultat 3 novembre de 2022]. Disponible a: <https://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST353Z194168&id=194168>
9. Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. Resuscitation [Internet]. 2021;161:1-60. Available from: https://www.erc.edu/assets/documents/RESUS-8995-Exec-Summary_copy.pdf
10. Aliaga N, Álvarez P, Fuster M. Guía de Suport Vital Avançat 2022. 2022;1-170

PI12 – Reacció a un vaccí

Reacció a un vaccí

La reacció adversa es defineix com «qualsevol resposta nociva i no intencionada a un medicament, incloent les reaccions adverses derivades de qualsevol ús al marge dels termes de l'autorització de comercialització, abús i els errors de medicació que produeixen un dany al pacient». Les produïdes pels vaccins, generalment, són lleus, ben tolerades i autolimitades. Ocasionalment, les reaccions adverses poden ser greus.



Anamnesi

- Antecedents personals: edat, embaràs, malaltia prèvia i fàrmacs i al·lèrgies.
- Característiques relacionades amb la vacunació:
 - Vaccí administrat. Administració d'altres vaccins concomitants. Reaccions a un vaccí previ. Data d'administració, Lloc i via d'administració.
 - Curs evolutiu dels signes o símptomes.
- Signes i símptomes acompanyants: sistèmics o locals.

Valoració

- Estat general.
- Constants: TA, FC, Ta, FR i SatO2 (si clínica respiratòria).
- Característiques de la lesió.

Diagnòstic CIE-9

E948 escollir una de les variants segons el vaccí causant
E949 «EFC adverso vacunas nnc» o una de les variants

NANDA

00217 «Riesgo de reacció alérgica»

Pla d'actuació

Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general.
- Immunosupressió.
- Signes d'infecció local o sistèmica.
- Afectació cutània extensa.
- Sospita de reacció per interacció amb altres fàrmacs (insulina, oxicodina).

Intervencions:

- Analgèsia si precisa.
- Si reaccions locals (dolor, eritema i tumefacció): aplicar fred local.
- Si nòdul subcutani (aparició per possible tècnica incorrecta d'administració en vaccins amb adjuvant d'alumini): aplicar calor local per ajudar a la reabsorció. Pot persistir setmanes i desapareix espontàniament.
- En cas de sospita de reacció anafilàctica administrar 0.5 ml (adults) d'adrenalina IM al múscul vast extern de la cuixa el més aviat possible. La dosi es pot repetir cada 5-15 minuts fins a milloria clínica. Seguir l'algoritme.
- Si el pacient presenta algun efecte advers, fer la notificació de sospita de «Reaccions Adverses als Medicaments» (RAMs), «Programa de la Targeta Groga».

Recomanacions:

- Consultar de nou de forma prioritària si apareixen signes d'alerta: afectació de l'estat general, focalitat neurològica...
- Contactar amb el professional de referència, si persisteixen els símptomes que han causat la demanda més de 72 hores, augmenta l'àrea afectada o presenta signes d'infecció local o formació d'abscess.

Reacció a un vaccí

Definició / Motiu de la consulta



La vacunació presenta beneficis i riscos entre els quals figuren les reaccions adverses als vaccins. La reacció adversa es defineix com «qualsevol resposta nociva i no intencionada a un medicament, incloent les reaccions adverses derivades de qualsevol ús al marge dels termes de l'autorització de comercialització, abús i els errors de medicació que produeixen un dany al pacient».¹

Les reaccions adverses produïdes pels vaccins, generalment, són lleus, ben tolerades i autolimitades.

- Les reaccions locals, principalment l'edema i el dolor, i la febre són les més comuns.
- Altres reaccions esdevenen de l'acte de vacunació, la més freqüent és un episodi vasovagal amb pèrdua de consciència.
- Ocasionalment, les reaccions adverses poden ser greus.

És molt important que el personal implicat en la vacunació sàpiga quines són les reaccions adverses que es poden presentar. Es poden consultar a la fitxa tècnica, disponible a:

cima.aemps.es/cima/publico/home.html. [Centre d'informació online de medicaments d'AEMPS-CIMA](#)

Anamnesi



- 1) Antecedents personals:
 - Edat.
 - Embaràs.
 - Malaltia prèvia: neoplàsies, immunosupressió...
 - Fàrmacs i al·lèrgies.
- 2) Característiques relacionades amb la vacunació:
 - Curs evolutiu dels signes o símptomes: intensitat, durada, freqüència...
 - Vaccí administrat. Administració d'altres vaccins concomitants. Reaccions a un vaccí previ. Data d'administració. Lloc i via d'administració*.²
- 3) Signes i símptomes acompanyants:
 - Sistèmics: febre, irritabilitat, dolor muscular, malestar general, cefalea, vòmits, diarrea, exantema generalitzat, artràlgies i adenopaties generalitzades, episodi vasovagal, convulsions...
 - Locals: dolor, tumefacció i eritema a la zona de la punció; nòdul subcutani en el punt d'injecció; vesícules (varicella) o pàpules (BCG); limfadenitis regional (adenopaties)...

(*) Per evitar reaccions locals es recomana administrar tots els vaccins via intramuscular (IM) excepte BCG i rotavirus.²



PI12 – Reacció a un vaccí

Valoració



1. Estat general.
2. Constants: TA, FC, T^a, FR i SatO₂ (si clínica respiratòria).
3. Característiques de la lesió en cas de reacció local: localització, tipus, extensió, dolor local, calor, color i rubor...

Diagnòstic



Escollir entre un dels derivats del E948 ò E949 segons el vaccí causant o el diagnòstic genèric següent:

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

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

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

Intervencions

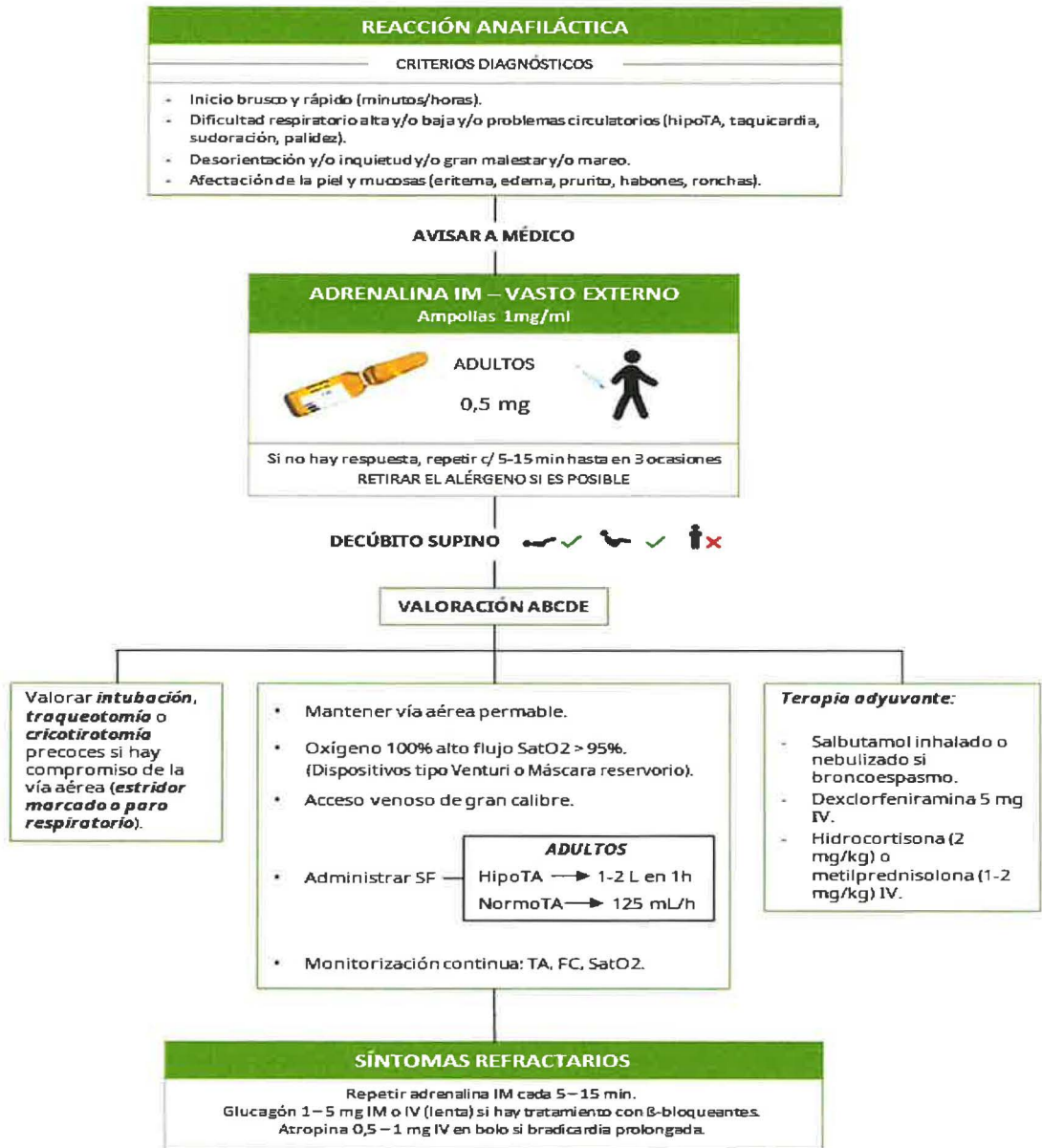
- Si febre o dolor, analgèsia: paracetamol 500 ò 650 mg c/8 hores o ibuprofè 400 mg c/8 hores (adequar segons l'edat i la simptomatologia).
- Si insuficiència renal moderada és preferible l'ús de paracetamol i evitar l'ús d'ibuprofè, o reduir dosi a 200 mg c/8 hores fins un màxim de 5 dies.
Si insuficiència renal greu, insuficiència hepàtica o asma, evitar AINES.

Si HTA, insuficiència cardíaca o malaltia cardiovascular, precaució amb AINES.

Si el pacient té antecedents d'úlceres o hemorràgia gastrointestinal, més de 65 anys o ús concomitant amb glucocorticoides, anticoagulants, antiagregants, necessitarà gastroprotecció mentre duri la pauta amb AINES.

- Si reaccions locals (dolor, eritema i tumefacció): aplicar fred local.
- Si nòdul subcutani (aparició per possible tècnica incorrecta d'administració en vaccins amb adjuvant d'alumini): aplicar calor local per ajudar a la reabsorció. Pot persistir setmanes i desapareix espontàniament.³
- En cas de sospita de reacció anafilàctica administrar adrenalina IM a la cara mitja-externa de la cuixa (múscul vast extern) a l'1/1.000 (1 mg/ml) el més aviat possible.⁴⁻⁶ La dosi és 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg), màxim 0,5 mg (0,5 ml) a persones adultes. La dosi es pot repetir cada 5-15 minuts fins a milloria clínica, segons el següent algoritme:

PI12 – Reacció a un vaccí



Adaptat de les fonts bibliogràfiques 5 i 6.



P112 – Reacció a un vaccí

- Si el pacient presenta algun efecte advers, fer la notificació de sospita de «Reaccions Adverses als Medicaments» (RAMs) ⁷, «Programa de la Targeta Groga», ⁸ accessible a la història clínica d'atenció primària (e-SIAP), recepta electrònica (RELE), història de salut o a ibnotificaram.caib.es

Recomanacions

- Consultar de nou de forma prioritària si apareixen signes d'alerta: afectació de l'estat general, focalitat neurològica...
- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](http://ssib.es)
- Contactar amb el professional de referència, si:
 - Persisteixen més de 72 hores els símptomes que han causat la demanda.
 - Augmenta l'àrea afectada.
 - Presenta signes d'infecció local o formació d'abscess.

Bibliografia



1. Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. BOE nº 179, de 27 de julio de 2013. Disponible a: boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-8191-consolidado.pdf
2. Cook IF. Subcutaneous vaccine administration - an outmoded practice. Hum Vaccin Immunother. 2021;17(5):1329-1341. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32991241/>
3. Silcock R, Crawford NW, Perrett KP. Subcutaneous nodules: an important adverse event following immunization. Expert Review of Vaccines, 2019;18(4):405-410, Disponible a: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14760584.2019.1586540>
4. Campbell RL, Kelso JM. Anaphylaxis: emergency treatment. En: Walls RM et al., ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023. [Consultat 18 de gener de 2023]. Disponible a: [Anaphylaxis: Emergency treatment - UpToDate](#)
5. Barnils C, Boix ML, Campo E, Mestres R, Portet M, Rey C. Les vacunacions a l'atenció primària de salut. 3a ed. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2011.
6. De la Hoz B. et al. Guía de actuación en Anafilaxia. Galaxia 2022. Barcelona: Sociedad Española de Alergología e Inmunología clínica; 2022. Disponible a: [Guía Galaxia - Home \(guiagalaxia.com\)](#)
7. Tarjeta Grogga. Notificació de sospita de reacció adversa a un medicament. [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears. Disponible a: intranet.caib.es/sifarma/nraalcs/index.jsp?idCache=0 [consulta: 21 juny 2022].
8. Servei de Control de Medicaments i Productes Sanitaris. Manual de usuarios. Tarjeta Amarilla online. [Internet]. Palma: Conselleria de Salut; 2017. [Consultat 3 novembre de 2022]. Disponible a: <https://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST353ZI194168&id=194168>
9. Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. Resuscitation [Internet]. 2021;161:1-60. Available from: https://www.erc.edu/assets/documents/RESUS-8995-Exec-Summary_copy.pdf
10. Aliaga N, Álvarez P, Fuster M. Guía de Suport Vital Avançat 2022. 2022;1-170

PI12 – Reacció a un vaccí

Reacció a un vaccí

La reacció adversa es defineix com «qualsevol resposta nociva i no intencionada a un medicament, incloent les reaccions adverses derivades de qualsevol ús al marge dels termes de l'autorització de comercialització, abús i els errors de medicació que produeixen un dany al pacient». Les produïdes pels vaccins, generalment, són lleus, ben tolerades i autolimitades. Ocasionalment, les reaccions adverses poden ser greus.



Anamnesi	Valoració
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedents personals: edat, embaràs, malaltia prèvia i fàrmacs i al·lèrgies. • Característiques relacionades amb la vacunació: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vaccí administrat. Administració d'altres vaccins concomitants. Reaccions a un vaccí previ. Data d'administració. Lloc i via d'administració. ◦ Curs evolutiu dels signes o símptomes. ▪ Signes i símptomes acompanyants: sistèmics o locals. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ Constants: TA, FC, Ta, FR i SatO2 (si clínica respiratòria). ▪ Característiques de la lesió.
Diagnòstic CIE-9	NANDA
E948 escollir una de les variants segons el vaccí causant E949 «EFC adverso vacunas nnc» o una de les variants	00217 «Riesgo de reacció alérgica»

Pla d'actuació

Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general.
- Immunosupressió.
- Signes d'infecció local o sistèmica.
- Afectació cutània extensa.
- Sospita de reacció per interacció amb altres fàrmacs (insulina, oxicina).

Intervencions:

- Analgèsia si precisa.
- Si reaccions locals (dolor, eritema i tumefacció): aplicar fred local.
- Si nòdul subcutani (aparició per possible tècnica incorrecta d'administració en vaccins amb adjuvant d'alumini): aplicar calor local per ajudar a la reabsorció. Pot persistir setmanes i desapareix espontàniament.
- En cas de sospita de reacció anafilàctica administrar 0,5 ml (adults) d'adrenalina IM al múscul vast extern de la cuixa el més aviat possible. La dosi es pot repetir cada 5-15 minuts fins a milloria clínica. Seguir l'algoritme.
- Si el pacient presenta algun efecte advers, fer la notificació de sospita de «Reaccions Adverses als Medicaments» (RAMs), «Programa de la Targeta Groga».

Recomanacions:

- Consultar de nou de forma prioritària si apareixen signes d'alerta: afectació de l'estat general, focalitat neurològica...
- Contactar amb el professional de referència, si persisteixen els símptomes que han causat la demanda més de 72 hores, augmenta l'àrea afectada o presenta signes d'infecció local o formació d'abscess.

Ungla encarnada i panadís

Definició / Motiu de la consulta



Ungla encarnada o onicocriptosi

Etimològicament significa unglu oculta. Es produeix quan la làmina de l'ungla lesiona el plec lateral unguial, pot afectar a un o els dos costats de l'ungla, amb major freqüència al costat intern. El primer dit del peu és el més afectat i sol cursar amb dolor i inflamació. Aquesta lesió apareix pel continu traumatisme que provoca el creixement de l'ungla que s'endinsa als teixits tous dels dits.^{1,2}

Panadís o paroníquia aguda

És un procés infecciós agut que afecta a la cutícula que uneix l'ungla i la pell. Pot ser parcial o ocupar tot el semicercle de la unió. Sol ser d'etiologia estafilocòccia i secundària a petites ferides per manipulació dels padastres, onicofàgia o per ús d'instruments de manicura. Se sol presentar com una zona envermellida i dolorosa en el costat lateral de l'ungla on s'acumula una secreció purulenta que pot desenvolupar una cel·lulitis.

Anamnesi



1) Antecedents personals i familiars:

- Edat.
- Embaràs o lactància.
- Malaltia prèvia: diabetis, immunosupressió, malaltia vascular perifèrica, neuropatia perifèrica, portador de pròtesi cardíaca. Recidives, intervenció prèvia.
- Fàrmacs: ús de corticoides, anticoagulants, retinoides sistèmics, agents antirretrovirals...³
- Al·lèrgies.
- Vaccinació (Td).
- Professi3: les persones amb feines que precisen contacte freqüent amb aigua o productes químics tenen més predisposició a patir paroníquies.

2) Característiques:

- Factors desencadenants o precipitants: tallat i manipulació incorrecte de les ungles, calçat atapeït, ús de sabates de taló, deformitats dels dits o de les ungles, onicofàgia (mossegar-se les ungles), onicomicosi, traumatismes menors repetits (esport), hiperhidrosi, sobrepès...
- Curs evolutiu: inici, intensitat, durada, freqüència.

3) Signes i símptomes acompanyants: impotència funcional, dolor...



PI13 – Ungla encarnada i panadís

Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Control de la temperatura, si precisa.
- 3) Característiques de la lesió:
 - Localització i extensió.
 - Edema, eritema, calor local, dolor, secreció (serosa o purulenta), aspecte de l'ungla i dels teixits circumdants. Inspecció de les articulacions interfalàngiques del dit afectat.

Diagnòstic



- CIE-9: 703|0 «Uña encarnada»
681|0|1 «Paroníquia dedo mano»
681|1|1 «Oníquia y paroníquia dedo pie»
- NANDA: 00046 «Deterioro integridad cutánea»
00004 «Riesgo de infección»
00132 «Dolor agudo»
00047 «Riesgo de deterioro de la integridad cutánea»

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Alerta pel risc de disseminació de la infecció (portador vàlvula cardíaca...).
- Signes d'infecció. Febre, cel·lulitis disseminada, necrosi...
- Afectació subjacent: muscular, neurològica, osteoarticular...
- Immunosupressió.
- Patologia crònica concomitant causal, predisposant o factor agreujant (ús de corticoides, diabetis, neoplàsia activa, ús de drogues per via parenteral...).
- Necessitat de tractament quirúrgic.

Intervencions ungla encarnada

- No retallar la punta que s'endinsa perquè pot empitjorar la lesió.
- Banys tebis d'aigua d'uns 15 minuts, 4-6 vegades al dia, durant 24-48 hores o foment d'aigua de Burow (20-30 minuts, c/8-12 hores).¹

PI13 – Ungla encarnada i panadís

- Tractaments per minimitzar l'endinsament de l'ungla (re-educació de l'ungla).^{1,4}
 - Packing* o tamponament: col·locar un trosset petit de cotó (o de fil dental) banyat amb antisèptic sota l'ungla.



Font: Majeaux EJ Jr, Carter C, Murphy TE. Ingrown Toenail Management. *Am Fam Physician*. 2019;100(3):158-164.

- Taping* o embenat adhesiu del plec lateral o distal: col·locar una tira d'espardenya a l'extrem afectat fent tracció cap a l'altre costat, provocant una separació entre el plec unguial i l'ungla.
 - En cas d'infecció es recomana neteja de la ferida amb aigua i sabó i, si és necessari, tractament antibiòtic. És preferible la via oral que el tractament tòpic.⁵ Per antibioteràpia oral derivar al metge.

Intervencions panadís

- El drenatge és l'opció terapèutica d'elecció en el període de fluctuació. Si encara no és possible drenar: aplicar calor local amb foment humits d'uns 15 minuts, 4-6 vegades al dia durant 24 hores per facilitar-ho.
- Tècnica de drenatge:**
 - Informar a l'usuari de la tècnica que realitzarem i donar-li el consentiment informat per a que el signi, "Consentimiento informado cirugía menor" disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP.
 - Netejar (amb sèrum fisiològic), desinfectar (clorhexidina) i delimitar el camp estèril.
 - Valorar anestèsia: en la majoria de les paroníquies es pot fer la incisió sense anestèsia, però si la zona és molt dolorosa a la manipulació, es recomana anestèsia digital completa (troncular) injectant 1 ml d'anestèsic local sense vasoconstrictor a les cares laterals de la primera falange del dit i esperar 10-15 minuts.
 - Incisió: es fa una incisió ràpida amb bisturí (es proposa el número 11), entre l'ungla i el plec unguial, a la zona de màxima fluctuació, evitant, sempre que es pugui, la cara palmar del dit per no danyar el paquet vasculonerviós.
 - En el cas de que la paroníquia sigui profunda es requereix una incisió cutània. S'ha d'optar per una incisió en J (anomenada d'estic d'hoquei).
 - Protegir la zona amb gases. Per a induir el drenatge del material purulent pot ajudar fer pressió cap a la zona d'incisió.
 - Oclusió i revisió a les 24-48h.



PI13 – Ungla encarnada i panadís

- En cas d'infecció es recomana neteja de la ferida amb aigua i sabó i, si és necessari, tractament antibiòtic. És preferible la via oral que el tractament tòpic.⁵ Per antibioteràpia oral derivar al metge.
- Si analgèsia: paracetamol 500 ò 650 mg c/8 hores o ibuprofè 400 mg c/8 hores (adequar segons l'edat i la simptomatologia).
 - Si insuficiència renal moderada és preferible l'ús de paracetamol i evitar l'ús d'ibuprofè, o reduir dosi a 200 mg c/8 hores fins un màxim de 5 dies.
 - Si insuficiència renal greu, insuficiència hepàtica o asma, evitar AINES.
 - Si HTA, insuficiència cardíaca o malaltia cardiovascular, precaució amb AINES.
- Profilaxi antitetànica, si cal.

Recomanacions

- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](https://ssib.es)
- Realitzar la higiene de la zona amb aigua tèbia i sabó, retirar les crostes pútrides, en cas que n'hi hagi, i mantenir la zona seca la resta de temps.
- Evitar qualsevol ferida a les ungles o a les puntes dels dits.
- Tallar les ungles dels peus cada mes. Fer-ho després del bany, que és quan estan més toves. Emprar tisores amb vores arrodonides i llimes. La forma del tallat ha de ser recta al llarg de la punta. No s'han de tallar massa curtes, ni arrodonides, ni en V.
- Calçat adequat per evitar pressió sobre la zona i prevenir noves lesions.⁶
- Contactar amb el professional de referència si precisa, per seguiment evolutiu i prevenció d'ungla encarnada o paroníquia recidivants.

P113 – Ungla encarnada i panadís

Bibliografia



1. Amat G. Ungla encarnada. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. [Consultat 29 febrer de 2023]. Disponible a: [PC1030_Ungla-Encarnada_adults_octubre-2018_inf.pdf \(gencat.cat\)](#)
2. Geizhals S, Lipner SR. Review of onychocryptosis: epidemiology, pathogenesis, risk factors, diagnosis and treatment. *Dermatol Online J.* 2019;25(9):13030/qt9985w2n0. Disponible a: [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31738836/](#) [consulta: 21 juny 2022].
3. Tosti A. Ingrown nails. En: Dellavalle RP et al., ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2021. [Consultat 22 de gener de 2023]. Disponible a: https://www.uptodate.com/contents/ingrown-nails?search=ingrown%20toenail&source=search_result&selectedTitle=1~30&usage_type=default&display_rank=1
4. Mayeaux EJ Jr, Carter C, Murphy TE. Ingrown Toenail Management. *Am Fam Physician.* 2019;100(3):158-164. Disponible a: [Ingrown Toenail Management | AAFP](#)
5. Folch B, Palop V, Martínez-Mir I, Colomina J, Sempere M. Tratamiento empírico de las infecciones cutáneas bacterianas. En: Guías Clínicas. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2019. [Consultat 12 novembre de 2022]. Disponible a: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/tratamiento-empirico-infecciones-cutaneas-bacterianas/>
6. Litaïem N, Drissi H, Zeglaoui F, Khachemoune A. Reonychia of the toenails: a review with emphasis on pathogenesis, new diagnostic and management trends. *Arch Dermatol Res.* 2019; 311(7):505-512.

PI13 – Ungla encarnada i panadís

Ungla encarnada i panadís

Ungla encarnada o onicocriptosi:

Es produeix quan la làmina de l'ungla lesiona el plec lateral unguial, pot afectar a un o els dos costats de la unglia, amb major freqüència al costat intern. El primer dit del peu és el més afectat i sol cursar amb dolor i inflamació.

Panadís o paroníquia aguda:

És un procés infecciós agut que afecta a la cutícula que uneix la unglia i la pell. Pot ser parcial o ocupar tot el semicercle de la unió. Se sol presentar com una zona envermellida i dolorosa en el costat lateral de la unglia on s'acumula una secreció purulenta que pot desenvolupar una cel·lulitis.



Anamnesi

- Antecedents personals i familiars: edat, embaràs, lactància, malaltia prèvia, fàrmacs, al·lèrgies, vacunació Td i professió.
- Característiques: factors desencadenants o precipitants i curs evolutiu.
- Signes i símptomes acompanyants.

Valoració

- Estat general. Control de la temperatura, si precisa.
- Característiques de la lesió:
 - Localització i extensió.
 - Edema, eritema, calor local, dolor, secreció, aspecte de l'ungla i dels teixits circumdants. Inspecció de les articulacions interfalàngiques del dit afectat.

Diagnòstic CIE-9

703|0 «Uña encarnada»
 681|0|1 «Paroníquia dedo mano»
 681|1|1 «Oníquia y paroníquia dedo pie»

NANDA

00046 «Deterioro integridad cutánea»
 00004 «Riesgo de infección»
 00132 «Dolor agudo»
 00047 «Riesgo de deterioro de la integridad cutánea»

Pla d'actuació

Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Alerta pel risc de disseminació de la infecció (portador vàlvula cardíaca...).
- Signes d'infecció. Febre, cel·lulitis disseminada, necrosi...
- Afectació subjacent: muscular, neurològica, osteoarticular...
- Immunosupressió. Patologia crònica concomitant causal, predisposant o factor agreujant.
- Necessita tractament quirúrgic.

Intervencions unglia encarnada:

- No retallar la punta que s'endinsa.
- Banyes tebis d'aigua d'uns 15 minuts, 4-6 vegades al dia, durant 24-48 hores o fomentos d'aigua de Burow (20-30 minuts, c/8-12 hores).
- Tractaments per minimitzar l'endinsament de l'ungla (re-educació de l'ungla: packing o taping).
- En cas d'infecció: neteja de la ferida i, si és necessari antibiòtic, que és preferible la via oral que el tractament tòpic.

Intervencions panadís:

- El drenatge és l'opció terapèutica d'elecció en el període de fluctuació. Si encara no és possible drenar: aplicar calor local amb fomentos humits d'uns 15 minuts, 4-6 vegades al dia durant 24 hores per facilitar-ho.
 - Tècnica de drenatge
 - Important donar consentiment informat (apartat consells eSIAP). Netejar amb sèrum fisiològic, aplicar clorhexidina i delimitar el camp estèril. Valorar si necessita anestèsia. Fer incisió ràpida amb bisturí (número 11) a la zona de màxima fluctuació. Pressionar per induir el drenatge. Oclusió i revisió a les 24-48h.
 - En cas d'infecció: neteja de la ferida i, si és necessari antibiòtic. És preferible la via oral que el tractament tòpic.
 - Recomanar analgèsia i vacunació Td si precisa.

Recomanacions generals:

- Higiene de la zona amb aigua tèbia i sabó, retirar les crostes pútrides i mantenir la zona seca la resta de temps.
- Evitar: ferides a les ungles o a les puntes dels dits.
- Tallar les ungles dels peus després del bany, emprar tisores amb vores arrodonides i llimes. La forma del tallat ha de ser recta. No s'han de tallar ni massa curtes, ni arrodonides, ni en V.
- Calçat: evitar que la pressió sobre la lesió.
- Analgèsia i profilaxi antitètica si cal.
- Contactar amb el professional de referència per seguiment evolutiu o si és recidivant.

Uixol

Definició / Motiu de la consulta



L'uixol és una infecció localitzada a les glàndules de les parpelles o als fol·licles pilosos de les pestanyes¹, generalment produïda per un *Staphylococcus aureus*² i que se sol presentar com una tumoració dolorosa i ben delimitada d'aparició aguda.

Pot ser intern o extern. La majoria són autolimitats i desapareixen de manera espontània.³

A vegades un uixol es pot confondre amb un xalazió, que és l'obstrucció d'una glàndula sebàcia de la parpella. Les tres diferències principals amb l'uixol és que el xalazió no fa mal, no surt a la vorera de la parpella, sinó a la zona més central, i és de creixement lent a diferència de l'uixol que és de creixement més agut.^{3,4}

Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
 - Malaltia prèvia: antecedents d'uixols previs...
 - Fàrmacs i al·lèrgies.
- 2) Característiques:
 - Factors desencadenants o precipitants: maquillatge, lents de contacte...
 - Curs evolutiu de la lesió.
- 3) Signes i símptomes acompanyants: dolor, edema palpebral, hiperèmia conjuntival, llagimeig...

Valoració



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

Diagnòstic



CIE-9: 373|1| «Orzuelo y otra inflamación profunda del párpado»

NANDA: 00044 «Deterioro de la integridad tissular»

00122 «Trastorno de la percepción sensorial visual»

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Febre o afectació general.
- Uixol de gran volum (requereix incisió i drenatge).
- Alteracions de la visió o fotofòbia.
- Flictenes, cel·lulitis palpebral, sospita de conjuntivitis o afectació intraocular.

Intervencions

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

Recomanacions

- Higiene de mans adequada.
- Aplicació de compreses calentes 10 minuts, 3-4 vegades/dia.^{1,2}
- Higiene palpebral adequada, incloent-hi un massatge circular a la zona del nòdul²
- Evitar factors agreujants (lents de contacte, maquillatge...).
- No compartir tovalloles o mocadors.⁴
- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](https://ssib.es)
- Contactar amb el professional de referència, si signes d'alarma (febre, dolor, edema palpebral, cel·lulitis, hiperèmia conjuntival, llagrimaig...) o si no millora després de varis dies de mesures no farmacològiques o de 7 dies de mesures farmacològiques.⁴

Bibliografia



1. Bragg KJ, Le PH, Le JK. Hordeolum. [Updated 2022 Aug 14]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. [Consultat 28 de gener de 2023]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441985/>
2. Willmann D, Guier CP, Patel BC, et al. Sty. [Updated 2022 Aug 8]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. [Consultat 15 de novembre de 2022]. Disponible a: Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459349/>
3. Díez A, Vallés CJ. Trastornos de los párpados. AMF 2018;14(8):479-484.
4. SemFYC. Orzuelo. Unidad 16. Enfermedades de los ojos. En: Espinàs J, Vilaseca J, coord. Guía Práctica de la Salud. Barcelona: semFYC; 2021. Disponible en: https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2021/12/16_7-2.pdf
5. Varu DM, Rhee MK, Akpek EK, Amescua G, Farid M, Garcia-Ferrer FJ et al. Conjunctivitis Preferred Practice Pattern. Ophthalmology, 2019;126(1):94-169. Disponible a: <https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S0161642018326460?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0161642018326460%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>
6. NICE. Blepharitis. En: Clinical Knowledge Summaries (CKS). [Consultat 10 de novembre de 2022]. London: National Institute For Health And Care Excellence (NICE);2019a.



Uixol:

L'uixol és una infecció localitzada a les glàndules de les parpelles o als fol·licles pilosos de les pestanyes, generalment produïda per un *Staphylococcus aureus* i que se sol presentar com una tumoració dolorosa i ben delimitada d'aparició aguda. Pot ser intern o extern. La majoria són autolimitats i desapareixen de manera espontània.



Anamnesi	Valoració
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals i familiars: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Malaltia prèvia. ▫ Fàrmacs i al·lèrgies. ▪ Característiques: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factors desencadenants o precipitants. ▫ Curs evolutiu de la lesió. ▪ Signes i símptomes acompanyants. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ Localització i extensió de la lesió. ▪ Consistència i drenatge.
Diagnòstic CIE-9	NANDA
373 1 «Orzuelo y otra inflamación profunda del párpado»	00044 «Deterioro de la integridad tisular» 00122 «Trastorno de la percepción sensorial visual»
Pla d'actuació	
<p>Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Febre o afectació de l'estat general. ▪ Uixol de gran volum (requereix incisió i drenatge). ▪ Alteració de la visió o fotofòbia. ▪ Flictenes, cel·lulitis palpebral, sospita de conjuntivitis o afectació intraocular. <p>Intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uixol de caràcter agut: tractament antibiòtic no indicat. Aplicar mesures no farmacològiques. ▪ En el cas que es tracti d'una persona amb un uixol que no millora amb mesures no farmacològiques contactar amb el metge o la metgessa per valorar el tractament farmacològic. <p>Recomanacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Higiene de mans adequada. ▪ Aplicació de compreses calentes 10 minuts, 3-4 vegades/dia. ▪ Higiene palpebral adequada, incloent-hi un massatge circular a la zona del nòdul. ▪ Evitar factors agreujants (lents de contacte, maquillatge...). ▪ No compartir tovalloles o mocadors. ▪ Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP. ▪ Contactar amb el professional de referència, si signes d'alarma: febre, dolor, edema palpebral, cel·lulitis, hiperèmia conjuntival, llagrimaig... o si no millora després de varis dies de mesures no farmacològiques o de 7 dies de mesures farmacològiques. 	

Crisi HTA

Definició / Motiu de la consulta



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

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

Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
 - Edat.
 - Embaràs.
 - Malaltia prèvia: malaltia cardiovascular coneguda, HTA, crisis hipertensives prèvies...
 - Altres factors de risc cardiovascular.
 - Hàbits tòxics: tabac, alcohol, cafeïna, cocaïna, amfetamines...
 - Fàrmacs i al·lèrgies: considerar els fàrmacs i les substàncies amb acció pressora com antiinflamatoris no esteroïdals (AINE), corticoides, immunosupressors, anticonceptius...²
- 2) Característiques:
 - Factors desencadenants o precipitants: incompliment terapèutic, situacions d'estrès, sobrepès/obesitat, mals hàbits alimentaris, sedentarisme...
 - Tipus: EH, UH, falsa UH.
 - Curs evolutiu: inici, intensitat, durada...
- 3) Signes i símptomes acompanyants:
 - Associats a l'afectació aguda d'òrgans diana: cefalea, mareig, vòmits, dolor toràcic, dorsal o abdominal agut, dispnea, palpitations, taquipnea, taquicàrdia, símptomes visuals, dèficit neurològic focal, agitació, estupor, síncope...
 - Altres símptomes: ansietat, edemes en extremitats inferiors (per identificar signes d'insuficiència cardíaca)...

Valoració



L'objectiu fonamental de la valoració és identificar si existeixen signes o símptomes que facin sospitar una afectació aguda dels òrgans diana i un risc vital (EH), o bé, no es dona una situació de risc vital immediat (UH).³ Cal valorar:

- 1) Estat general.
- 2) TA: en la presa de la tensió és important que la tècnica sigui la correcta*. Confirmar braç control amb dues mesures a cada braç amb un interval mínim d'1 minut.
- 3) Altres constants: T^a, FC, ritme cardíac, FR, saturació O₂, ECG i tira d'orina.
- 4) Signes d'alerta/afectació aguda dels òrgans diana.

(**) Braç sense roba que comprimeixi, a l'altura del cor, habitació tranquil·la amb les condicions de llum, temperatura i renou adequades. El maneguet ha de tenir el tamany adequat, ha d'ocupar les 2/3 parts de la circumferència del braç:*

- *Persones adultes (circumferència de braç CB 24-32 cm) 12 x 26 cm.*
- *Persones adultes obeses (CB 32-42 cm) 12 x 40 cm.*
- *Persones adultes molt obeses (CB > 42 cm) 20 x 42 cm.*

Diagnòstic



CIE-9: 401|9| «Hipertensió»

NANDA: 00267 «Riesg de tensió arterial inestable»

Pla d'actuació



Intervencions

Emergència hipertensiva

L'objectiu de la intervenció és reduir la TA un 20-25 % dels valors inicials en un període de pocs minuts a dues hores, no de manera brusca. Les actuacions a seguir són:

- Sol·licitar valoració mèdica urgent.
- Aplicar el protocol ABC.
 - Valorar estat de consciència.
 - Mantenir permeable la via aèria i administrar oxigen si la SatO₂<95%.
- ECG de 12 derivacions i monitorització cardíaca.
- Canalitzar via intravenosa.
- Requereix derivació urgent a urgències hospitalàries.
- Si presenta un ictus no administrar tractament hipotensor, s'ha d'activar el codi ictus i derivar ràpidament a l'hospital.⁴

Urgència hipertensiva

L'objectiu de la intervenció és reduir la TA un 20-25 % dels valors inicials en dues o tres hores, sense pretendre normalitzar totalment els valors. Les actuacions a seguir són:⁵

- Repòs a un lloc tranquil en decúbit supí durant 5-10 minuts.
- Nova presa de TA. Si persisteixen xifres de TAS per damunt de 180 mmHg ò 120 mmHg de TAD:
 - En cas d'ansietat, valorar (conjuntament amb el metge/metgessa) l'administració d'ansiolítics per via sublingual (diazepam 5-10mg).

PI16 – Crisi HTA

- Contacte amb el metge/metgessa: Captopril® 25 mg via oral, contraindicat en pacients amb insuficiència renal (creatinina > 2 mg/dl), hiperpotassèmia (potassi > 5,5 mEq/ml), sospita d'HTA renovascular, pacients monorenals, embaràs o història d'angioedema.
- Repòs d'uns 30 minuts i si persisteixen xifres de TAS \geq 180 mmHg ò TAD \geq 120 mmHg, repetir la dosi de captopril 25 mg a intervals de 30 minuts fins un màxim de 100 mg. Si en 2-3 hores no ha disminuït la TA, cal considerar derivar a urgències hospitalàries.
- Si ha disminuït la TAS per davall de 180 mmHg i 120 mmHg la TAD s'ha de derivar al professional de referència.

Hipertensió sense situació de crisi hipertensiva (Pseudocrisi hipertensiva)

Si TAS 160-179mmHg o TAD 95-119mmHg derivar al professional de referència, donant-li una cita programada.

Recomanacions


- Evitar factors desencadenants i precipitants.
- En el cas d'HTA no diagnosticada citar amb el professional de referència per a seguiment de les xifres tensionals en 24-48h i per a que es realitzi el diagnòstic i inclusió en el protocol d'HTA.
- Si HTA ja coneguda:
 - Reforçar adherència al tractament.
 - Donar el consell breu acompanyat del fullet «Recomanacions dietètiques a HTA», disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP.
 - Citar per controls posteriors amb la infermera de referència en 24-48h.⁶
- Consultar de nou si aparició de signes d'alerta.



Bibliografia



1. Ribera M, Caballero I. Crisis hipertensiva. A partir de un síntoma. AMF. 2014;10(2):89-94.
2. Amat G, Rodríguez C. Elevació de la pressió arterial. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. Disponible a: PC1011_Elevacio-pressio-arterial_octubre-2018_inf.pdf (gencat.cat)
3. Elliot W, Varon J. Evaluation and treatment of hypertensive emergencies in adults. En: Bakris GL, White WB, ed.. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2022. [Consultat 10 de gener de 2023]. Disponible a: [uptodate.com/contents/evaluation-and-treatment-of-hypertensive-emergencies-in-adults](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-treatment-of-hypertensive-emergencies-in-adults)
4. Crisi hipertensiva. En: Brugués A et al, dir. Guia d'intervencions d'infermera a Problemes de Salut Urgents. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. 1ª ed, 1ª rev. [Internet]. Castelldefels (Barcelona): Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP); 2020. p30. [Consultat 26 febrer de 2023]. Disponible a: <https://www.casap.cat/wp-content/uploads/2020/02/Gesti%C3%B3-infermera-de-la-demanda-CUAP-2020-breu.pdf>
5. Chayán-Zas ML, Gil-Teijeiro J, Moliner-de la Puente JR, Ríos-Rey MT, Castiñeira-Pérez MdC, González Paradela C, et al. Urgencias y emergencias hipertensivas. Cad Aten Primaria. 2010;17(3):192-195.
6. Benítez M, Dalfó A, Domínguez M, Matía A, Pepió JM, Rodríguez X. Qué hacer y no hacer en el Abordaje de la Hipertensión Arterial: Puntos Imprescindibles Que no hay que olvidar. Barcelona: semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria);2020.

Crisi HTA	<p>La crisi hipertensiva es l'elevació aguda de la TA \geq 180-120 mmHg. Cal distingir entre:</p> <p>Emergència hipertensiva (EH): s'acompanya d'alteracions orgàniques greus. Suposa un risc de lesió irreversible. Precisa derivació a l'hospital.</p> <p>Urgència hipertensiva (UH): elevació aguda de la TA en un pacient amb símptomes inespecífics o lleus, que no implica una afectació greu dels òrgans diana i que, per tant, no suposa un risc vital immediat.</p> <p>Pseudocrisi hipertensiva o falsa UH: elevació tensional aguda asimptomàtica, sense repercussió orgànica, reactiva a estímuls aguts (dolor intens, ansietat...). Habitualment els valor de la TA es normalitzen quan desapareix el factor desencadenant.</p>			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="background-color: #c8e6c9;">Anamnesi</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Valoració</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals i familiars: edat, embaràs, malaltia prèvia, hàbits tòxics, fàrmacs i al·lèrgies (amb acció pressora). ▪ Característiques: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factors desencadenants o precipitants ▫ Tipus: EH, UH, falsa UH. ▫ Curs evolutiu. ▪ Signes i símptomes acompanyants: associats a l'afectació aguda d'òrgans diana o altres símptomes. </td> <td> <p>L'objectiu fonamental és identificar si existeixen signes i símptomes que facin sospitar una afectació aguda dels òrgans diana i un risc vital.</p> <p>Cal valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ TA: tècnica correcta. Confirmar braç control amb dues mesures a cada braç amb un interval mínim d'1 minut. ▪ Ta, FC, ritme cardíac, FR, saturació O₂, ECG i tira d'orina. ▪ Signes d'alerta/afectació aguda dels òrgans diana. </td> </tr> </table>	Anamnesi	Valoració	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals i familiars: edat, embaràs, malaltia prèvia, hàbits tòxics, fàrmacs i al·lèrgies (amb acció pressora). ▪ Característiques: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factors desencadenants o precipitants ▫ Tipus: EH, UH, falsa UH. ▫ Curs evolutiu. ▪ Signes i símptomes acompanyants: associats a l'afectació aguda d'òrgans diana o altres símptomes.
Anamnesi	Valoració			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals i familiars: edat, embaràs, malaltia prèvia, hàbits tòxics, fàrmacs i al·lèrgies (amb acció pressora). ▪ Característiques: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Factors desencadenants o precipitants ▫ Tipus: EH, UH, falsa UH. ▫ Curs evolutiu. ▪ Signes i símptomes acompanyants: associats a l'afectació aguda d'òrgans diana o altres símptomes. 	<p>L'objectiu fonamental és identificar si existeixen signes i símptomes que facin sospitar una afectació aguda dels òrgans diana i un risc vital.</p> <p>Cal valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ TA: tècnica correcta. Confirmar braç control amb dues mesures a cada braç amb un interval mínim d'1 minut. ▪ Ta, FC, ritme cardíac, FR, saturació O₂, ECG i tira d'orina. ▪ Signes d'alerta/afectació aguda dels òrgans diana. 			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="background-color: #c8e6c9;">Diagnòstic CIE-9</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">NANDA</th> </tr> <tr> <td>401 9 «Hipertensió»</td> <td>00267 «Riesgo de tensión arterial inestable»</td> </tr> </table>	Diagnòstic CIE-9	NANDA	401 9 «Hipertensió»	00267 «Riesgo de tensión arterial inestable»
Diagnòstic CIE-9	NANDA			
401 9 «Hipertensió»	00267 «Riesgo de tensión arterial inestable»			
Pla d'actuació				
<p>Emergència hipertensiva</p> <p>L'objectiu de la intervenció és reduir la TA un 20-25 % dels valors inicials en un període de pocs minuts a dues hores, no de manera brusca. Les actuacions a seguir són:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sol·licitar valoració mèdica urgent. ▪ Aplicar el protocol ABC. ▪ ECG de 12 derivacions i monitorització cardíaca. ▪ Canalitzar via intravenosa. ▪ Requereix derivació urgent a urgències hospitalàries. ▪ Si presenta un ictus no administrar tractament hipotensor, s'ha d'activar el codi ictus i derivar ràpidament a l'hospital. <p>Urgència hipertensiva</p> <p>L'objectiu de la intervenció és reduir la TA un 20-25 % dels valors inicials en dues o tres hores, sense pretendre normalitzar totalment els valors. Les actuacions a seguir són:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repòs a un lloc tranquil en decúbit supí durant 5-10 minuts. ▪ Nova presa de TA. Si persisteixen les xifres per damunt de 180 mmHg la TAS o 120 mmHg: <ul style="list-style-type: none"> ▫ En cas d'ansietat, valorar l'administració d'ansiolítics per via sublingual (diazepam 5-10mg), amb el metge/metgessa. ▫ Contacte amb el metge/metgessa: Captopril® 25 mg via oral ▫ Repòs d'uns 30 minuts i si persisteixen xifres \geq 180 o \geq 120mmHg, repetir la dosi de captopril 25 mg a intervals de 30 minuts fins un màxim de 100 mg. Si en 2-3 hores no ha disminuït la TA, cal considerar derivar a urgències hospitalàries. ▪ Si ha disminuït la TA per davall de 180 i 120mmHg citar al professional de referència. <p>Hipertensió sense situació de crisi hipertensiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si TAS 160-179mmHg o TAD 95-119mmHg citar al professional de referència. <p>Recomanacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar factors desencadenants i precipitants. ▪ En el cas d'HTA no diagnosticada citar amb el professional de referència per a seguiment de les xifres tensionals en 24-48h i per a que es realitzi el diagnòstic i inclusió en el protocol d'HTA. ▪ Si HTA ja coneguda: reforçar adherència al tractament, donar el consell breu (fullet disponible a e-SIAP) i citar per controls posteriors amb la infermera de referència en 24-48h. ▪ Consultar de nou si aparició de signes d'alerta. 				

Dispnea

Definició / Motiu de la consulta



La dispnea és la sensació subjectiva de dificultat de la respiració associada a un augment de l'esforç per respirar.^{1,2} Pot ser aguda (hores, dies) o crònica (setmanes, mesos) depenent de la seva durada i d'intensitat variable. En l'aguda, s'inclouen tant les afectacions de nova aparició com aquelles que es presenten per un empitjorament o agudització d'una ja existent, com poden ser una crisi d'asma o una descompensació d'una insuficiència cardíaca. La dispnea pot ser la principal manifestació de diverses malalties i té un origen multifactorial pel que és fonamental fer una anamnesi i una exploració física detallades.

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

- Dolor toràctic o síncope.
- Obnubilació.
- Agitació psicomotriu.
- Fredor i pal·lidesa cutani-mucosa, cianosi central i perifèrica, fredor, sudoració.
- Impossibilitat de tossir o de parlar.
- Tiratge costal, ús de musculatura accessòria.
- Freqüència respiratòria (FR) > 30 rpm.
- Freqüència cardíaca (FC) >125 bpm.
- Tensió Arterial (TA) sistòlica <90 mmHg.
- Saturació O₂ (SatO₂) < 90 % amb oxigenoteràpia.

Anamnesi



1) Antecedents personals i familiars:

- Edat.
- Malalties prèvies (atenció especial a les cardiopulmonars). Intervencions quirúrgiques recents, fractures, immobilitat, trombosi venosa.
- Factors de risc cardiovascular.
- Hàbits tòxics: tabac, alcohol, abús de drogues.
- Fàrmacs: tractament de base de la seva malaltia, anticonceptius, hormones...
- Al·lèrgies.
- Laborals: professió i grau d'exposició a elements nocius (asbest, mineria, pol·lució, radiacions, fums...).

2) Característiques de la dispnea:

- Factors desencadenants o precipitants: immobilitat en els dies previs (possibilitat de tromboembolisme pulmonar), vòmits (possibilitat d'aspiració), ingesta d'un cos estrany, quadre catarral, situació emocional especial, inhalació de gasos, traumatismes, etc.
- Curs evolutiu: inici sobtat o progressiu, dispnea contínua o intermitent. Temps d'evolució.
- Tipus específics de dispnea: ortopnea, dispnea paroxística nocturna, dispnea de repòs o d'esforç.



3) Signes i símptomes acompanyants:

- Febre.
- Tos, expectoració.
- Edemes.
- Dolor toràctic.
- Dolor a les extremitats inferiors.

Valoració



- 1) Estat general: nivell de consciència...
- 2) Exploració física:
 - Pell: pal·lidesa, cianosi central i perifèrica, fredor, sudoració...
 - Extremitats: polsos perifèrics, dolor, edema, eritema, cordó venós...
 - Tòrax: ús de musculatura accessòria, tiratge intercostal, respiració amb descoordinació toracoabdominal, espiració llarga i sorollosa, singlot/hiperventilació...
- 3) Constants vitals: SatO₂, TA, FC, ritme cardíac, FR, temperatura corporal.
- 4) En presència de dolor toràctic fer un ECG. Si la dispnea no és coherent amb l'historial previ del pacient, valorar la necessitat d'ECG, encara que no hi hagi dolor toràctic.
- 5) Compliment del tractament, en cas de que pertoqui.
- 6) Tècnica inhalatòria en cas d'ús d'inhaladors o aerosols.
- 7) En pacients asmàtics mesurar el flux expiratori màxim mitjançant el mesurador de Peak-Flow³ per avaluar la gravetat de la crisi asmàtica (vegeu la taula 1). Entregar el fullet «Peak-flow, instruccions», disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP.

Taula 1. Avaluació de la gravetat de la crisi asmàtica segons el Comité Ejecutivo de la GEMA ⁴				
	Crisi lleu	Crisi moderada	Crisi greu	Crisi vital
PEF*				
MMP o valors de referència	> 70 %	< 70 %	< 50 %	No procedeix

(*)PEF: flux expiratori màxim per minut.

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

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

Diagnòstic

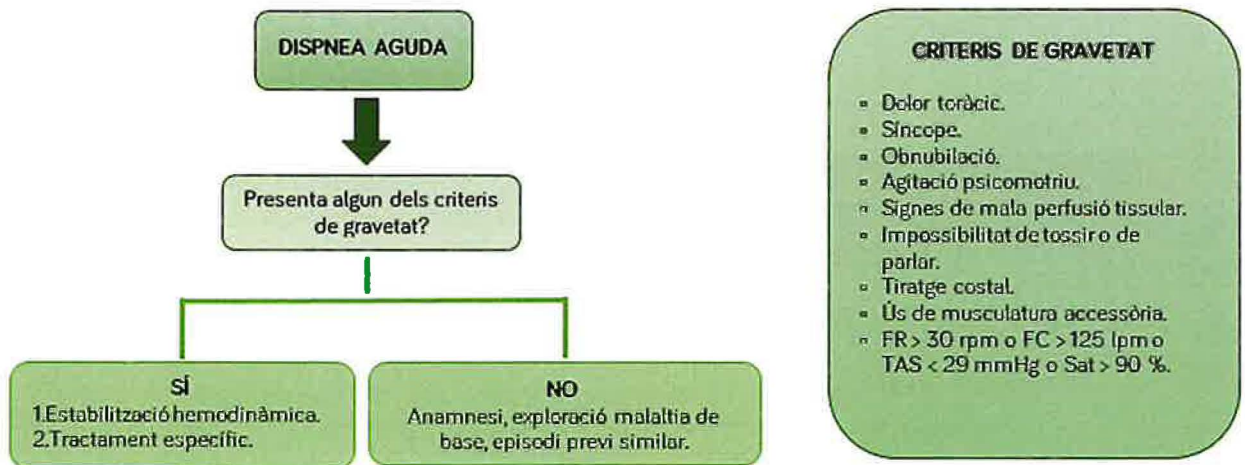


CIE-9: 786|0 «Disnea y alteraciones respiratorias»
NANDA: 00032 «Patrón respiratorio ineficaz»

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa segons la presència o l'absència d'inestabilitat hemodinàmica i dels criteris de gravetat del pacient¹ (vegeu l'apartat «Definició / Motiu de la consulta»).



Font: Adaptat de Fernández MJ, Landaluce M, Mora E, De la Fuente A, Rodríguez ML. Valoración de la disnea como síntoma urgente en atención primaria. *Med Gen Fam.* 2018; 7(2): 80-83 i de Fernández U, Núñez A. Disnea aguda. En: *Guías Clínicas. Fisterra* [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2021.

Intervencions

- 1) Estabilització del pacient, segons l'orientació diagnòstica:
 - Repòs, mantenir el pacient assegut o tombat amb elevació del tors i el cap a 45°.
 - Garantir la permeabilitat de la via aèria.
 - Oxigenoteràpia, si cal, depenent de la saturació d'O₂ i de les possibles causes⁵ (vegeu la taula 2).



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

Font: Disnea. En: Cordero JA y Horneño RM, ed. Manual de Urgencias y Emergencias. 2ª edición. Barcelona: semFYC; 2012. p151.

(*) Casos d'hipoxèmia/hipercàpnia:

- Si se sospita d'hipercàpnia no s'han de superar els 2 l/min o el 28 % de fracció d'oxigen inspirat (FiO₂).
- En cas d'hipoxèmia greu, que el pacient no respongui amb la màscara Venturi, i si no existeix sospita d'hipercàpnia, està indicada la màscara amb reservori que administra FiO₂ del 90 %, encara que requereixi elevats fluxos d'oxigen.
- Si amb cap d'aquests mètodes no s'aconsegueix millorar la hipoxèmia, o existeix hipercàpnia que limiti el tractament, l'única solució és recórrer a la ventilació mecànica.

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

Font: Disnea. En: Cordero JA y Horneño RM, ed. Manual de Urgencias y Emergencias. 2ª edición. Barcelona: semFYC; 2012. p151.

En cas de ser suficient la oxigenoteràpia amb ulleres nasals, s'ha d'establir un flux d'O₂ de 2 l/min.

- Monitoratge de les constants: TA, FC, FR i SatO₂.
- Via venosa i fluïdoteràpia, si cal:⁵
 - Insuficiència cardíaca: restricció de líquids (1000 ml c/24 h de sèrum fisiològic), excepte si hi ha hipotensió.
 - Edema agut de pulmó: sèrum glucosat a un ritme de manteniment.

2) Tractament específic segons les causes després de la valoració mèdica.

- Dispnea en pacient amb MPOC.⁵ En l'annex 1 es mostra el tractament d'agudització de la MPOC.
- Dispnea per crisi asmàtica⁶
 - Tractament inicial segons avaluació inicial de la gravetat i del PEF. Veure annex 2.
 - Revaluació (crisi lleu/moderada): examen físic, PEF, pulsioximetria. Pla d'actuació segons la resposta. Vegeu annex 3.
- Altres causes de dispnea. Si la causa de la dispnea és per insuficiència cardíaca, per edema agut de pulmó o està associada a un tromboembolisme pulmonar s'han d'aplicar els tractaments específics per a cada cas.

Recomanacions

- Citar amb els professionals de referència en les 48-72 hores següents per a revisió, per fer el diagnòstic etiològic si no el té (espirometria) i per revisar la tècnica d'inhalació i el pla d'actuació.
- En pacients fumadors citar per a possible intervenció i donar consell breu disponible a e-SIAP i al web: caib.es/sites/tabaquisme/és/guias_i_recomanacions-86940/.
- En casos de medicació inhalada, prescriure càmera d'inhalació als pacients tractats amb inhalador de cartutx pressuritzat. Donar el consell breu acompanyat del fullet «Càmera inhalatòria sense màscara», disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP. Revisar tècnica d'inhalació en tots els casos.
- En el cas de dispnea secundària a crisi d'ansietat cal aplicar el protocol corresponent.

Bibliografia



1. Fernández MJ, Landaluce M, Mora E, De la Fuente A, Rodríguez ML. Valoración de la disnea como síntoma urgente en atención primaria. *Med Gen Fam.* 2018; 7(2): 80-83. Disponible a: https://mgyf.org/wp-content/uploads/2018/07/MGYF2018_028.pdf
2. Fernández U, Núñez A. Disnea aguda. En: *Guías Clínicas. Fisterra* [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2021. [Consultat 2 febrer 2022]. Disponible a: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/disnea-aguda/>
3. Dispnea. En: Brugués A et al, dir. *Guia d'intervencions d'infermera a Problemes de Salut Urgents*. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. 1ª ed, 1ª rev. [Internet]. Castelldefels (Barcelona): Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP); 2020. p32. [Consultat 12 febrer de 2023]. Disponible a: <https://www.casap.cat/wp-content/uploads/2020/02/Gesti%C3%B3-infermera-de-la-demanda-CUAP-2020-breu.pdf>
4. GEMA 5.3. *Guía Española para el Manejo del Asma*. Madrid: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2022. Disponible a: <https://www.separ.es/node/1812>
5. Disnea. En: Cordero JA y Hormeño RM, ed. *Manual de Urgencias y Emergencias*. 2ª. edición. Barcelona: semFYC; 2012. p151.
6. Flor X, Álvarez S, coord. *Guía ASMA Grap 2020*. Grupo de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP). Barcelona: Euromedice; 2020. Disponible a: https://irp.cdn-website.com/0b4c4e4f/files/uploaded/20200908_Guia_Grap.pdf

Annexes

Annex 1. Tractament de l'agudització de l'MPOC ⁵	
Tractament farmacològic	Indicació
Broncodilatadors	Base del tractament agut; generalment en forma de beta-2-agonista d'acció curta (salbutamol i terbutalina) o anticolinèrgics d'acció curta com el bromur d'ipratropi. La teràpia combinada augmenta el grau de broncodilatació i disminueix els possibles efectes secundaris. Es recomana l'ús de càmeres espaiadores en comptes de nebulitzadors en casos de crisi que no precisin emprar oxigenoteràpia.
Corticoides orals	Milloren la recuperació de l'agudització de l'MPOC moderada i greu, redueixen la necessitat de més fàrmacs i escurcen la durada del procés (fins i tot en cas d'ingrés hospitalari). Han d'emprar-se en dosi de 0,5 mg/kg de pes al dia, entre 5 i 10 dies, sense necessitat de pautar una reducció gradual de la dosi. En aguditzacions greus o dificultat per a la ingesta oral, es poden administrar per via endovenosa.
Antibiòtics	No estan indicats de manera rutinària. En cas d'espurts de característiques purulentes, s'ha de pautar antibioteràpia empírica dirigida contra els gèrmens més habituals i, si és possible, per via oral.
Altres tractaments	<ul style="list-style-type: none"> - Corticoides inhalats: la indicació de corticoides inhalats després de l'agudització s'ha d'avaluar després de la crisi. - Teofil·lina: no està indicada com a tractament per reagudització. Mantenir la mateixa pauta si ja estava prescrita. - Diürètics: pautar-los en cas d'insuficiència cardíaca. - Mucolítics i antitussígens: no estan indicats. - Fisioteràpia respiratòria: no està indicada de manera sistemàtica en l'agudització, encara que sí a llarg termini.

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

Font: Adaptat de Flor X, Álvarez S, coord. Guia ASMA Grap 2020. Grupo de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP). Barcelona: Euromedice; 2020. Disponible a: https://irp.cdn-website.com/0b4c4e4f/files/uploaded/20200908_Guia_Grap.pdf

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



Annex 3. Reavaluació i tractament de la crisi d'asma		
Resposta	Criteris	Intervencions
Bona resposta	<ul style="list-style-type: none">- PEF > 80 %- SatO₂ > 95 %- Absència de dispnea.- Milloria mantinguda 1-3 hores després del tractament.	<ul style="list-style-type: none">- Alta al domicili amb tractament pauta (s'ha d'iniciar si no ho tenia prescrit i s'ha d'augmentar la dosi si ho tenia pauta).- Pauta curta de corticoides orals 5 dies.- Prescriure càmera d'inhalació en pacients tractats amb inhalador de cartutx pressuritzat.- Revisar tècnica d'inhalació.- Pla d'actuació per escrit.- Citar amb el metge de família en les 48-72 hores següents.
Resposta incorrecta	<ul style="list-style-type: none">- PEF 50-70 %- Síntomes moderats.	<ul style="list-style-type: none">- Inhalació de beta-2-agonista + bromur d'ipratropi amb càmera espaciadora o amb nebulització.- Oxigen en cas de disminució de SatO₂.- Corticoides sistèmics.- Si millora: alta al domicili amb tractament pauta (vegeu casella superior).- Si no millora: derivar a l'hospital amb ambulància medicalitzada i monitoritzat.
Agreujament	<ul style="list-style-type: none">- PEF < 50 %- Síntomes greus.	<ul style="list-style-type: none">- Derivar a l'hospital amb ambulància medicalitzada i monitoritzat.

Font: Adaptat de Flor X, Álvarez S, coord. Guia ASMA Grap 2020. Grupo de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP). Barcelona: Euromedice; 2020. Disponible a: https://irp.cdn-website.com/0b4c4e4f/files/uploaded/20200908_Guia_Grap.pdf

Dispnea

La dispnea és la sensació subjectiva de dificultat de la respiració associada a un augment de l'esforç per respirar. Pot ser aguda o crònica, i d'intensitat variable. La dispnea aguda requereix una actuació urgent davant la presència d'algun d'aquests símptomes greus: dolor toràcic o síncope, obnubilació, agitació psicomotriu, fredor i pal·lidesa cutània-mucosa, cianosis central i perifèrica, fredor, sudoració, impossibilitat de tossir o de parlar, tiratge costal, ús de musculatura accessòria, FR > 30 rpm, FC > 125 lpm, TAS < 90 mmHg, SatO₂ < 90 % amb oxigenoteràpia.



Anamnesi

- Antecedents personals:
 - Edat.
 - Malalties prèvies (cardiopulmonars), Intervencions quirúrgiques recents, fractures, immobilitat, trombosi venosa.
 - Factors de risc cardiovascular.
 - Hàbits tòxics.
 - Fàrmacs i al·lèrgies.
 - Laborals.
- Característiques de la dispnea:
 - Factors desencadenants o precipitants i curs evolutiu.
 - Tipus específics de dispnea: ortopnea, dispnea paroxística nocturna, dispnea de repòs o d'esforç.
- Signes i símptomes acompanyants.

Valoració

- Estat general: nivell de consciència.
- Exploració física: pell, extremitats i tòrax.
- Constants vitals: SatO₂, TA, FC, ritme cardíac, FR, Ta.
- Valorar necessitat d'ECG, encara que no hi hagi dolor toràcic.
- Compliment del tractament.
- Tècnica inhalatòria.

En pacients asmàtics mesurar el flux expiratori màxim (PEF)

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

Diagnòstic CIE-9

786|0 «Disnea y alteraciones respiratorias»

NANDA

00032 «Patrón respiratorio ineficaz»

Pla d'actuació

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

- Estabilització de la situació clínica: repòs, mantenir el pacient assegut o tumbat amb elevació del tors i el cap 45°. Garantir la permeabilitat de la via aèria. Oxigenoteràpia depenent de la saturació d'O₂ i de les possibles causes. Monitoratge de constants: TA, FC, FR i SatO₂. Via venosa i fluidoteràpia, si cal.
- Tractament específic: segons l'afectació, després de la valoració mèdica.
 - ° Dispnea en pacient amb MPOC. En l'annex 1.
 - ° Dispnea per crisi asmàtica:
 - Tractament inicial segons avaluació inicial de gravetat i PEF. Veure annex 2.
 - Revaluació (crisi lleu/moderada): examen físic, PEF, pulsioximetria. Pla d'actuació segons la resposta. Vegeu annex 3.
 - Altres causes de dispnea. Si la causa de la dispnea és per insuficiència cardíaca, per edema agut de pulmó o està associada a un tromboembolisme pulmonar s'han d'aplicar els tractaments específics per a cada cas.

Recomanacions:

- Citar amb els professionals de referència en les 48-72 hores següents per a revisió, per fer una espirometria si no té un diagnòstic identificat i per revisar la tècnica d'inhalació i el pla d'actuació.
- En pacients fumadors, donar consell breu disponible a e-SIAP i citar per a possible intervenció.
- En casos de medicació inhalada, prescriure càmera d'inhalació als pacients tractats amb inhalador de cartutx pressuritzat. Donar el consell breu acompanyat del fullet «Càmera inhalatòria sense màscara». Revisar tècnica d'inhalació en tots els casos.
- En el cas de dispnea secundària a crisi d'ansietat cal aplicar el protocol corresponent.

Cefalea

Definició / Motiu de la consulta



La cefalea consisteix en el dolor o molèstia localitzada en qualsevol part del cap. El 90 % de les cefalees són primàries, sense substrat anatòmic aparent que les justifiqui, i el seu diagnòstic és fonamentalment clínic.^{1,2} Entre les cefalees primàries benignes figuren la cefalea tensional, la migranya i la cefalea arraïmada.

La **cefalea tensional** pot ser bilateral (en casc) o en cinta en la regió frontal o occipital, opressiva i d'intensitat de moderada a lleu. No empitjora per l'activitat física (això la diferencia de la migranya). No sol anar acompanyada de símptomes somàtics (nàusees, vòmits, fotofòbia i fonofòbia). Pot ser crònica (>15 dies al mes). A vegades va relacionada amb contractures musculars pericranials o amb situacions d'estrès, dormir poc o no menjar en l'horari habitual.²

La **migranya** provoca atacs que poden durar de 4 a 72 h i desenvolupar-se en 4 fases:³

- Premonitòria: símptomes que apareixen abans de l'inici de la cefalea (badalls, canvis d'humor, dificultat per a concentrar-se, rigidesa del coll, astènia, set, polaquiúria...).
- Aura: efectes visuals que duren al menys 5 minuts. A vegades, s'acompanya de símptomes neurològics transitoris com afàsia, inestabilitat, debilitat i formigueig entre d'altres, que solen durar de 5 a 60 minuts.
- Cefalea: dolor punxant, generalment associat a nàusees i vòmits amb aversió al tacte (al·lodínia), llum (fotofòbia), so (fonofòbia) i olfacte (osmofòbia). Habitualment empitjora amb els moviments de cap.
- Postdròmica: cansament, somnolència, dificultat per concentrar-se, fonofòbia...

La **cefalea arraïmada** és menys comú. Afecta principalment a homes. Dolor unilateral molt invalidant acompanyat de símptomes autonòmics cranials ipsilaterals. Els pacients solen estar inquietos i prefereixen caminar o asseguts gronxar-se durant els atacs.⁴

Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
 - Antecedents familiars de cefalees.
 - Edat i sexe. És important perquè les cefalees primàries són més freqüents en les dones, la migranya sol començar en la joventut i la cefalea tensional és més típica de l'edat adulta. En pacients majors de 50 anys, pot estar relacionada amb processos més greus.¹
 - Embaràs.
 - Malaltia prèvia: HTA, diabetis...
 - Hàbits tòxics: alcohol, tabac, drogues.
 - Fàrmacs i al·lèrgies. Resposta a tractaments anteriors.
- 2) Característiques de la cefalea:
 - Factors desencadenants o precipitants: estrès, alcohol, menstruació, traumatisme...
 - Tipus: pulsativa, lancinant, opressiva...
 - Localització del dolor (frontal, hemicranial, periocular, articulació temporo mandibular...) i irradiació.
 - Curs evolutiu: instauració brusca o progressiva, durada de l'episodi (hores, dies...), freqüència, intensitat (escala EVA).
- 3) Orientació diagnòstica de la cefalea segons els signes i símptomes acompanyants:
 - Migranya:⁵ fase premonitòria, aura, focalitat neurològica transitòria (< 60'), nàusees, vòmits, al·lodínia, fonofòbia, fotofòbia, osmofòbia...
 - Cefalea tensional:⁶ ansietat, cansament, cervicàlgia...
 - Cefalea arraïmada:⁷ llagrimaig, miosi, ptosi, injecció conjuntival, sudoració, rinorrea, inquietud...
 - Procés infecció (meningitis): febre, vòmits, rigidesa de clatell...
 - Lesions intracrànials: vòmits, diplopia, alteracions del nivell de consciència, convulsions...
 - Glaucoma: dolor ocular, ull vermell, llagrimaig...

Valoració



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

Diagnòstic



CIE-9: 784|0| «Cefalea»
307|8|1 «Cefalea de tensió»
346|9| «Jaqueca»
NANDA: 00132 «Dolor agudo»
00133 «Dolor crónico»
(Escollir el més adequat segons la clínica)

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general: febre, nàusees o vòmits.
- Afectació neurològica o psiquiàtrica rellevant.
- TA \geq 180-120 mmHg (vegeu el protocol gestió de la demanda «Crisi HTA»).
- Cefalea intensa, d'inici sobtat o de característiques atípiques.
- Pacients amb tractaments anticoagulants, immunodeprimits o oncològics.
- Embaràs.
- La cefalea apareix mentre s'està dormint.

Intervencions

- Mantenir el pacient en repòs, en un ambient silenciós i amb poca il·luminació.
- Administrar, en cas de cefalea arraïmada, oxigen a fluxe elevat (10-15 l/min). En la migranya té poca evidència, però també podria ser útil.¹
- Indicar, en cas de cefalea lleu: paracetamol 500-650 mg/8 hores o ibuprofè 400 mg/8 hores (adequar segons l'afectació). S'indican analgèsics o AINE valorant si ja n'ha pres prèviament.
 - Evitar duplicitats amb prescripcions de paracetamol o de paracetamol en combinació amb altres principis actius (per exemple paracetamol/tramadol), ja que es podria superar la dosi màxima recomanada.
 - Evitar indicar un AINE si ja en té un altre de prescrit (la combinació d'AINE no augmenta l'eficàcia i sí augmenta el risc de reacció adversa).
 - Tenir en compte al·lèrgies del pacient i consideracions especials: si insuficiència renal moderada evitar ibuprofè o reduir a 200mg/8h fins un màxim de 5 dies. Si insuficiència renal greu, insuficiència hepàtica o asma evitar AINE. Si HTA, insuficiència cardíaca o malaltia cardiovascular, precaució amb l'ús d'AINE.




Recomanacions^{2,3,8,9}

- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](https://ssib.es)
- Seguir consells d'higiene ambiental: renou, il·luminació (en el cas de migranya repòs en habitació fosca i en silenci)...
- Evitar factors desencadenants/agreujants.
- Modificacions en l' estil de vida per a prevenir la cefalea:
 - Control de l'estrès: teràpies de relaxació, mindfulness i especialment ioga.
 - Hàbits regulars de son i alimentació: es recomanen rutines i horaris fixos (evitar els períodes de dejuni).
 - Hidratació abundant, ja que la deshidratació és una causa freqüent d'atacs de migranya.
 - Rutina d'exercici: hi ha molta evidència a favor de la prevenció que suposa l'exercici aeròbic realitzat regularment. Els exercicis de la musculatura del coll poden ser útils.
 - Consum de cafeïna: l'excés de cafeïna, o l'abstinència en persones que regularment en prenen, pot empitjorar les migranyes. No excedir dels 200 mg/dia.
 - Evitar el tabac, l'alcohol i l'aspartam, un edulcorant, per la seva capacitat potencial de desencadenar migranyes.
- Recomanar teràpia postural i fisioteràpia: la combinació de diferents tècniques manuals de fisioteràpia tenen efectes positius sobre la intensitat del dolor, la freqüència d'aparició, la discapacitat, l'impacte general, la qualitat de vida i el rang de moviment craneocervical a les cefalees tensionals.
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta.
- Contactar amb el professional de referència per valorar la conveniència d'aprofundir en l'estudi diagnòstic, per programar el seguiment corresponent o per modificar el tractament (per exemple tractament profilàctic de la migranya) si s'estima oportú.

Bibliografia



1. González C, Jurado CM, Viguera J. Guía Oficial de Cefaleas 2019. Madrid: Grupo de Estudios de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología-MEDEA, 2019. Disponible a: saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/03/Guia_Cefaleas_san-2019.pdf
2. Amat G, Beguer N. Cefalea. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. Disponible a: PC1004_Cefalea_aguda_octubre-2018_inf.pdf (gencat.cat)
3. Aguilar-Shea AL, Membrilla Md JA, Diaz-de-Teran J. Migraine review for general practice. Aten Primaria. 2022;54(2):102208. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-migraine-review-for-general-practice-S0212656721002420>
4. May A. Cluster headache: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. En: Swanson JW, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023. [Consultat 10 de gener de 2023]. Disponible a: <https://www.uptodate.com/contents/cluster-headache-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis>
5. Schwedt TJ, Garza I. Acute treatment of migraine in adults. En: Swanson JW, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023. [Consultat 10 de gener de 2023]. Disponible a: <https://www.uptodate.com/contents/acute-treatment-of-migraine-in-adults>
6. Suárez R, Gómez R, Romay E, Pedrosa C, García B, Piñeiro JC. Cefalea tensional. En: Guías Clínicas. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2017. [Consultat 22 juliol de 2022]. Disponible a: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cefalea-tensional/>
7. Aldamiz B, Costa C. Cefalea en racimos! En: Guías Clínicas. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2022. [Consultat 22 setembre de 2022]. Disponible a: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cefalea-racimos/>
8. Cumpido-Trasmonte C, Fernández-González P, Alguacil-Diego IM, Molina-Rueda F. Manual therapy in adults with tension-type headache: A systematic review. Neurologia (Engl Ed). 2021;36(7):537-547. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34537167/>
9. Santos S, Pozo P, editoras. Manual de práctica clínica en cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología en 2020. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2020. Disponible a: ManualCefaleas2020.pdf (sen.es)

Cefalea	<p>La cefalea consisteix en el dolor o en la molèstia localitzada en qualsevol part del cap. El 90 % de les cefalees són primàries, sense substrat anatòmic aparent que les justifiqui i, el seu diagnòstic és fonamentalment clínic. Entre les cefalees primàries benignes figuren la cefalea tensional, la migranya i la cefalea arraimada.</p>		
Anamnesi	Valoració		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals i familiars: antecedents familiars de cefalees, edat i sexe, embaràs, malaltia prèvia (HTA, diabetis...), hàbits tòxics, fàrmacs i al·lèrgies. Resposta a tractaments anteriors. ▪ Característiques de la cefalea: factors desencadenants o precipitants, tipus, localització del dolor i irradiació i curs evolutiu. ▪ Orientació diagnòstica de la cefalea segons els signes i símptomes acompanyants: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Migranya: fase premonitòria, aura, focalitat neurològica transitòria (< 60'), nàusees, vòmits, al·lodínia, fonofòbia, fotofòbia, osmofòbia... ▫ Cefalea tensional: ansietat, cansament, cervicàlgia... ▫ Cefalea arraimada: llagrimaig, miosi, ptosi, injecció conjuntival, sudoració, rinorrea, inquietud... ▫ Procés infeccios (meningitis): febre, vòmits, rigidesa de clatell... ▫ Lesions intracrànies: vòmits, diplopia, alteracions del nivell de consciència, convulsions... ▫ Glaucoma. dolor ocular, ull vermell o llagrimaig. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ Constants: TA, FC, FR, temperatura corporal. Glucèmia, si procedeix. ▪ Valoració neurològica: nivell de consciència, alteracions del llenguatge, signes d'irritació meningia, coordinació i marxa. 		
Diagnòstic CIE-9	NANDA		
<p>784 0 «Cefalea» 307 8 1 «Cefalea de tensió» 346 9 «Jaqueca»</p>	<p>00132 «Dolor agudo» 00133 «Dolor crónico»</p>		
Pla d'actuació			
<p>Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afectació de l'estat general: febre, nàusees o vòmits. ▪ Afectació neurològica o psiquiàtrica rellevant. ▪ TA \geq 180-120 mmHg (vegeu protocol «Crisi HTA»). ▪ Cefalea intensa d'inici sobtat o de característiques atípiques. ▪ Pacients amb tractament anticoagulant, immunodeprimits o oncològics. ▪ Embaràs ▪ La cefalea apareix mentre s'està dormint. <p>Intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenir el pacient en repòs, en un ambient silenciós i amb poca il·luminació. ▪ Administrar, en cas de cefalea arraimada, oxigen a flux elevat (10-15 l/min). En cas de migranya podria ser útil també. ▪ Indicar, en cas de cefalea lleu: paracetamol 500-650 mg/8 hores o ibuprofè 400 mg/8 hores (adequar segons l'afectació). <p>Recomanacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP. ▪ Evitar factors desencadenants/agreujants. ▪ Consells d'higiene ambiental. ▪ Modificacions en l'estil de vida per a prevenir la cefalea: control de l'estrès, hàbits regulars de son i alimentació, hidratació abundant, rutina d'exercici aeròbic, exercicis del coll, control en el consum de cafeïna, evitar l'aspartam. ▪ Recomana teràpia postural i fisioteràpia: la combinació de diferents tècniques manuals de fisioteràpia tenen efectes positius sobre la intensitat del dolor, la freqüència d'aparició, la discapacitat, l'impacte general, la qualitat de vida i el rang de moviment craneocervical a les cefalees tensionals. ▪ Consultar de nou si apareixen signes d'alerta. ▪ Contactar amb el professional de referència per valorar la conveniència d'aprofundir en l'estudi diagnòstic, per programar el seguiment corresponent o per modificar el tractament (per exemple tractament profilàctic de la migranya) si s'estima oportú. 			

Crisi d'ansietat

Definició / Motiu de la consulta



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

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

Anamnesi



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

1) Antecedents personals i familiars:

- Edat.
- Malaltia prèvia:^{2,3} diagnòstics de salut mental (trastorns de l'estat d'ànim, ansietat, fòbies...) i altres malalties que poden causar símptomes similars als que es descriuen en una crisi d'ansietat (episodi isquèmic coronari, hipertiroïdisme, feocromocitoma...).
- Factors de risc cardiovascular.
- Fàrmacs habituals i de prescripció recent² que poden relacionar-se amb l'augment de l'ansietat (broncodilatadors, anticonceptius, antiparkinsonians, insulina, fàrmacs digitàlics, antidepressius inhibidors de la serotonina, alguns antibiòtics...) i al·lèrgies.
- Consum de productes d'herbolari i medicacions de venda lliure.
- Hàbits tòxics.² Descartar l'abús de drogues estimulants o al·lucinògenes o l'abstinència d'ansiolítics o alcohol.

2) Característiques de la crisi d'ansietat:

- Valorar possibles factors desencadenants o precipitants, per exemple una situació de violència.
- Descartar maltractaments domèstics, laborals o escolars mitjançant preguntes obertes com: *com van les coses a casa? a què creu que es deu el seu malestar o problema de salut? li preocupa alguna cosa? està vivint alguna situació problemàtica que el/la faci sentir així?* En cas de sospita de violència masclista veure protocol [Salut i Gènere- Protocols d'actuació sanitària davant la violència masclista a les Illes Balears \(caib.es\)](https://www.caib.es/gerencia-atencio-primaria/protocolos-actuacion-sanitaria-davant-la-violencia-masclista-a-les-illes-balears)
- Demanar sobre altres episodis similars (durada, tractament, resolució).
- Curs evolutiu.

3) Signes i símptomes acompanyants:

- Manifestacions psicològiques:² por a perdre el control, desrealització (sensació d'irrealitat) o despersonalització (separar-se d'un mateix), por a morir...

PI19 – Crisi d'ansietat

- Manifestacions físiques:⁴ elevació de la TA, dispnea, palpitations, sudoració, tremolors, dolors, tensió muscular, formigueig, mareig, trastorns gastrointestinals...

Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Valorar TA, FC, FR, SatO₂, tipus de respiració, glucèmia, signes de tetània.
- 3) Valorar dolor toràcic. Si dolor precordial opressiu, fer un ECG.
- 4) Valorar el risc de suïcidi mitjançant l'escala MINI (disponible a l'apartat de tests d'e-SIAP, a l'apartat de salut mental).^{4,5}

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

Diagnòstic



CIE-9: 300|0 «Estados de ansiedad»
300|0|0 «Estado de ansiedad no especificado»
300|0|1 «Trastorno de pánico»

NANDA: 00146 «Ansiedad»

Triar el més adequat segons la clínica.

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general.
- Episodi que no remet amb mesures de relaxació, conductuals i de suport.
- Secundària a fàrmacs o a consum de substàncies tòxiques.
- Dolor toràcic intens o alteracions a l'ECG.
- Comorbiditat psiquiàtrica o orgànica.
- Risc de suïcidi o idees autolítiques estructurades. És recomanable derivar a urgències hospitalàries als pacients que verbalitzen ideacions suïcides o que presenten un resultat a l'escala MINI >6.
- Sospita de qualsevol tipus de violència o maltractament (cal activar el protocol adient i fer el comunicat de lesions pertinent).

Intervencions

- Ubicar a la persona afectada en el entorn més adequat possible (seguretat, privacitat, confort...) i considerar la separació dels familiars/acompanyants quan es pensi que poden interferir en la valoració.
- Comprensió i escolta empàtica.
- En cas que s'acompanyi d'un episodi d'hiperventilació, cal tranquil·litzar el pacient i normalitzar-li la respiració. Per fer-ho, cal recomanar que respiri amb els llavis frunzits, com si tractés d'apagar una espelma o que es tapi la boca i una fossa nasal i respirar per la que

PI19 – Crisi d'ansietat

queda destapada.⁴ Una altre opció, és col·locar una bossa de paper o una màscara tancada sobre la boca i el nas durant uns minuts.

- Psicoteràpia de suport:^{2,6} tècniques de relaxació, exercicis de respiració...
- Si precisa tractament farmacològic contactar amb el metge o la metgessa per valorar el tractament amb alprazolam 0.5-1 mg via oral o sublingual⁶ o diazepam 5mg sublingual.⁷

Recomanacions

- Evitar situacions desencadenants o precipitants.
- Canvis en el seu estil de vida:⁸
 - Fer un inventari dels pensaments o situacions que provoquen l'ansietat i evitar-les en la mesura del possible.
 - Animar el pacient a manifestar sentiments, percepcions i pors.
 - Enfront de la identificació d'una estratègia negativa, suggerir sempre una altra de positiva i iniciar el seu aprenentatge.
 - Practicar algun exercici físic, banys calents i massatges, realitzar alguna activitat recreativa, tècniques de respiració i relaxació muscular...
 - Evitar alcohol i cafeïna.
 - Alimentació saludable i equilibrada.
- Donar el consell breu acompanyat del fullet «Control de l'estrès», disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP.
- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](https://www.ssiib.es/Adults_i_ancians)
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta o es repeteixen els episodis.
- Citar amb el professional de referència per a fer-li un seguiment, especialment en casos de malaltia psiquiàtrica subjacent o risc de suïcidi. En els menors de 18 anys que estiguin escolaritzats contactar amb Cooreducasalutmental mitjançant el correu corporatiu: gapm.cooreducasalutmental@ibsalut.es

Bibliografia



1. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) 5ª. ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. 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. Disponible a: [sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219302045](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219302045)
4. Crisi d'ansietat. En: Brugués A et al, dir. Guia d'intervencions d'infermera a Problemes de Salut Urgents. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. 1ª ed, 1ª rev. [Internet]. Castelldefels (Barcelona): Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP); 2020. p29. [Consultat 26 febrer de 2023]. Disponible a: <https://www.casap.cat/wp-content/uploads/2020/02/Gesti%C3%B3-infermera-de-la-demanda-CUAP-2020-breu.pdf>
5. Amat G, Torres M. Crisi d'ansietat. Gestió Infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. Disponible a: [PC1008_Crisi-ansietat_octubre-2018_inf.pdf \(gencat.cat\)](https://www.gencat.cat/pc1008_crisi-ansietat_octubre-2018_inf.pdf)
6. Gómez N, Lois M. Crisis de pánico. En: Guías Clínicas. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2019. [Consultat 17 novembre de 2022]. Disponible a: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/crisis-panico/>
7. Reyes R, de Portugal E. Trastorno de la ansiedad. *Medicine*, 2019;12(84):4911-17. Disponible a: [sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219301982](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219301982)
8. Gallego Y. Trastorno de ansiedad y abordaje de enfermería. Editorial Científico-Técnica. Ocronos - Revista Médica y de Enfermería; 2019. Disponible a: <https://revistamedica.com/ansiedad-abordaje-enfermeria/>

PI19 – Crisi d'ansietat



Crisi d'ansietat	<p>La crisi d'ansietat, també anomenada <i>crisi d'angoixa</i> o <i>atac de pànic</i>, es caracteritza per l'aparició sobrada de símptomes de por o de malestar intens que arriba al nivell màxim en pocs minuts i va acompanyada de símptomes físics o cognitius. La crisi d'ansietat es pot donar com a resposta a objectes i a situacions típicament temudes o inesperades, sense raó aparent (DSM-5). Quan la crisi de ansietat es produeix de forma recurrent i hi ha por constant a patir un altre atac es defineix com <i>trastorn de pànic</i>.</p>
Anamnesi	Valoració
<p>Cal fer-la en un entorn adequat, quan el pacient estigui tranquil i, si s'estima oportú, contrastar la informació amb un familiar o una persona acompanyant.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals i familiars: edat, malaltia prèvia i factors de risc cardiovascular. ▪ Fàrmacs habituals i de prescripció recent. Al·lèrgies. Productes d'herbolari i medicacions de venda lliure. Hàbits tòxics. ▪ Característiques de la crisi d'ansietat: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Valorar possibles desencadenants o precipitants: violència, maltractaments... ▫ Demanar sobre altres episodis similars. ▫ Curs evolutiu. ▪ Signes i símptomes acompanyants: manifestacions psicològiques i manifestacions físiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ Valorar TA, FC, FR, SatO₂, tipus de respiració, glucèmia (hipoglucèmia), signes de tetània. ▪ Valorar dolor toràcic. Si dolor precordial opressiu, fer ECG. ▪ Valorar el risc de suïcidi. Escala MINI.
Diagnòstic CIE-9	NANDA
<p>300 0 «Estados de ansiedad» 300 0 0 «Estado de ansiedad no especificado» 300 0 1 «Trastorno de pánico»</p>	<p>00146 «Ansiedad»</p>
Pla d'actuació	
<p>Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afectació de l'estat general. ▪ Episodi que no remet amb mesures de relaxació, conductuals i de suport i precisa tractament farmacològic. ▪ Secundària a fàrmacs o a consum de substàncies tòxiques. ▪ Dolor toràcic intens o alteracions a l'ECG. ▪ Comorbiditat psiquiàtrica o orgànica. ▪ Risc de suïcidi o idees autolítiques estructurades. ▪ Sosпита de qualsevol tipus de violència o maltractament (cal activar el protocol adient i fer el comunicat de lesions pertinent). <p>Intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprensió i escolta empàtica en un ambient tranquil. ▪ En cas d'hiperventilació, tranquil·litzar el pacient. Recomanar respirar amb els llavis frunzits, com si tractés d'apagar una espelma o tapar-se la boca i una fossa nasal i respirar per la que queda destapada. Una altre opció és col·locar una bossa de paper o una mascareta tancada sobre la boca i el nas durant uns minuts. ▪ Psicoteràpia de suport (tècniques de relaxació, exercicis de respiració...). ▪ Si precisa tractament farmacològic contactar amb metge/metgessa per valorar el tractament amb alprazolam 0.5-1 mg via oral o sublingual o diazepam 5mg sublingual. <p>Recomanacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar situacions desencadenants o precipitants. ▪ Canvis en el seu estil de vida: alimentació saludable, evitar alcohol i cafeïna, practicar esport, banys calents, tècniques de respiració, manifestar sentiments i emocions, inventari de pensaments negatius i dels que provoquen l'ansietat... ▪ Donar el consell breu acompanyat del fulllet disponible a e-SIAP. ▪ Consultar de nou si apareixen signes d'alerta o es repeteixen els episodis. ▪ Citar amb el professional de referència per a fer-li un seguiment, especialment en casos de malaltia psiquiàtrica subjacent o risc de suïcidi. 	

Mareig

Definició / Motiu de la consulta



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

Els motius de consulta poden ser, entre d'altres:¹⁻³

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

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

Anamnesi



- 1) Antecedents personals i familiars:
 - Edat i sexe. Prevalença elevada en les persones majors (fins un 38 %) i, a més, s'associa al risc de caigudes, discapacitat funcional, institucionalització i, fins i tot, la mort.²
 - Embaràs.
 - Hàbits tòxics: alcoholisme, drogues.
 - Fàrmacs habituals i de prescripció recent (hipotensors, opioides, ansiolítics, psicotròpics, ototòxics...). Productes d'herbolari. També s'han de considerar la finalització de tractaments de manera abrupta, i les interaccions farmacològiques, especialment en els casos de polimedicació.
 - Malaltia prèvia:⁴ HTA, DM, anèmia, malalties neurològiques, psiquiàtriques, endocrino-metabòliques, episodis anteriors de marejos...
- 2) Característiques del mareig:
 - Inici: l'activitat que estava fent el pacient en el moment de produir-se.
 - Factors precipitants, desencadenants o modificadors:²
 - Canvis de la posició corporal o del cap.
 - Milloria o empitjorament amb l'activitat física.
 - Influència de la foscor o de l'oclusió ocular.
 - Traumatisme.
 - Curs evolutiu: intensitat i durada. Descripció del mareig (sensació de gir d'objectes, d'anar en vaixell, sensació d'estar a punt de perdre el coneixement...).
- 3) Signes i símptomes acompanyants:
 - Hipoacúsia (unilateral, bilateral), acúfens, secreció òtica, otorràgia...
 - Símptomes neurològics: hipoestèsia, disàrtria, atàxia, parèsia...
 - Símptomes psiquiàtrics: ansietat, depressió, fòbies... Pocs pacients pensen en la probabilitat de que el mareig sigui de causa psiquiàtrica, pel que és important fer

PI20 - Mareig

preguntes obertes i escoltar la descripció del procés que ens dóna el pacient o l'acompanyant.

- Problemes visuals: pèrdua de visió, ulleres noves, diplopia...
- Síntomes cardiorespiratoris: dispnea, palpitations, hiperventilació, dolor toràcic, taquicàrdia, taquipnea...
- Altres: vòmits, deshidratació, hemorràgia...

Valoració



- Constants i paràmetres:
 - Tensió arterial (TA): a ambdós braços. La hipotensió ortostàtica és la caiguda de la TA sistòlica en més de 20 mmHg i la diastòlica en més de 10 mmHg. Davant la sospita d'ortostatisme, cal prendre la TA en decúbit i dempeus (cinc minuts en decúbit i un minut dempeus).
 - Freqüència i ritme cardíac.
 - Glucèmia i temperatura corporal (la febre es pot expressar com a mareig).
 - Si precisa: FR, SatO₂.
 - Si símptomes cardíacs o sense causa clara, fer ECG.³
- 4) Estat de la pell i de les mucoses: coloració, hidratació...
- 5) Otoscòpia bilateral: descartar la presència de taps de cerumen, cossos estranys, malaltia de l'oïda mitjana, otorràgia...
- 6) Zona cervical: mobilitat, contractures, punts dolorosos...
- 7) Neurològica: estat de consciència i funcions superiors, marxa, parla, força, sensibilitat, moviments oculars (valorar nistagme), estabilitat (Romberg o Barany)...

Diagnòstic



CIE-9: 780|4| «Vértigo y mareos»
780|4| «Mareo»

NANDA: 00155 «Riesgo de caída»
(Triar el més adequat segons la clínica)

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Febre.
- Afectació neurològica (alteració nivell de consciència, disàrtria, cefalea, Romberg/Barany o nistagme positiu, sospita d'ictus...), psiquiàtrica, cardiovascular (HTA, dolor toràcic, palpitations, arrítmies, alteracions de l'ECG...) o sospita d'intoxicació.
- Embaràs.
- Simptomatologia intensa de mareig, otàlgia, vòmits freqüents...
- Sospita de mareig secundari a fàrmacs.
- Síncopes

Intervencions

- Mantenir el pacient en decúbit supí en un ambient relaxant. Actuar segons l'orientació diagnòstica:
 - Ortostatisme: evitar aquelles situacions, moviments o postures que han provocat crisis amb anterioritat.
 - Psicogen: ansietat, agorafòbia... Protocol gestió infermera de la demanda «Crisi d'ansietat».
 - Hipoglucèmia lleu: protocol gestió infermera de la demanda «Hipoglucèmia».
 - Tap de cerumen: protocol gestió infermera de la demanda «Tap de cerumen».
- Revalorar el seu estat i actuar segons l'evolució.

Recomanacions

- Evitar situacions i factors desencadenants segons l'orientació diagnòstica:
- Evitar moviments bruscos.
 - Evitar llums brillants i estímuls auditius.
 - Consells higiènics i de cura de l'oïda.
 - Mantenir una dieta saludable, evitar àpats copiosos.
 - Evitar alcohol, tabac i altres tòxics.
 - Tècniques per manejar l'estrès.
 - Exercici físic.
- Fer un bon ús de la medicació.
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta.
- Contactar amb el professional de referència pel seguiment evolutiu o per aprofundir en l'estudi etiològic, si precisa.

Bibliografia



1. García R. Mareo. En: Guías Clínicas. Fisterra [Internet]. La Coruña: Fisterra; 2019. [Consultat 17 novembre de 2022]. Disponible a: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/mareo/>
2. Branch WT, Barton J. Approach to the patient with dizziness. En: Aminoff MJ, Deschler DG, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2022. [Consultat 10 de gener de 2023]. Disponible a: [Approach to the patient with dizziness - UpToDate](#)
3. Zwergal A, Dieterich M. Vertigo and dizziness in the emergency room. Curr Opin Neurol. 2020;33(1):117-125. Disponible a: [Vertigo and dizziness in the emergency room : Current Opinion in Neurology \(Iww.com\)](#)
4. Amat G, Bardía M. Mareig. Adults. Gestió Infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. Disponible a: [PC1019_Mareig_adults_octubre-2018_inf.pdf \(gencat.cat\)](#)



Mareig

El terme *mareig* es refereix a una sensació subjectiva i inespecífica provocada per diverses situacions que tenen en comú una alteració de l'equilibri o de la consciència, i que resulten especialment desagradables per a la persona que les pateix.
Els motius de consulta poden ser inestabilitat, vertigen, desequilibri, defalliment, presíncope o prelipotímia o debilitat. És important distingir entre un mareig inespecífic i un mareig amb afectació neurològica o cardíaca que requereix una atenció immediata.

Anamnesi

- Antecedents personals i familiars: edat i sexe. Embaràs. Hàbits tòxics. Fàrmacs habituals i de prescripció recent. Productes d'herbolari. També s'han de considerar la finalització de tractaments de manera abrupta, i les interaccions farmacològiques, especialment en els casos de polimediació.
- Malaltia prèvia.
- Característiques del mareig: inici, factors precipitants, desencadenants o modificadors, curs evolutiu. Descripció del mareig.
- Signes i símptomes acompanyants.

Valoració

- Constants i paràmetres:
 - Tensió arterial (TA): a ambdós braços. Davant la sospita d'ortostatisme, prendre la TA en decúbit i dempeus.
 - Freqüència i ritme cardíac.
 - Glucèmia i temperatura corporal.
 - Si precisa: FR, SatO₂.
 - Si símptomes cardíacs o sense causa clara, fer ECG.
- Estat de la pell i de les mucoses.
- Otoscòpia bilateral.
- Zona cervical.
- Neurològica: estat de consciència i funcions superiors, marxa, parla, força, sensibilitat, nistagme), estabilitat (Romberg o Barany).

Diagnòstic CIE-9

780|4| «Vértigo y mareos»
780|4| «Mareo»

NANDA

00155 «Riesgo de caida»

Pla d'actuació

Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Febre.
- Afectació neurològica (alteració nivell de consciència, disàrtria, cefalea, Romberg/Barany o nistagme positiu, sospita d'ictus...), psiquiàtrica, cardiovascular (HTA, dolor toràcic, palpitations, arrítmies, alteracions de l'ECG...) o sospita d'intoxicació.
- Embaràs.
- Símptomatologia intensa de mareig, otàlgia, vòmits freqüents...
- Sospita de mareig secundari a fàrmacs.
- Síncopes.

Intervencions:

- Mantenir el pacient en decúbit supí en un ambient relaxant. Actuar segons l'orientació diagnòstica.
- Ortostatisme: evitar aquelles situacions, moviments o postures que han provocat crisis amb anterioritat.
- Psicogen: ansietat, agorafòbia... Protocol gestió infermera de la demanda «Crisi d'ansietat».
- Hipoglucèmia lleu: protocol gestió infermera de la demanda «Hipoglucèmia».
- Tap de cerumen: protocol gestió infermera de la demanda «Tap de cerumen».
- Revalorar el seu estat i actuar segons l'evolució.

Recomanacions:

- Evitar situacions i factors desencadenants segons l'orientació diagnòstica:
 - Evitar moviments bruscos.
 - Evitar llums brillants i estímuls auditius.
 - Consells higiènics i de cura de l'oïda.
 - Mantenir una dieta saludable, evitar àpats copiosos.
 - Evitar alcohol, tabac i altres tòxics.
 - Tècniques per manejar l'estrès.
 - Exercici físic.
 - Fer un bon ús de la medicació.
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta.
- Contactar amb el professional de referència pel seguiment evolutiu o per aprofundir en l'estudi etiològic, si precisa.

Síndrome miccional

Definició / Motiu de consulta



La síndrome miccional és un conjunt de símptomes que afecten a l'aparell urinari i que es pot manifestar, entre altres, amb dolor o pruja a l'orinar (disúria), augment de la freqüència en la necessitat d'orinar (pol·laciúria), sensació de buidament incomplet de la bufeta després de la micció (tenesme vesical), presència de sang en orina (hematúria) o urgència miccional. Són símptomes molt inespecífics, alguns d'ells de fàcil resolució, mentre que d'altres són més complexes com els relacionats amb processos nefrourològics de major gravetat (per exemple la pielonefritis).

La causa principal sol ser la infecció urinària, principalment causada per *E. coli*, *K. pneumoniae* i *P. mirabilis*.¹

La infecció del tracte urinari (ITU) és la infecció bacteriana més freqüent a atenció primària i es classifica en dos grups:

- Baixa: afecta a bufeta i uretra.
 - No complicada (cistitis simple): menys de 3 episodis a l'any, dona jove sense comorbiditat.
 - Complicada: patologia urològica, post menopausa, major de 65 anys o embarassada.
 - De repetició: més de 3 episodis a l'any o més de 2 en 6 mesos.
- Alta: potencialment més perillosa. Afecta a urèters i ronyons.
 - Pot presentar símptomes com febre ($T^a > 38^{\circ}\text{C}$), mal estar general, astènia, dolor en fosa renal...

Anamnesi



- 1) Antecedents personals:
 - Edat i sexe.
 - Embaràs.
 - Malaltia prèvia (diabetis, neoplàsia activa, immunosupressió...), malalties nefrourològiques (pielonefritis, incontinència, litiasi renal...) i intervencions quirúrgiques de l'àrea nefrourològica.
 - Antecedents d'infeccions urinàries i resposta al tractament.*
 - Ús de fàrmacs i al·lèrgies.
- 2) Característiques de la síndrome miccional:
 - Factors desencadenants o precipitants:² retenció d'orina, canvi de sonda vesical, coit...
 - Inici i evolució dels símptomes: intensitat, duració, freqüència.
 - Característiques de la orina: piúria, hematúria...
 - Tractament farmacològic (antibiòtic).

PI21 – Síndrome miccional

3) Signes i símptomes acompanyants:

- Dolor lumbar irradiat a la zona renal o uretral.
- Anúria o oligúria.
- Globus vesical.
- Nàusees o vòmits.
- Febre.
- Leucorrea i altres símptomes vaginals. Secreció uretral.

()Cal distingir entre recidiva i reinfecció. Les recidives se solen presentar en les dues primeres setmanes després de la «curació», i són degudes al mateix cep que va causar l'episodi inicial. Les reinfeccions són noves infeccions originades per ceps diferents i se solen produir més tard (més de dues setmanes després de la infecció inicial).*

Valoració



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

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

Diagnòstic



CIE-9: 788|1 «Disuria»
788|4 «Micció frecuente y poliuria»
NANDA: 00016 «Deterioro de la eliminación urinaria»

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



Pla d'actuació

Actuació conjunta amb el metge o metgessa si:

- Afectació de l' estat general. Febre.
- Embaràs. Lactància.
- Síndrome miccional recurrent (>3 a l'any o 2 en 6 mesos).
- Després de no resolució en 2-3 dies amb tractament antibiòtic.
- Procés nefrourològic subjacent (retenció aguda d'orina, anomalies de les vies urinàries, antecedents de pielonefritis l'últim any...), intervenció de les vies urinàries. Manipulació urològica recent.
- Insuficiència renal crònica, persones immunodeprimides o en tractament immunosupressor. Persona portadora de sonda vesical, amb malformacions nefrològiques o anomalies de les vies urinàries.
- Presència dels símptomes següents: PPL positiva, dolor zona lumbar o fossa ilíaca, hematúria franca.
- Leucorrea. Presència de secreció, pudor o prujja vaginal. Sospita d'uretritis/ITS.
- Dolor (EVA >7).
- Pacient amb tira d'orina positiva, excepte si es tracta d'una dona no embarassada (vegeu l'apartat «Intervencions»).

Intervencions

- En el supòsit que es tracti d' una persona amb PPL i tira reactiva negatives i que no compleixi cap dels anteriors criteris de visita conjunta explicar-li quines són les recomanacions.
- En el supòsit que es tracti d'una dona no embarassada amb PPL negativa i tira reactiva compatible amb ITU (vegeu la nota en la «Valoració») contactar amb el metge o la metgessa per valorar el tractament amb fosfomicina 3 mg²⁻⁴ una única dosi en adults i adolescents a partir dels dotze anys, tenint en compte el mapa vigent de resistències antibiòtiques locals.
- Si requereix analgèsia (EVA >7): paracetamol 500-650 mg/8 hores o ibuprofè 400 mg/8 hores (segons l'afectació). S' indicaran analgèsics o AINE valorant si ja n'ha pres prèviament.
 - Evitar duplicitats amb prescripcions de paracetamol o de paracetamol en combinació amb altres principis actius (per exemple, paracetamol/tramadol), ja que es podria superar la dosi màxima recomanada.
 - Evitar indicar un AINE si ja n'hi ha un altre de prescrit (la combinació d'AINE no augmenta l'eficàcia i sí que incrementa les reaccions adverses).
 - Tenir en compte al·lèrgies del pacient i consideracions especials: insuficiència hepàtica o asma evitar AINE. Si HTA, insuficiència cardíaca o malaltia cardiovascular, precaució amb l' ús d' AINE.

PI21 – Síndrome miccional

Recomanacions

- Generals:^{4,5}
 - Buidar la bufeta cada 2-3 hores. Evitar retenir l'orina.
 - Higiene perineal. Eixugar-se de davant cap enrere. Higiene íntima amb sabó de pH neutre.
 - Micció abans i després del coit. Si la pacient emprava diafragma amb espermicida, canviar-lo per un altre mètode anticonceptiu.
 - Roba interior de cotó.
 - Beure aigua en abundància per assegurar la hidratació diària correcta.
 - En cas de dolor es pot aplicar calor local a la zona afectada.
 - En cas de tractament antibiòtic completar el tractament pautat amb independència de la simptomatologia.
- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP i al següent enllaç: [Adults i ancians \(ssib.es\)](https://ssib.es)
- Si requereix un cultiu després del tractament, cal explicar-li com es recull i lliura la mostra (fullet explicatiu accessible en e-SIAP).
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta: febre, hematúria franca, dolor lumbar, anúria, nàusees o vòmits, afectació general, no resolució clínica o aparició de nous símptomes.
- Contactar amb el professional de referència per a avaluació i seguiment si precisa.

Bibliografia



1. Síndrome miccional en la mujer. En: Sarrión JA, Barberá A, Santamaría JM, ed. Atención a la demanda: Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria. Madrid: Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Consejería de Sanidad; 2021. p 43-49.
2. Bonkat G, dir. Guidelines on Urological Infection. Amhem, The Netherlands: European Association of Urology (EAU); 2023. [Consultat 10 de gener de 2023]. Disponible a: [EAU-Guidelines-on-Urological-infections-2023.pdf \(d56bochluxqnz.cloudfront.net\)](https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/prevention-and-control-of-communicable-diseases/prevention-and-control-of-communicable-diseases/euro-peu-guidelines-on-urological-infections-2023)
3. Amat G, Montserrat D. Molèsties urinàries. Gestió Infermera de la demanda Atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. Disponible a: [PC1022_Molesties-urinaries_adults_octubre-2018_inf.pdf \(gencat.cat\)](https://www.gencat.cat/web/continguts/planificacio/planificacio/PC1022_Molesties-urinaries_adults_octubre-2018_inf.pdf)
4. Síndrome miccional. En: Brugués A et al, dir. Guia d'intervencions d'infermera a Problemes de Salut Urgents. Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. 1ª ed, 1ª rev. [Internet]. Castelldefels (Barcelona): Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP); 2020. p59. Disponible a: [Gestió Infermera de la Demanda CUAP 2020 \(casap.cat\)](https://www.casap.cat/web/continguts/guia/guia/guia-intervencions-infermera-problemes-salut-urgents)
5. 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. Disponible a: portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/gpc_578_antimicrobianos_aljarafe_2018.pdf

PI21-Síndrome miccional

Síndrome miccional

El síndrome miccional és un conjunt de símptomes que afecten l'aparell urinari i que es pot manifestar, entre altres, amb dolor o pruja a l'orinar (disúria), augment de la freqüència en la necessitat d'orinar (pol·laciúria), sensació de buidament incomplet de la bufeta després de la micció (tenesme vesical), presència de sang en orina (hematúria) o urgència miccional. Són símptomes molt inespecífics, alguns d'ells de fàcil resolució, mentre que d'altres són més complexos com els relacionats amb processos nefrourològics de més gravetat (per exemple, la pielonefritis). La causa principal sol ser la infecció urinària, principalment causada per E. coli, K. pneumoniae i P. mirabilis.



Anamnesi

- Antecedents personals: edat i sexe, embaràs. Malaltia prèvia i intervencions quirúrgiques de l'àrea nefrourològica. Antecedents d'infeccions urinàries i resposta al tractament. Ús de fàrmacs i al·lèrgies.
- Característiques de la síndrome miccional: factors precipitants o desencadenants, inici i evolució dels símptomes, característiques de l'orina, demanar si ha iniciat algun tractament farmacològic (antibiòtic).
- Signes i símptomes acompanyants: dolor lumbar irradiat a la zona renal o uretral, anúria, oligúria, globus vesical, nàusees o vòmits, febre, leucorrea i altres símptomes vaginals, secreció uretral.

Valoració

- Estat general.
- Constants vitals: temperatura corporal i TA.
- La resta de les constants cal valorar-les si hi ha afectació de l'estat general.
- Dolor: escala visual analògica del dolor (EVA).
- Valoració física: puny percussió lumbar (PPL).
- Fer tira reactiva d'orina.

Diagnòstic CIE-9

788|1 «Disuria»
788|4 «Micción frecuente y poliuria»

NANDA

00016 «Deterioro de la eliminación urinaria»

Pla d'actuació

Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general. Febre.
- Embaràs. Lactància.
- Síndrome miccional recurrent (>3 a l'any o 2 en 6 mesos).
- Després de no resolució en 2-3 dies amb tractament antibiòtic.
- Procés nefrourològic subjacent, intervenció de les vies urinàries. Manipulació urològica recent.
- Insuficiència renal crònica, persones immunodeprimides o en tractament immunosupressor, Persona portadora de sonda vesical, amb malformacions nefrològiques o anomalies de les vies urinàries.
- Presència dels símptomes següents: PPL positiva, dolor zona lumbar o fossa ilíaca, hematúria franca.
- Leucorrea. Presència de secreció, pudor o pruja vaginal. Sosпита d'uretritis/ITS.
- Dolor (EVA >7).
- Pacient amb tira d'orina positiva, excepte si es tracta d'una dona no embarassada.

Intervencions:

- PPL i tira reactiva negatives i no compleix cap dels anteriors criteris de visita conjunta: explicar quines són les recomanacions.
- Dona no embarassada amb PPL negativa i tira reactiva compatible amb ITU: contactar amb el metge per valorar el tractament amb fosfomicina 3 mg, una única dosi a adults i adolescents a partir dels 12 anys.
- Valorar analgèsia (EVA <7): paracetamol 500-650 mg/8 hores o ibuprofè 400 mg/8 hores (segons l'afectació).

Recomanacions:

- Lliurar fullet informatiu.
- Generals: buidar la bufeta cada 2-3 h. Evitar retenir l'orina. Higiene perianal. Eixugar-se de davant cap enrere. Higiene íntima amb sabó de pH neutre. Micció abans i després del coit. Si la pacient utilitza diafragma amb espermicida, canviar per un altre mètode. Roba interior de cotó. Beure aigua en abundància. Aplicar calor local en zona afectada. Completar sempre el tractament.
- Entregar infografia informativa a l'usuari disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP.
- Si requereix cultiu post tractament (entregar el fullet explicatiu de recollida de mostra, accessible en e-SIAP).
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta.
- Contactar amb el professional de referència per a avaluació i seguiment si precisa.

Hipoglucèmia



Definició / Motiu de la consulta

La hipoglucèmia és la disminució de la glucèmia per davall de 70 mg/dl¹. La Taula 1 mostra la classificació en funció de les xifres i de la simptomatologia.

Taula 1. Classificació de la hipoglucèmia*

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

Font: Modificat de la redGDPS (2018).²

(*) Classificació basada en les xifres de glucèmia i en la capacitat del pacient de reconèixer la situació i de resoldre la hipoglucèmia. S'ha de tenir en compte que els signes i els símptomes poden estar absents fins que els nivells de glucosa en plasma baixen de 50-55 mg/dl.^{3,4}

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

La hipoglucèmia és més comú a la diabetis de tipus 1 que a la tipus 2 (en aquest cas es sol limitar a pacients tractats amb insulina, sulfonilurees o meglitinides).⁵

Anamnesi



Sempre que sigui possible interrogar al pacient i a l'acompanyant.

1) Antecedents personals i familiars:

- Edat.
- Embaràs.
- Antecedents personals: hipoglucèmies prèvies i característiques de les mateixes. Diabetis: tipus, anys d'evolució, característiques, tractament...
- Antecedents familiars de diabetis.
- Malalties prèvies: existeix un risc major d'hipoglucèmia en pacients pluripatològics, amb demència, malaltia renal crònica, desnutrició...

PI22 - Hipoglucèmia

- Fàrmacs i al·lèrgies. Especialment antidiabètics (insulina, sulfonilurees i meglitinides) i aquells medicaments que poden emmascarar les hipoglucèmies (blockadors β ...).
 - Limitacions visuals o cognitives (error en el tipus o dosi d'insulina administrada...).
 - Hàbits tòxics: alcohol i drogues.
- 2) Característiques de la hipoglucèmia:
- Factors desencadenants o precipitants: activitat física, dejuni, ingesta enèrica, canvis o reajustaments recents en la dieta o en el tractament, intent d'autòlisi...
 - Curs evolutiu: durada, intensitat...
- 3) Signes i símptomes associats:
- Neurogènics (autonòmics/adrenèrgics): sudoració, palpitations, pal·lidesa, tremolor, formigueig, ansietat, gana, nàusees.
 - Neuroglucopènics (neurològics): debilitat, somnolència, deliri, confusió, marejos, agressivitat, visió borrosa, mal de cap, disàrtria, falta de concentració, convulsions i coma.

Valoració



- 1) Estat general.
- 2) Constants (TA, FC, glucèmia capil·lar). Temperatura corporal i ECG, si precisa.
- 3) Capacitat d'autogestió de la malaltia i necessitat de supervisió i suport extern.
- 4) Afectació neurològica: nivell de consciència (escala de Glasgow), alteracions de la marxa, parla...

PI22 - Hipoglucèmia

Diagnòstic



CIE-9: 251|2 «Hipoglucèmia no especificada»

NANDA: 00179 «Riesgo de nivel de glucèmia inestable»

Triar el que correspongui segons la clínica.

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Afectació de l'estat general: deteriorament del nivell de consciència, febre...
- Hipoglucèmia severa.
- Alteració de l'ECG.
- Pacient amb hipoglucèmia no diagnosticat de diabetis.
- Hipoglucèmia secundària a fàrmacs o a intent d'autòlisi.

Intervencions

- Hipoglucèmia lleu o moderada, en pacients que toleren la via oral:²
 1. Administrar 15-20 g d'hidrats de carboni (HC) d'absorció ràpida (vegeu la Taula 2). L'actuació pot variar en determinats casos (vegeu la Taula 3).
 2. Reavaluar al pacient i la glucèmia en 15 minuts:
 - Si el nivell de glucèmia és inferior a 70 mg/dl: administrar nova dosi de 15-20 g d'HC d'absorció ràpida. Reavaluar de nou als 10-20 min:
 - Si recupera, vegeu l'apartat «Recomanacions».
 - Si no recupera, valorar conjuntament amb el metge o la metgessa la derivació a l'hospital.
 - Si el nivell de glucèmia ja és major o igual a 70 mg/dl vegeu l'apartat «Recomanacions».

PI22 - Hipoglucèmia

Taula 2. Quantitats de diferents aliments que contenen 15-20 grams d'HC d'absorció ràpida⁵

Aliments	g HC
2 sobres de sucre	15-20g
150 ml de beguda refrescant (cola, taronja o tònica...), que no siguin <i>light</i> o <i>zero</i> .	15 g
200 ml de beguda refrescant (cola, taronja o tònica...), que no siguin <i>light</i> o <i>zero</i> .	20 g
200 ml de suc de fruita (comercial)	20 g
250 ml de beguda isotònica, que no siguin <i>light</i> o <i>zero</i> .	20 g
3-4 caramels amb sucre.	10 g
1 gelatina de fruites amb sucre	10 g

- Hipoglucèmia severa: baix nivell de consciència o intolerància a la via oral, es tracta d'una urgència mèdica que requereix intervenció immediata i valoració conjunta.²
 - **No disposam de via venosa:** administrar 1 mg de Glucagon® intramuscular o subcutània (pot conduir a la recuperació de la hipoglucèmia aproximadament en 15 minuts). Inmediatament després, canalitzar una via venosa. Reavaluar la glucèmia en 15 minuts.⁵
 - **Via venosa disponible:** administrar Glucosa hipertònica intravenosa al 50% (Glucosmon®20cc): 20 – 50 mL que equivalen a 10 – 25 mg de glucosa respectivament. Bolo directe lent en 1 – 3. Reavaluar la glucèmia en 15 minuts.²
 - L'actuació varia en casos determinats (vegeu la Taula 3).

Taula 3. Actuació en casos especials

Pacient/Situació	Pla d'actuació
Hepatopatia avançada o consum d'alcohol (especialment en cas d'alcoholisme crònic).	No respon al glucagó perquè l'alcohol inhibeix la gliconeogènesi hepàtica (*): administrar glucosa hipertònica intravenosa al 50 %. (*) Fitxa tècnica: cima.aemps.es/cima/publico/home.html
En tractament amb inhibidors de l'alfa-glucosidasa: acarbosa, Glucobay® o Glumida®.	Tractar amb glucosa oral, ja que l'acarbosa retarda l'absorció del sucre comú i la resolució de la hipoglucèmia. (*) Fitxa tècnica: cima.aemps.es/cima/publico/home.html

PI22 - Hipoglucèmia

Portador de bomba subcutània d'infusió contínua d'insulina.	Dur a terme les mateixes actuacions descrites per a pacients no portadors de bomba, a més d'aturar la bomba (posar-la en STOP o retirar el catèter de la pell): ⁶ <ul style="list-style-type: none">▫ Hipoglucèmia lleu: s'ha d'aturar la bomba durant 15-30 minuts fins a comprovar que s'ha recuperat de la hipoglucèmia.▫ Hipoglucèmia moderada: aturar la bomba durant uns 30 minuts, fins que la hipoglucèmia reverteixi.▫ Hipoglucèmia greu: aturar la bomba fins que la hipoglucèmia reverteixi totalment.
-------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Font: Modificat a partir de les referències bibliogràfiques 2, 6 i 7.

- **Resposta satisfactòria** als 15 min: donar recomanacions. Valoració del metge o metgessa de la actuació a seguir, considerar si precisa ajust del tractament antidiabètic habitual.

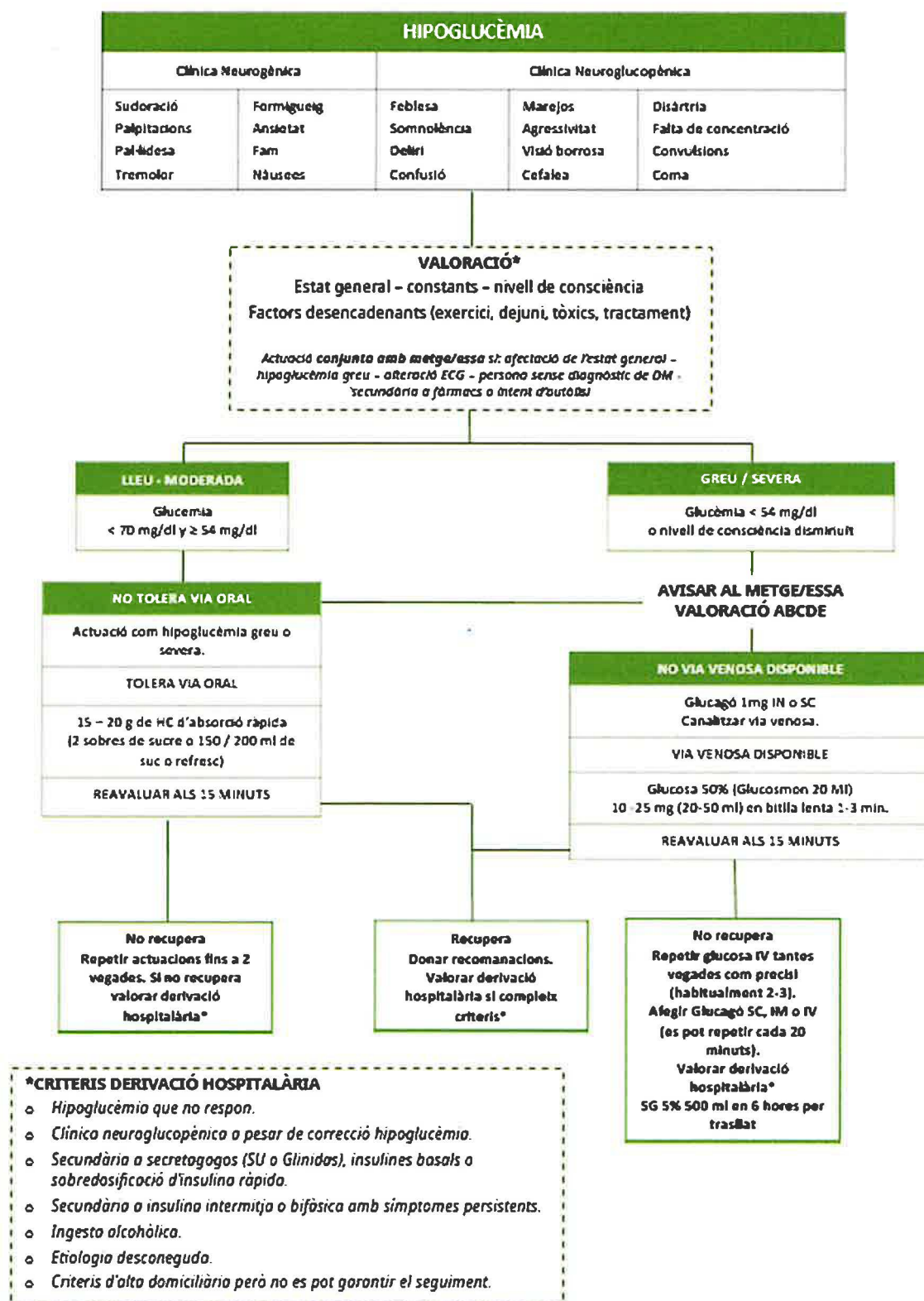
En cas d'alta domiciliària i més de 1h fins a la següent ingesta, recomanar 15-20 g de HC d'absorció lenta.

- **Resposta insuficient** als 15 min: repetir la mateixa dosi de glucosa intravenosa tantes vegades com sigui necessari (habitualment 2 – 3 dosis) i afegir glucagó 1 mg SC, IM o IV (pot repetir-se als 20 min).

En cas de derivació a urgències hospitalàries, instaurar perfusió de glucosa intravenosa de manteniment: SG 5% 500 mL/6h.

A continuació, es presenta un algorisme como a resum de l'actuació davant una hipoglucèmia:

PI22 - Hipoglucèmia



Font: redGDPS. Guia DM2 2018-ADA2023-Emergències Sanitàries Prehospitalàries 2022 (1ªed) 061

PI22 - Hipoglucèmia

Recomanacions

- Aconsellar la presència d'un acompanyant, al menys durant les primeres hores.
- Informar a la persona i a l'acompanyant que, si falta més d'una hora per la menjada següent, el pacient ha de prendre 15-20g d'HC d'absorció lenta (un poc de pa, dues galetes d'Inca grosses...) i un aliment proteic.
- Indicar a la persona i a l'acompanyant la necessitat de mesurar la glucèmia capil·lar cada 6-8h durant 24 hores. En cas d'estar en tractament amb hipoglucèmians orals, sobretot sulfonilurees, és important el control de la glucèmia fins a les 48 hores posteriors (per risc de recidiva deguda a la possible permanència de metabòlits actius del fàrmac).
- Fer un recordatori d'aspectes educatius bàsics per evitar hipoglucèmies (corregir errors en relació als hàbits: aportació d'HC, horaris d'ingesta, presa de la medicació...).
- Considerar la indicació d'un equip de glucagó. En aquest cas, confirmar que tant el pacient com les persones que conviuen amb ell coneixen el maneig correcte de l'equip.
- Entregar full informatiu de [Com actuar en cas d'hipoglucèmia](#) i el de [Complicacions agudes de la diabetis](#)
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta.
- Contactar amb els seus professionals de referència per, si és necessari, fer un diagnòstic més precís, modificar el tractament i el seguiment, i reforçar les mides d'educació sanitària.


PI22 - Hipoglucèmia

Bibliografia



1. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes—2023. Diabetes Care 2023;46(Suppl 1). Disponible a: https://diabetesjournals.org/care/issue/46/Supplement_1
2. García J, coord. Guia de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS. Madrid: RedGDPS;2018. Disponible a: [Guia DM2_web.pdf \(redgdps.org\)](#)
3. Mathew P, Thoppil D. Hypoglycemia. [Updated 2022 Dec 26]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. [consultat: 27 decembre 2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534841/>
4. Clayton D, Woo V, Yale JF. Hypoglycemia. Can J Diabetes. 2013;37(Suppl 1):S69-S71. Disponible a: [Hypoglycemia - ClinicalKey](#)
5. Cryer PE, Lipska KJ. Hypoglycemia in adults with diabetes mellitus. En: Stack AM, ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023. [Consultat 2 de febrer de 2023]. Disponible a: <https://www.uptodate.com/contents/hypoglycemia-in-adults-with-diabetes-mellitus>
6. Barranco R, Romero F, De la Cal MA, Millán MJ, Palomares RJ. Protocolo urgencias diabéticas extrahospitalarias. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 061; 2014. Disponible a: epes.es/wp-content/uploads/proceso_diabetes.pdf
7. Pineda A, López Sampalo A, López P, Chaparro SJ. Complicaciones metabólicas agudas. Hiperglucemias e hipoglucemias. Actitudes diagnósticas, tratamiento y situaciones especiales. Medicine. 2020;13:965-73. Disponible a: <https://www.medicineonline.es/es-complicaciones-metabolicas-agudas-hiperglucemias-e-articulo-S0304541220302286>

PI22 - Hipoglucèmia

Hipoglucèmia		La hipoglucèmia és la disminució de les xifres de glucèmia < 70 mg/dl. Es classifica en lleu, moderada i severa en funció de les xifres i de la capacitat del pacient de reconèixer la situació i de resoldre la hipoglucèmia.	
Anamnesi		Valoració	
Sempre que sigui possible interrogar al pacient i a l'acompanyant. <ul style="list-style-type: none"> Antecedents personals i familiars de diabetis, edat, embaràs, fàrmacs i al·lèrgies, limitacions visuals o cognitives i hàbits tòxics. Característiques de la hipoglucèmia: factors desencadenants o precipitants i curs evolutiu. Signes i símptomes associats: Neurogènics. Neuroglucopènics (neurològics). 		<ul style="list-style-type: none"> Estat general. Constants (TA, FC, glucèmia capil·lar). Temperatura corporal i ECG, si precisa. Capacitat d'autogestió de la malaltia i necessitat de supervisió i suport extern. Afectació neurològica: nivell de consciència (escala de Glasgow), alteracions de la marxa, parla... 	
Diagnòstic CIE-9		NANDA	
251 2 «Hipoglucèmia no especificada»		00179 «Riesgo de nivel de glucemia inestable»	
Pla d'actuació			
Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si: <ul style="list-style-type: none"> Afectació de l'estat general: deteriorament del nivell de consciència, febre... Hipoglucèmia severa. Alteració de l'ECG. Pacient no diagnosticat de diabetis, amb hipoglucèmia. Hipoglucèmia secundària a fàrmacs o a intent d'autòlisi. 			
Intervencions:			
Hipoglucèmia lleu/moderada que tolera la via oral		Hipoglucèmia severa, baix nivell de consciència o intolerància a v.o.	
<ul style="list-style-type: none"> Administrar 15-20 g d'hidrats de carboni (HC) d'absorció ràpida (vegeu la Taula 2). L'actuació pot variar en determinats casos (vegeu la Taula 3). Reavaluar al pacient i la glucèmia en 15 minuts: Si el nivell de glucèmia és inferior a 70 mg/dl: administrar nova dosi de 15-20 g d'HC d'absorció ràpida. Reavaluar de nou als 10-20 min: Si recupera, vegeu l'apartat «Recomanacions». Si no recupera, valorar conjuntament amb el metge o la metgessa la derivació a l'hospital. Si el nivell de glucèmia ja és major o igual a 70 mg/dl vegeu l'apartat «Recomanacions». 		<ul style="list-style-type: none"> No disposam de via venosa: administrar 1 mg de Glucagon® intramuscular o subcutània (pot conduir a la recuperació de la hipoglucèmia aproximadament en 15 minuts). Inmediatament després, canalitzar una via venosa. Reavaluar la glucèmia en 15 minuts. Via venosa disponible: administrar Glucosa hipertònica intravenosa al 50% (Glucosmon®20cc): 20 - 50 mL que equivalen a 10 - 25 mg de glucosa respectivament. Bolo directe lent en 1 - 3. Reavaluar la glucèmia en 15 minuts.2 L'actuació varia en casos determinats (vegeu la Taula 3). <p>Resposta satisfactòria als 15 min: donar recomanacions. Valoració del metge o metgessa de la actuació a seguir, considerar si precisa ajust del tractament antidiabètic habitual.</p> <p>En cas d'alta domiciliària i més de 1h fins a la següent ingesta, recomanar 15-20 g de HC d'absorció lenta.</p> <p>Resposta insuficient als 15 min: repetir la mateixa dosi de glucosa intravenosa tantes vegades com sigui necessari (habitualment 2 - 3 dosis) i afegir glucagó 1 mg SC, IM o IV (pot repetir-se als 20 min).</p> <p>En cas de derivació a urgències hospitalàries, instaurar perfusió de glucosa intravenosa de manteniment: SG 5% 500 mL/6h.</p>	
Recomanacions:			
<ul style="list-style-type: none"> Aconsellar la presència d'un acompanyant, al menys durant les primeres hores. Prendre suplementes d'HC d'absorció lenta si falta més d'una hora per a la menjada següent i un aliment proteic. Mesurar la glucèmia capil·lar cada 6-8h durant 24 hores. En cas d'estar en tractament amb hipoglucèmiants orals és important el control de la glucèmia fins a les 48 hores posteriors. Fer un recordatori d'aspectes educatius bàsics per evitar hipoglucèmies. Considerar la indicació d'un equip de glucagó (educar a pacient i família el maneig correcte de l'equip). Entregar full informatiu de Com actuar en cas d'hipoglucèmia i el de Complicacions agudes de la diabetis Consultar de nou si apareixen signes d'alerta. Contactar amb els seus professionals de referència. 			



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

PI22 - Hipoglucèmia

Hiperglucèmia

Definició / Motiu de la consulta



Es considera hiperglucèmia aquella xifra de glucosa en sang per sobre de 126mg/dl, després d'un dejú de més de 8 hores, o de 200 mg/dl després de la ingesta.¹

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

Es classifica en:²

- Hiperglucèmia simple: glucèmia > 200 mg/dl sense altres alteracions metabòliques.
- Cetosi diabètica: hiperglucèmia simptomàtica (poliúria, polidípsia, polifàgia, cansament...) amb presència de cossos cetònics en sang.
- Cetoacidosi diabètica (CAD) es caracteritza per hiperglucèmia, hipercetonèmia i acidosi metabòlica. La hiperglucèmia causa diüresi osmòtica amb pèrdua significativa de líquids i electròlits. És més freqüent en pacients amb diabetes mellitus tipus 1 (DM1).
- Síndrome hiperglucèmic hiperosmolar no cetòsic (SHHNC), es caracteritza per hiperglucèmia greu, hiperosmolaritat i deshidratació greu sense cetosi. És més freqüent en pacients amb diabetes mellitus tipus 2 (DM2).

Anamnesi



1) Antecedents personals i familiars:

- Edat.
- Embaràs.
- Antecedents familiars de diabetis.
- Antecedents personals de diabetis: tipus, anys d'evolució, complicacions, tractament...
- Malalties prèvies: cardiovasculars, nefrològiques, neurològiques, oculars, síndrome de l'ovari poliquístic...
- Hàbits tòxics: alcohol i drogues.
- Fàrmacs (especialment antidiabètics) i al·lèrgies.

2) Característiques de la hiperglucèmia:

- Factors desencadenants o precipitants:¹
 - Medicació amb efectes potencialment hiperglucemiant: corticoides, diürètics, hormones, blocadors β , etc.
 - Mala adherència al tractament hipoglucemiant. Mala tècnica en l'administració de la insulina.
 - Transgressió dietètica.
 - Abandó o disminució de l'exercici habitual.
 - Situacions d'estrès: traumatismes, infeccions, cirurgia, malaltia greu...

PI23 - Hiperglucèmia

- Lipodistròfies.
 - Curs evolutiu: durada, intensitat...
- 3) Signes i símptomes acompanyants: malestar general, poliúria, polifàgia, polidípsia, pèrdua de pes, sequedat de pell i mucoses, visió borrosa, irritabilitat, astènia, nàusees i vòmits, dolor abdominal, cefalea, taquipnea, existència d'alè amb fetor cetòsic o afruitat...

Valoració



- Estat general.
- Antecedents familiars de diabetis.
- Determinar la glucèmia capil·lar. Resta de constants si precisa: TA, temperatura corporal, FC, FR i SatO₂.
- Si glucèmia >250 mg/dl determinar si hi ha presència de cetonèmia o, en el seu defecte, de cetonúria (veure taula 1).³
- ECG, si precisa: amb l'objectiu de descartar una síndrome coronària aguda o arrítmies. Considerar la major freqüència d'infarts silencis o amb simptomatologia atípica en diabètics.
- Tira reactiva d'orina, si precisa, per descartar infecció del tracte urinari.¹

Taula 1. Interpretació dels resultats de cetonèmia/cetonúria³

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

Diagnòstic



CIE-9: 790|6|. «Hiperglucèmia»
 NANDA: 00179 «Riesgo de nivel de glucemia inestable»
 Triar el més adequat segons la clínica.

PI23 - Hiperglucèmia

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Alteració de l'estat general o del nivell de consciència. Febre. Dispnea. Intoxicació per alcohol o drogues.
- Síntomes neurològics suggestius d'ictus: debilitat muscular, pèrdua de visió sobtada, problemes de coordinació, dificultat per parlar...
- Alteració de l'ECG o dolor precordial
- Glucèmia ≥ 250 mg/dl.
- Presència de cetonèmia o cetonúria.
- Pacient no diagnosticat de diabetis amb dades d'insulinopènia (clínica cardinal, cetosi, sospita de DM1 no coneguda).
- Embaràs.

Intervencions³⁻⁵

L'actitud a seguir dependrà de la magnitud de la hiperglucèmia, del tractament habitual del pacient i de la presència o no de cetonèmia i la seva intensitat, però, en tots els casos, serà necessària la monitorització contínua de la glucèmia capil·lar de manera intensiva i, en alguns casos, el control dels cossos cetònics.

Davant una situació d'hiperglucèmia mantinguda s'ha de valorar l'existència o no de cetones en sang o orina. La seva detecció i tractament pot evitar l'evolució del quadre cap a CAD. Es recomana augmentar els controls de glucèmia i no realitzar exercici físic.

En funció de la glucèmia s'han de dur a terme les actuacions següents:

- <250 mg/dl: no precisa intervenció immediata (vegeu l'apartat «Recomanacions»).
- ≥ 250 mg/dl: determinar la cetonèmia o, en el seu defecte, la cetonúria.³ Precisa actuació conjunta amb el metge o la metgessa.
 - Si cetosi lleu/moderada (veure Taula 1):
 - Hidratació via oral.
 - Dieta de cetosi (disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP).
 - Insulina ràpida:
 - Si el pacient segueix tractament amb insulina afegir el 20 % de la dosi total d'insulina que s'administra i repartir-la en cadascuna de les tres menjades principals.
 - Si el pacient no segueix tractament amb insulina administrar 4-6 UI (correspon a 0.15-0.2 UI/Kg/dia) d'insulina abans de les 3 menjades principals. Nota: prescriure a RELE anàleg ràpid d'insulina.
 - Tractar processos intercurrents.
 - Valoració a les 12-24hores per ajustar el tractament o derivar a l'hospital.
 - Si cetosi greu:
 - Hidratació via endovenosa amb sèrum fisiològic.

PI23 - Hiperglucèmia

- Insulina ràpida: dosi única de 8-10 UI (0.2 UI/Kg) en bolus endovenós o intramuscular.
- Derivar a l'hospital.

Recomanacions

- Indicar al pacient i a la persona acompanyant la necessitat de mesurar la glucèmia capil·lar cada 6-8h durant 24 hores.
- Assegurar ingesta hídrica, especialment a les persones ancianes amb DM2, sobretot si tenen febre, diarrees o altres processos intercurrents.
- Recomanar dieta especial pels casos en què ha hagut cetosi, per quan la glucèmia comenci a baixar: afegir aliments ensucrats en horaris d'ingesta (per disminuir la lipòlisi), suc de fruita natural, llet o iogurts desnatats amb sucre, galetes i purés de verdura sense greix. No aportar greixos, ni massa proteïnes. Full informatiu disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP.
- Entregar full informatiu [Complicacions agudes de la diabetis](#).
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta o si la glucèmia continua pujant malgrat aplicar les pautes indicades.
- Citar amb els professionals de referència per completar el diagnòstic, programar el seguiment, reforçar intervencions d'educació per la salut o revisar el tractament, entre d'altres.

Bibliografia



1. Taboada A. Tratamiento ambulatorio de la descompensación hiperglucémica. *Diabetes Práctica* 2018;9(1):15-18. Disponible a: diabetespractica.com/files/1524476468.03_habilidades_dp-9-1.pdf.
2. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl 1). Disponible a: https://diabetesjournals.org/care/issue/46/Supplement_1
3. Torres JL, Tobalina P. Urgencias diabéticas. *AMF* 2019;15(5):286-8. Disponible a: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/urgencias-diabeticas>
4. Red GDPS. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos. Recomendaciones de la redGDPS. Madrid: Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria (Red GDPS); 2018. Disponible a: <https://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/>
5. Gómez O et al, coord. Abordaje integral del paciente con DM2. Recomendaciones de la redGDPS en enfermería y medicina. Madrid: Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria (Red GDPS); 2021. Disponible a: <https://www.redgdps.org/abordaje-integral-del-paciente-con-dm2/>



PI23 - Hiperglucèmia



Hiperglucèmia

Es considera hiperglucèmia aquella xifra de glucosa en sang per sobre de 126 mg/dl després d'un dejú de més de 8 hores o de 200 mg/dl després de la ingesta.
Es classifica en hiperglucèmia simple, cetosi diabètica, cetoacidosi diabètica i síndrome hiperglucèmic hiperosmolar no cetòsic.

Anamnesi

- Antecedents personals i familiars: edat, embaràs, antecedents familiars de DM, antecedents personals de DM, malalties prèvies, hàbits tòxics, fàrmacs i al·lèrgies.
- 4) Característiques de la hiperglucèmia: factors desencadenants o precipitants i curs evolutiu.
- 5) Signes i símptomes acompanyants.

Valoració

- Estat general.
- Antecedents familiars de DM.
- Glucèmia capil·lar. Resta de constants si precisa.
- Si glucèmia > 250 mg/dl determinar si hi ha presència de cetonèmia o, en el seu defecte de cetonúria.
- ECG i tira d'orina.

Diagnòstic CIE-9

790|6|. «Hiperglucèmia»

NANDA

00179 «Riesgo de nivel de glucemia inestable»

Pla d'actuació

Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Alteració de l'estat general o del nivell de consciència. Febre. Dispnea. Intoxicació per alcohol o drogues.
- Símptomes neurològics suggestius d'ictus.
- Alteració de l'ECG o dolor precordial
- Glucèmia \geq 250 mg/dl.
- Presència de cetonèmia o cetonúria.
- Pacient no diagnosticat de diabetis amb dades d'insulinopènia.
- Embaràs.

Intervencions:

En funció de la glucèmia s'han de dur a terme les actuacions següents:

- < 250 mg/dl: no precisa intervenció immediata.
- \geq 250 mg/dl: determinar la cetonèmia o, en el seu defecte, la cetonúria. Precisa actuació conjunta amb el metge o la metgessa.
 - Si cetosi lleu/moderada:
 - Hidratació via oral.
 - Dieta de cetosi.
 - Insulina ràpida:
 - Si el pacient segueix tractament amb insulina afegir el 20 % de la dosi total d'insulina que s'administra i repartir-la en cadascuna de les tres menjades principals.
 - Si el pacient no segueix tractament amb insulina administrar 4-6 UI (correspon a 0,15-0,2 UI/Kg/dia) d'insulina abans de les 3 menjades principals. Nota: prescriure a RELE anàleg ràpid d'insulina.
 - Tractar processos intercurrents.
 - Valoració a les 12-24 hores per ajustar el tractament o derivar a l'hospital.
 - Si cetosi greu:
 - Hidratació via endovenosa amb sèrum fisiològic.
 - Administració d'insulina ràpida: dosi única de 8-10 UI (0,2 UI/Kg) d'insulina endovenosa o intramuscular en bolus únic.
 - Derivar a l'hospital.

Recomanacions

- Mesurar la glucèmia capil·lar cada 6-8 h durant 24 hores.
- Assegurar ingesta hídrica a les persones ancianes amb DM2, especialment si tenen febre, diarrees i altres processos intercurrents.
- Recomana dieta especial pels casos en què ha hagut cetosi, per quan la glucèmia comenci a baixar, full informatiu disponible a e-SIAP.
- Entregar full informatiu de les Complicacions agudes de la diabetis.
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta o si la glucèmia continua pujant malgrat aplicar les pautes indicades.
- Citar amb els professionals de referència.

Diarrea

Definició / Motiu de la consulta



La diarrea consisteix en l'eliminació de femta aquosa o tova, tres o més vegades al dia, que pot anar acompanyada d'altres símptomes (dolor abdominal, nàusees, vòmits, febre...)¹²

Anamnesi



1) Antecedents personals i familiars:

- Edat.
- Embaràs.
- Malalties prèvies: malalties inflamatòries intestinals, síndrome de l'intestí irritable, infecció per VIH, procediments quirúrgics abdominals previs, psiquiàtiques (anorèxia, bulímia...), incontinència de l'esfínter anal...
- Hàbits tòxics: abús d'alcohol o altres drogues.
- Fàrmacs (antibiòtics, medicaments immunosupressors, laxants, antiàcids que contenen magnesi, antiinflamatoris no esteroïdeus AINE, metformina, tractaments oncològics...), al·lèrgies i intoleràncies alimentàries. Presa d'altres substàncies com, per exemple, productes d'herboristeria.
- Professió: persones treballadores d'escoles infantils o altres institucions.
- Estil de vida i hàbits alimentaris: estatus socioeconòmic, tipus d'alimentació habitual (dieta mediterrània, vegana, vegetariana, hipocalòrica, normocalòrica, hipercalòrica...), ingestes compulsives...

2) Característiques de la diarrea:

- Nombre i tipus de deposicions, consistència, presència de sang, moc o pus, etc.
- Factors desencadenants o precipitants: canvi de dieta, tipus d'ingestes recents, laxants, viatges previs,³ toxiinfecció alimentària (investigar possible brot)...
- Curs evolutiu: dies de durada, períodes de remissió i recaiguda, seqüència d'aparició dels símptomes acompanyants...

3) Signes i símptomes acompanyants:

- Nàusees, vòmits, dolor abdominal, deshidratació, febre, melenes, etc.
- Factors psicològics: ansietat, estrès...

Valoració



- 1) Estat general. Nivell de consciència.
- 2) Constants (TA, FC, FR, temperatura corporal). Glucèmia capil·lar segons clínica, en cas de pacients diabètics sempre està indicada pel risc d'hipoglucèmia.
- 3) Signes i símptomes de deshidratació:⁴ sequedat de la pell i de les mucoses, taquicàrdia, pols feble, nàusees, cefalea, falta de força o disminució del rendiment, fatiga mental i física, ulls enfonsats, elasticitat cutània disminuïda, temps de recapillarització major de 2 segons...

PI24 - Diarrea

- 4) Si el pacient presenta dolor abdominal cal identificar-lo: la intensitat, la durada, la localització, com millora o empitjora.
- 5) Si presenta signes o símptomes acompanyants, valorar les seves característiques.

Diagnòstic



CIE-9: 787|9|1 «Diarrea»

NANDA: 0013 «Diarrea»

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

Pla d'actuació



Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:⁵

- Afectació de l'estat general. Febre >38°C.
- Presència de signes/símptomes de deshidratació: taquicàrdia, pols dèbil, hipotensió, oligúria, sequedat de pell i mucoses, alteració del nivell de consciència...
- Intolerància oral. Vòmits freqüents.
- Presència de sang, mucositat o pus en femta.
- Dolor abdominal intens.⁴
- Duració de més de 5 dies.
- Glucèmia capillar alterada en pacient diabètic (vegeu el protocol específic).
- Sospita de: intoxicació alimentària,⁴ secundària a fàrmacs, diarrea del viatger, descompensació de malaltia digestiva prèvia (malaltia inflammatòria intestinal, síndrome de l'intestí irritable, diverticulitis, neoplàsia digestiva...).
- En cas de sospita de brot, comunicar-lo al metge-metgessa per procedir a la seva notificació segons el procediment establert: [Epidemiologia-Brots \(caib.es\)](http://Epidemiologia-Brots(caib.es))

Intervencions

- Rehidratació oral progressiva les primeres 4-6 hores. Reservam la via venosa per casos de deshidratació greu. Valorar la indicació de sèrum oral hiposòdic (Sueroral[®]).
- Posteriorment, reincorporació gradual d'aliments. Donar el consell breu acompanyat del fullet «Recomanacions dietètiques per adults amb gastroenteritis aguda», disponible a l'apartat de consells d'e-SIAP.
- Evitar factors desencadenants o precipitants, en cas de que es puguin identificar.
- Valorar la presa de mostres de femta (coprocultiu o altres).⁶
- Si dolor o distèrnia recomanar preferentment paracetamol 500 mg si no presenta contraindicacions.

Recomanacions

- Repòs relatiu.
- Recomanacions dietètiques i normes d'higiene: rentat correcte de les mans, manipulació dels aliments, no compartir tovalloles, tassons...
- Contactar amb el professional de referència si la simptomatologia persisteix més de cinc dies o requereix un estudi etiològic més precís.

Bibliografia



1. Nemeth V, Pflieger N. Diarrhea. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. [consultat: febrer 2023]. Disponible a: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28846339/?from_term=diarrhea&from_filter=simsearch2.ffrft&from_filter=ds1.i_1&from_pos=1
2. Ashkenazi S. Traveler's Diarrhea: The Other Side of the Coin. *Isr Med Assoc J.* 2019;21(8):552-554. Disponible a: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31474019/?from_term=diarrhea&from_filter=simsearch2.ffrft&from_filter=ds1.i_1&from_pos=10
3. García S, García G, Arroyo MT. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la gastroenteritis aguda. *Medicine.* 2020;13(3):154-7. Disponible a: <https://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-terapeutico-gastroenteritis-aguda-articulo-S0304541220300342>
4. Rodríguez S, coord. Diarrea. Protocolo de atención compartida demanda aguda no demorable. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2018.
5. Amat G, Beguer N. Diarrea. Gestió infermera de la demanda atenció aguda. En: Martín S, Ordorica Y, Ros M, editors. Plans de cures estandarditzats [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. Disponible a: [PC1009_Diarrea_adults_aguda_octubre-2018_inf.pdf \(gencat.cat\)](#)
6. Meisenheimer ES, Epstein C, Thiel D. Acute Diarrhea in Adults. *Am Fam Physician.* 2022;106(1):72-80. Disponible a: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0700/acute-diarrhea.html>



PI24 - Diarrea

Diarrea		La diarrea consisteix en l'eliminació de femta aquosa o tova, tres o més vegades al dia, que pot anar acompanyada d'altres símptomes (dolor abdominal, nàusees, vòmits, febre...).	
Anamnesi		Valoració	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals i familiars: edat, embaràs, malalties prèvies, hàbits tòxics, fàrmacs, al·lèrgies i intoleràncies alimentàries, professió, estil de vida i hàbits alimentaris. ▪ Característiques de la diarrea: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Nombre i tipus de deposicions, consistència, presència de sang, moc o pus, etc. ▫ Factors desencadenants o precipitants: canvi de dieta, tipus d'ingestes recents, laxants, viatges, toxiinfecció alimentària... ▫ Curs evolutiu. ▪ Signes acompanyants: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Nàusees, vòmits, dolor abdominal, deshidratació, febre... ▫ Factors psicològics: ansietat, estrès. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. Nivell de consciència. ▪ Constants (TA, FC, temperatura corporal). Glucèmia capil·lar segons clínica, en cas de pacients diabètics. ▪ Signes de deshidratació. ▪ Si el pacient presenta dolor abdominal s'ha d'identificar: intensitat, durada, localització, com millora o empitjora. ▪ Si presenta signes o símptomes acompanyants, valorar les seves característiques 	
Diagnòstic CIE-9		NANDA	
787 9 1 «Diarrea»		0013 «Diarrea»	
Pla d'actuació			
<p>Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afectació de l'estat general. Febre >38°C. ▪ Presència de signes/símptomes de deshidratació: taquicàrdia, pols dèbil, hipotensió, oligúria, sequedat de pell i mucoses, alteració del nivell de consciència... ▪ Intolerància oral. Vòmits freqüents. ▪ Presència de sang, mucositat o pus en femta. ▪ Dolor abdominal intens. ▪ Duració de més de 5 dies. ▪ Glucèmia capil·lar alterada en pacient diabètic (vegeu el protocol específic). ▪ Sospita de: intoxicació alimentària, secundària a fàrmacs, diarrea del viatger, descompensació de malaltia digestiva prèvia (malaltia inflamatòria intestinal, síndrome de l'intestí irritable, diverticulitis, neoplàsia digestiva...) <p>Intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rehidratació oral progressiva, a les primeres 4-6 hores. Reservem la via venosa per casos de deshidratació greu. Valorar la indicació de sèrum oral hiposòdic (Sueroral). ▪ Posteriorment, reincorporació gradual d'aliments. Donar el consell breu acompanyat del fullet disponible a e-SIAP. ▪ Evitar factors desencadenants o precipitants, en cas de que es puguin identificar. ▪ Valoració de presa de mostres de femta (coprocultiu o altres). ▪ Si dolor o distèrnia recomanar preferentment paracetamol 500-650 mg si no presenta contraindicacions. <p>Recomanacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repòs relatiu. ▪ Recomanacions dietètiques i normes d'higiene: rentat correcte de les mans, manipulació dels aliments, no compartir tovalloles, tassons... ▪ Contactar amb el professional de referència si la simptomatologia persisteix més de cinc dies o requereix un estudi etiològic més precís. 			

Síntomes respiratoris vies altes

Definició / Motiu de la consulta



Procés agut inflamatori que afecta la mucosa respiratòria de les vies altes, que es pot manifestar amb una simptomatologia molt variada i inespecífica: congestió nasal, esternuts, calfreds, distèrmia, febrícula o febre, tos, malestar general, rinorrea, mal de coll, cefalea, artromiàlgies, astènia...

En cas que els símptomes hagin tengut un inici agut, cal sospitar d'una possible infecció per SARS CoV-2, que pot anar acompanyada, o no, d'altres símptomes com: diarrea, dolor toràcic, dispnea, anòsmia i agèusia. La grip pot ser indistingible clínicament de la infecció per SARS CoV-2.

Anamnesi



1) Antecedents personals:

- Edat
- Malaltia prèvia o hospitalitzacions recents.
- Factors de risc cardiovascular.
- Hàbits tòxics: tabaquisme...
- Fàrmacs.
- Al·lèrgies.
- Vaccinació: grip i COVID-19.

2) Curs evolutiu: data d'inici de la clínica i evolució del procés.

3) Signes i símptomes acompanyants: febre, característiques de la tos, expectoració i característiques de l'esput, dolor toràcic, dificultat respiratòria, otàlgia...

Són criteris de vulnerabilitat per la infecció del coronavirus: 60 anys o més, immunodeprimits per causa intrínseca o extrínseca i embarassades.

4) Són criteris de vulnerabilitat per la infecció de la grip: 65 anys o més, embarassades i puerperi (primers 6 mesos), obesitat amb IMC > 35, malalties cròniques (cardiovasculars, neurològiques o respiratòries), tractament amb immunosupressors, antineoplàsics, corticoesteroides i pacients amb VIH/SIDA.

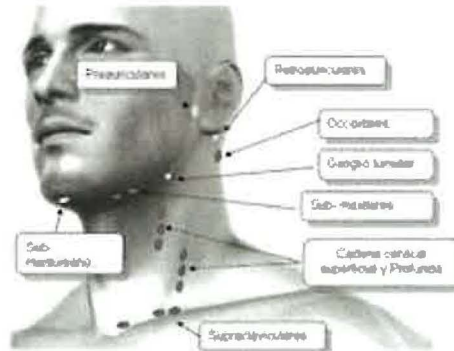
PI25 – Síntomes respiratoris de les vies altes

Valoració



- 1) Estat general: coloració, aspecte, edemes, perfusió perifèrica, orientació...
- 2) Constants vitals: Sat O₂, FC, FR, temperatura corporal, TA.
- 3) Exploració física:
 - Exploració orofaríngia (vegeu el protocol GID «Odinofàgia»). S'han de valorar alteracions a: la llengua, el paladar (dur i tou), l'úvula i la base de la cavitat oral.
 - Exploració física del tòrax: tiratge intercostal, ús de musculatura accessòria...
 - Exploració de la rigidesa de clatell.
 - Exploració de la zona laterocervical i submandibular, fonamentalment per valorar adenopaties (nombre, mida, consistència i sensibilitat):
 - La mida normal dels ganglis en persones sanes varia de 0,5 a 1 cm de diàmetre.
 - La consistència normal és: amb elasticitat i fluctuants.
 - No dolorosos a la palpació.

Figura
regionals



1. Localització dels ganglis

- 4) Dolor o sensació de ulls, les galtes, el nas o el
- 5) Presència de dolor punxant, de localització a intermitent, s'agreuja amb amb la tos o l'esternut.
- 6) En cas de pacients el flux expiratori màxim amb el *Peak-flow* (vegeu el protocol GID «Dispnea»).

pressió al voltant dels front.

pleurític: sol ser punta de dit, a vegades la respiració profunda,

asmàtics, cal mesurar

Diagnòstic



Triar el més adequat segons la clínica i la situació del pacient.

CIE-9 : 478|9| «Otras enfer y enfer no espec del tracto respirat superior»
 460|. «Nasofaringitis aguda (resfriado común)»
 508|9| «Enfermedad respiratoria por agente externo no especificado»
 079|89|X «Infección por Coronavirus. COVID-19 confirmada mediante PCR, serología o antígeno»

NANDA: 00032 «Patrón respiratorio ineficaz»

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

Pla d'actuació



Davant la sospita de COVID-19 està indicada fer una PDIA (test d'antígens) en els casos següents:³

- a) Pacients amb criteris de vulnerabilitat: 60 anys o més, immunodeprimits per causa intrínseca o extrínseca i embarassades.
- b) Persones relacionades amb àmbits vulnerables: que resideixen, acudeixen, estan ingressades o treballen en àmbits vulnerables (centres sanitaris assistencials, centres soci-sanitaris i centres de dia, centres penitenciaris i altres centres amb persones institucionalitzades), així com els treballadors que donen suport i tenen cura de les persones vulnerables.
- c) Persones amb quadre d'infecció respiratòria aguda de les vies baixes que requereixen un ingrés hospitalari.
- d) Sospita de variant d'interès.
- e) A criteri clínic, quan el professional sanitari ho consideri necessari.
- f) En el moment actual, si la situació del pacient requereix una incapacitat transitòria.

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

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

Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si:

- Alteració de l'estat de consciència: confusió, letàrgia...
- Febre > 39 o febre mantinguda durant més de tres dies.
- Dolor costal (pleurític o altres) que li dificulti la realització d'activitats quotidianes o acompanyat de febre.
- Cefalea intensa amb vòmits o lesions a la pell.
- Postració.
- Dificultat respiratòria: valorar el grau de dispnea.
- Taquipnea: parla entretallada o dificultat per mantenir una conversa.
- Tos persistent que dificulta l'alimentació o el descans i augment de l'expectoració.
- Hemoptisi.
- Vòmits que impedeixen la hidratació i l'alimentació.
- Diarrea: més de deu deposicions en un dia o entre cinc i deu al dia durant més de tres dies.
- Sospita de sinusitis: dolor o sensació de pressió al voltant dels ulls, les galtes, el nas o el front.
- Adenopaties dures, fixes i majors d'1 cm.
- Persones immunodeprimides.
- Hospitalització recent.
- En cas d'una PDIA positiva en SARS CoV-2, valorar si compleixen els criteris de tractament amb *Paxlovid*: els majors de 80 anys, majors de 65 amb patologia crònica o immunodeprimits.
- Si el pacient requereix una IT deixar registrat el nom de l'empresa, el primer dia que ha faltat a la feina i la professió a la història clínica i citar-lo en 48-72 h amb el metge.

PI25 – Síntomes respiratoris de les vies altes

Intervencions

- Si febre o dolor, indicar antitèrmics o analgèsics: de primera elecció paracetamol 500 mg/8 hores o ibuprofè 400 mg/8 hores, adequar segons l'afecció.
 - Si insuficiència renal moderada és preferible l'ús de paracetamol i evitar l'ús d'ibuprofè o reduir la dosi a 200 mg/8 hores, fins un màxim de 5 dies.
 - Si insuficiència renal greu, insuficiència hepàtica o asma, evitar els AINE.
 - Si HTA, insuficiència cardíaca o malaltia cardiovascular, cal tenir precaució amb els AINE.
 - Si el pacient té: antecedents d'úlceres o d'hemorràgia gastrointestinal o edat > 65 anys o està en tractament amb glucocorticoides, anticoagulants o antiagregants cal prendre un protector gàstric (omeprazol 20 mg/24 hores mentre duri la pauta amb els AINE).
- Si presenta obstrucció nasal realitzar rentats nasals amb líquids hipertònics.
- Si presenta odinofàgia o exsudat faríngic: seguir el protocol GID «Odinofàgia».
- En cas de COVID-19 positiu:
 - Els pacients que es consideri que cal fer-los un seguiment, s'han de citar amb els professionals de referència. Les embarassades s'han de citar amb la seva comare. A la resta de pacients se'ls ha d'indicar que, en cas d'empitjorament, contactin amb els serveis sanitaris a través d'[InfosalutConnecta](#).
 - Es recomana tractament simptomàtic als pacients que ho precisin, seguint la pauta anterior.

Recomanacions

- Augmentar la ingesta hídrica (beure aigua, sucres, brou, infusions).
- Repòs relatiu si és necessari.
- Mesures higièniques: rentat de les mans, tapar-se la boca i el nas si esternuda, mocadors d'un sol ús...
- Explicar la importància de les vacunacions.
- En pacients fumadors, cal aprofitar per a donar un consell breu (caib.es/sites/tabaquisme/es/guias_y_recomendaciones-86940/) i citar-los per a possible intervenció.
- En cas de COVID-19 positiva confirmada:
 - Extremer les precaucions per evitar transmetre la infecció. Recomana: l'ús de màscara FFP2, el rentat de les mans i mantenir la distància social durant els deu dies següents.
- Consultar de nou si apareixen signes d'alerta:
 - Persistència de la simptomatologia durant més de 4 dies.
 - Persistència de febre durant més de 3 dies.
 - Afectació de l'estat general.

Bibliografia



Amat G, Graset M. Síntomes respiratoris. Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut. 2018.



PI25 - Síntomes respiratoris de les vies altes

Grup de treball de gestió infermera de la demanda CUAP. Guia d'intervenció infermera. CASAP Castelldefels atenció primària. CUAP. Primera edició, febrer de 2014, primera revisió, gener de 2020. Edició en línia.

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia, actualitzat pel Ministerio de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III. 3 de juny de 2022. sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Nueva_estrategia_vigilancia_y_control.pdf [consulta: 29 novembre 2022].

PI25 – Síntomes respiratoris de les vies altes

Síntomes respiratoris Síntomes respiratoris de les vies altes

Procés agut inflamatori que afecta la mucosa respiratòria de les vies altes, que es pot manifestar amb una simptomatologia molt variada i inespecífica: congestió nasal, esternuts, calfreds, distèrmia, febrícula o febre, tos, malestar general, rinorrea, mal de coll, cefalea, artromiàlgies, astènia...



Anamnesi

- Antecedents personals: edat, malaltia prèvia i/o hospitalitzacions recents, factors de risc cardiovascular, hàbits tòxics, fàrmacs i al·lèrgies, estat de la vacunació (Grip i COVID).
- Data d'inici de la clínica i evolució.
- Signes i símptomes acompanyants: febre, tos, esput, dolor toràcic, dificultat respiratòria.
- Compleix criteris de vulnerabilitat per la infecció del coronavirus i/o la grip.

Valoració

- Estat general.
- Exploració física: orofaríngia, tòrax i adenopaties.
- Dolor o sensació de pressió al voltant dels ulls, les galtes, el nas o el front.
- Presència de dolor pleurític.
- Constants vitals: Sat O₂, FC, FR, temperatura corporal, TA.
- *Peak-flow*, si asmàtic (vegeu GID «Dispnea»).

Diagnòstic CIE-9

478|9| «Otras enfer y enfer no espec del tracto respirat superior»
 460|. «Nasofaringitis aguda (resfriado común)»
 508|9| «Enfermedad respiratoria por agente externo no especificado»
 079|89|X «Infección por Coronavirus. COVID-19 confirmada mediante PCR, serología o antígeno»

NANDA

00032 «Patrón respiratorio ineficaz»

Triar el més adequat segons la situació del pacient.

Pla d'actuació

- Fer una PDIA si està indicat. Si el test d'antígens és positiu cal confirmar el diagnòstic, si és negatiu s'ha de valorar el diagnòstic diferencial.
- Actuació conjunta amb el metge o la metgessa si: alteració de l'estat de consciència, febre alta o mantinguda durant dies, dolor costal (pleurític o altres), cefalea intensa amb vòmits o lesions a la pell, postració, dificultat respiratòria, taquípnea, tos persistent, hemoptisi, vòmits, diarrea, sospita sinusitis, adenopaties dures, fixes i majors d'1 cm, persones immunodeprimides, hospitalització recent.
 - Si PDIA positiva en SARS CoV-2, valorar si compleixen els criteris de tractament amb Paxlovid.
 - Si el pacient requereix una IT registrar nom empresa i professió, i citar-lo en 48-72 h amb el metge.
- Intervencions:
 - Si febre i/o dolor, indicar antitèrmics i/o analgèsics: de primera elecció paracetamol 500 mg/8 hores o ibuprofè 400mg/8 hores, adequar segons l'afecció.
 - Si presenta congestió nasal i/o rinorrea aquosa: rentats nasals amb líquids hipertònics.
 - Si presenta odinofàgia i/o exsudat faríngic seguir el protocol GID «Odinofàgia».
 - En cas de COVID-19 positiu citar al CS/ Si dona embarassada i PDIA positiva, citar amb la seva comare/Tractament simptomàtic.
- Recomanacions:
 - Augmentar la ingesta hídrica, repòs relatiu si és necessari, mesures higièniques: rentat de les mans, tapar-se la boca i el nas si esternuda, mocadors d'un sol ús, explicar la importància de les vacunacions. Consell breu si es tracta d'un fumador.
- En cas de COVID-19 positiva confirmada: precaucions per evitar transmetre la infecció.
 - Consultar de nou si apareixen signes d'alerta com: persistència de la simptomatologia durant més de 4 dies, persistència de febre durant més de 3 dies, afectació de l'estat general.

Odinofàgia

Definició / Motiu de la consulta



L'odinofàgia, o dolor de la gargamella al deglutir, habitualment està causada per:

- Amigdalitis (inflamació de les amígdals).
- Faringitis (inflamació de l'orofaringe, amígdals, paladar tou i úvula).

En el context d'una infecció del tracte respiratori superior la majoria de les faringitis agudes són causades per virus. Les bacterianes suposen un 5-15% en adults i entre el 20-30% en nens. La infecció bacteriana més freqüent està causada per l'estreptococ beta hemolític del grup A (EBHA) o *Streptococcus pyogenes*. Aquesta infecció es caracteritza clínicament per odinofàgia d'origen brusc, febre, inflamació i exsudat amigdalari i dolor a la palpació d'adenopaties cervicals. És fonamental identificar la causa per fer el tractament adequat¹

Anamnesi



- Antecedents personals:
 - Edat.
 - Patologia prèvia i hospitalitzacions recents.
 - Factors de risc cardiovascular.
 - Hàbits tòxics: tabaquisme...
 - Fàrmacs.
 - Al·lèrgies.
 - Embaràs o lactància.
 - Vaccinació: grip i COVID.
- Curs evolutiu.
- Signes i símptomes acompanyants: febre, distèrmia, dificultat respiratòria, tos, lesions a la pell, otàlgia, anorèxia, rinorrea...

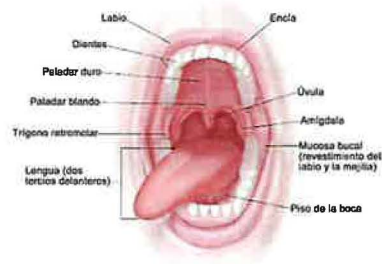
Valoració



- Estat general: coloració, aspecte, edemes, perfusió perifèrica, orientació...
- Exploració física:
 - Exploració de la cavitat orofaríngea:
 - Paladar dur és de tonalitat blanquinosa.
 - Paladar tou és més rosat i llis.
 - Úvula està situada a la línia mitjana del paladar tou.

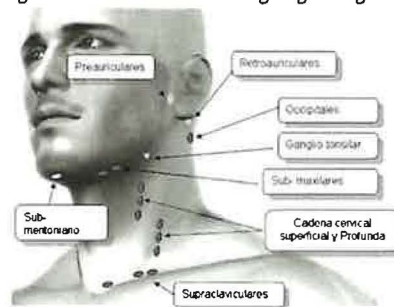
Figura 1 Cavitat orofaríngea

PI26 – Odinofàgia



- Valorar alteracions en llengua, paladar, úvula i la base de la cavitat oral, com per exemple presència d'eritema, edema, lesions ulceroses, exsudat, asimetries, desviació de la úvula, hipersiallorrea...
- Adenopaties latero-cervicals i submandibulars: realitzar palpació de la zona latero-cervical per explorar els ganglis limfàtics. Valorar nombre, mida i consistència:
 - Mida: en pacients sans varia de 0,5 a 1 cm de diàmetre.
 - Consistència: elàstics i no adherits als plànols profunds.
 - No dolorosos a la palpació.

Figura 2 Localització dels ganglis regionals



- Constants vitals: FC, FR, T^a, TA i SatO₂ si precisa.
- Valorar si procedeix realitzar test d'antígens COVID (o altre tipus de tests) segons els criteris dels protocols vigents.
- Realitzar test d'estreptococ si odinofàgia intensa i compleix els criteris de Centor-McIssac (≥3)

El test té una sensibilitat i especificitat altes, encara que el diagnòstic definitiu el dona el cultiu de l'exsudat faringi. La escala de Centor, modificada per McIssaac, és útil per saber si realitzar o no el test i, junt a altres símptomes i signes, ens pot suggerir l'origen bacterià de la infecció.^{2,3,4}

S'hauria de tenir en compte que la presa d'antibiòtics la setmana prèvia o la immunodepressió disminueixen la eficàcia de la prova.

A la següent taula 1 hi trobareu els ítems valorats per l'escala de Centor i McIsaac:

Taula 1: Criteris de Centor-McIsaac	
Síntomes	Punts
Edat 3-14 anys	1
Edat 15-44 anys	0
Edat >45 anys	-1
Temperatura > 38 °C	1
Inflamació de les amígdales o presència de exsudat faringo-amigdalari	1
Adenopaties cervicals anteriors	1
Absència de tos	1
Interpretació	
NO realitzar strep-test	0-2
Realitzar strep-test	≥3

Diagnòstic



Escollir el més adequat segons la clínica. Es poden afegir altres diagnòstics segons el judici clínic.

CIE9: 463|. «Amigdalitis aguda»
 462|. «Faringitis»
 784|1|. «Dolor en la garganta»
NANDA: 00032 «Patrón respiratorio ineficaz»

Pla d'actuació



Es procedirà a l'actuació conjunta amb el metge o metgessa si presenta:

- Febre de més de 39°C o mantinguda més de tres dies.
- Clínica de més de 7 dies d'evolució.
- Dificultat respiratòria.
- Persones immunodeprimides.
- Asimetria en el paladar tou.
- Asimetria de les amígdales o protusió asimètrica (sospita d'abscess periamigdalari).
- Adenopaties sense exsudat faringi o que no compleixin els criteris de normalitat abans descrits.
- Embaràs o lactància.

PI26 - Odinofàgia

Derivació a medicina (presencial o telefònica segons el circuit establert a cada centre de salut) si:

- Strep-test positiu: explicar-li a l'usuari, que després de la valoració realitzada i els resultats obtinguts, és necessari derivar-lo al metge de família perquè valori la possibilitat de prescripció de tractament antibiòtic.
- Si necessita IT i no te criteris de valoració conjunta, deixar registrat a història clínica el nom de l'empresa, primer dia que ha faltat a la feina i professió. Citar en 48-72h amb el metge.

Intervencions

La infermera informará al pacient sobre:

- En cas de fer l'strep-test: la seva indicació i les implicacions terapèutiques del seu resultat.
- Les diferències entre una infecció per virus i una bacteriana (curs evolutiu, tractament, signes d'alarma...).
- L'ús d'antitèrmics o analgèsics si precisa (paracetamol 500 mg/8h de primera elecció o ibuprofè 400mg/8h), adequar segons patologia:
 - o Si insuficiència renal moderada és preferible l'ús de paracetamol i evitar l'ús d'ibuprofè, o reduir dosi a 200 mg c/8 hores fins un màxim de 5 dies.
 - o Si insuficiència renal greu, insuficiència hepàtica o asma, evitar AINES.
 - o Si HTA, insuficiència cardíaca o malaltia cardiovascular, precaució amb AINES.
 - o Si l'usuari té antecedents d'úlceres o hemorràgia gastrointestinal, o edat > 65 anys, o està amb tractament amb glucocorticoides, anticoagulants, antiagregants necessita gastroprotecció (omeprazol 20 mg c/24 hores mentre duri la pauta amb AINES).
- Si la clínica és sospitosa o compatible amb COVID, actuar segons el protocol GID «Síntomes respiratoris vies altes».
- Citar amb el seu metge si presenta episodis recurrents d'amigdalitis aguda.
- Consultar de nou si:
 - o Afectació de l'estat general.
 - o Persistència de febre de més de 3 dies.
 - o Persistència d'odinofàgia de més de 4 dies.
 - o Aparició de signes d'alerta: dificultat respiratòria, asimetria amigdalària, vòmits, plaques pultàcies, rash cutàni...

Recomanacions


- Augmentar la ingesta hídrica.
- Repòs/mesures higièniques.
- En pacients fumadors, aprofitar per a consell breu i citar per a possible intervenció https://www.caib.es/sites/taquisme/es/guias_y_recomendaciones-86940/.

Bibliografia



1. Costa C, Amor JC. Guía Clínica de Faringitis aguda Fistera (rev. 2020). Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/faringitis-aguda/>
2. García Vera C; Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en Pediatría. En: AEPap [en línea] [consultado el 31/05/2017]. Disponible a: http://www.aepap.org/sites/default/files/gpi_utilidad_trda_estreptococo.pdf
3. Orejón G, Fernández MC, Fernández M, Fontecha MI, Rodríguez R, Padilla ML. Primer análisis de un estudio en busca de una nueva escala de predicción clínica para la faringoamigdalitis aguda por estreptococo del grupo A: la escala de Centor ¿sigue siendo válida?. Rev Pediatr Aten Primaria 2020;22(Suppl 28): 101. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000200101&lng=es. Epub 16-Nov-2020.
4. Burgaya Subirana S, Cabral Salvadores M, Bonet Esteve AM, Macià Rieradevall E, Ramos Calvo AM. Uso del test rápido de detección de antígeno estreptocócico en la consulta de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2017 Jun [citado 2023 Mar 08] ; 19(74): 119-125. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000200004&lng=es.
5. Amat G, Graset M. Abscés cutani Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut. 2018.
6. 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.

PI01 - Abscés cutani


Odinofàgia	<p>L'odinofàgia és caracteritzada pel dolor de la gargamella al deglutir. Es pot presentar d'aquestes dues formes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amigdalitis (inflamació de les amígdales) - Faringitis (inflamació de l'orofaringe, amígdals, paladar tou i úvula) 	
Anamnesi	Valoració	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals. Edat; patologia prèvia i hospitalitzacions recents; factors de risc cardiovascular; hàbits tòxics (tabaquisme...); fàrmacs i al·lèrgies; embaràs i/o lactància ▪ Estat de la vacunació (Grip i COVID) ▪ Curs evolutiu. ▪ Signes i símptomes acompanyants: febre, distèrmia, dificultat respiratòria, tos, lesions a la pell, otàlgia, anorèxia, rinorrea... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ Exploració física: exploració orofaríngea, paladar, úvula, adenopaties latero-cervicals i submandibulars: (valorar nombre, mida i consistència). ▪ Constants vitals: FC, FR, T^a, TA i SatO₂ si precisa. ▪ Valorar si procedeix realitzar test d'antígens COVID. ▪ Realitzar test d'estreptococ si odinofàgia intensa i compleix els criteris de Centor-McIssac (≥3) 	
Diagnòstic CIM-9	NANDA	
<p>CIE9: elegir el més adequat segons la clínica. Es poden afegir altres diagnòstics segons el judici clínic.</p> <p>463 . «Amigdalitis aguda» 462 . «Faringitis» 784 1. «Dolor en la garganta»</p>	<p>NANDA: 00032 Patrónrespiratorio ineficaç <i>elegir el més adequat segons la situació de la persona</i></p>	
Pla d'actuació		
<p>Es procedirà a l'actuació conjunta amb el metge o metgessa si presenta alguns dels següents signes d'alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Febre > 39 ó febre mantinguda de més de tres dies; clínica de més de 7 dies d'evolució; dificultat respiratòria; asimetria en el tou del paladar; asimetria de les amígdals o protusió asimètrica (abscess periamigdalari); adenopaties sense exsudat faríngic o que no compleixin els criteris de normalitat abans descrits - Embaràs o lactància - Episodis recorrents de amigdalitis aguda - Persones immunodeprimides <p>Derivació a medicina (presencial o telefònica segons el circuit establert a cada centre de salut) si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strep-test + - Explicar-li a l'usuari, que després de la valoració realitzada i els resultats obtinguts, és necessari derivar-lo al metge de família per pautar tractament antibiòtic. - Si necessita IT i no te criteris de valoració conjunta, deixar registrat a història clínica el nom de l'empresa, primer dia que ha faltat a la feina i professió. Citar en 48-72h amb el metge. - Segons judici clínic de la infermera <p>Intervencions</p> <p>La infermera Informarà al pacient sobre el resultat del strep-test i la diferència entre una infecció per virus i per bacteries.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si febre i/o dolor, indicar antitèrmics i/o analgèsics: paracetamol 500 mg/8 hores de primera elecció, o ibuprofè 400mg/8 hores, adequar segons patologia. - Si clínica compatible amb sospita COVID, actuar segons el protocol GID Síntomes respiratoris vies altes. - Consultar de nou si aparició de signes d'alerta: persistència simptomatologia de més de 4 dies, persistència de febre de més de 3 dies, afectació de l'estat general <p>Recomanacions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentar la ingesta hídrica - Repòs/mesures higièniques - En pacients fumadors, aprofitar per a consell breu i citar per a possible intervenció https://www.caib.es/sites/tabacisme/es/guias_y_recomendaciones-86940/ 		



Bibliografia

1. Costa C, Amor JC. Guia Clínica de Farinfigitis aguda Fisterra (rev. 2020). Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/faringitis-aguda/>
2. García Vera C; Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en Pediatría. En: AEPap [en línea] [consultado el 31/05/2017]. Disponible a: http://www.aepap.org/sites/default/files/gpi_utilidad_trda_estreptococico.pdf
3. Orejón G, Fernández MC, Fernández M, Fontecha MI, Rodríguez R, Padilla ML. Primer análisis de un estudio en busca de una nueva escala de predicción clínica para la faringoamigdalitis aguda por estreptococo del grupo A: la escala de Centor ¿sigue siendo válida?. Rev Pediatr Aten Primaria 2020;22(Suppl 28): 101. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000200101&lng=es. Epub 16-Nov-2020.
4. Burgaya Subirana S, Cabral Salvadores M, Bonet Esteve AM, Macià Rieradevall E, Ramos Calvo AM. Uso del test rápido de detección de antígeno estreptocócico en la consulta de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2017 Jun [citado 2023 Mar 08]; 19(74): 119-125. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000200004&lng=es.
5. Amat G, Graset M. Abscés cutani Gestió infermera de la demanda Atenció aguda. Barcelona: Institut Català de la Salut. 2018.
6. 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.

PI26 - Odinofàgia

Odinofàgia	<p>L'odinofàgia és caracteritzada pel dolor de la gargamella al deglutir. Es pot presentar d'aquestes dues formes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amigdalitis (inflamació de les amígdales) - Faringitis (inflamació de l'orofaringe, amígdales, paladar tou i úvula) 	
Anamnesi	Valoració	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedents personals. Edat; patologia prèvia i hospitalitzacions recents; factors de risc cardiovascular; hàbits tòxics (tabaquisme...); fàrmacs i al·lèrgies; embaràs i/o lactància ▪ Estat de la vacunació (Grip i COVID) ▪ Curs evolutiu. ▪ Signes i símptomes acompanyants: febre, distèrmia, dificultat respiratòria, tos, lesions a la pell, otàlgia, anorèxia, rinorrea... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat general. ▪ Exploració física: exploració orofaríngea, paladar, úvula, adenopaties latero-cervicals i submandibulars: (valorar nombre, mida i consistència). ▪ Constants vitals: FC, FR, T^a, TA i SatO₂ si precisa. ▪ Valorar si procedeix realitzar test d'antígens COVID. ▪ Realitzar test d'estreptococ si odinofàgia intensa i compleix els criteris de Centor-McIssac (≥3) 	
Diagnòstic CIM-9	NANDA	
<p>CIE9: elegir el més adequat segons la clínica. Es poden afegir altres diagnòstics segons el judici clínic.</p> <p>463 . «Amigdalitis aguda» 462 . «Faringitis» 784 1 . «Dolor en la garganta»</p>	<p>NANDA: 00032 Patró respiratori ineficaç <i>elegir el més adequat segons la situació de la persona</i></p>	
Pla d'actuació		
<p>Es procedirà a l'actuació conjunta amb el metge o metgessa si presenta alguns dels següents signes d'alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Febre > 39 ó febre mantinguda de més de tres dies; clínica de més de 7 dies d'evolució; dificultat respiratòria; asimetria en el tou del paladar; asimetria de les amígdales o protusió asimètrica (abscess periamigdalari); adenopaties sense exsudat faríngic o que no compleixin els criteris de normalitat abans descrits - Embaràs o lactància - Episodis recorrents de amigdalitis aguda - Persones immunodeprimides <p>Derivació a medicina (presencial o telefònica segons el circuit establert a cada centre de salut) si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strep-test + - Explicar-li a l'usuari, que després de la valoració realitzada i els resultats obtinguts, és necessari derivar-lo al metge de família per pautar tractament antibiòtic. - Si necessita IT i no te criteris de valoració conjunta, deixar registrat a història clínica el nom de l'empresa, primer dia que ha faltat a la feina i professió. Citar en 48-72h amb el metge. - Segons judici clínic de la infermera <p>Intervencions</p> <p>La infermera Informarà al pacient sobre el resultat del strep-test i la diferència entre una infecció per virus i per bacteries.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si febre i/o dolor, indicar antitèrmics i/o analgèsics: paracetamol 500 mg/8 hores de primera elecció, o ibuprofè 400mg/8 hores, adequar segons patologia. - Si clínica compatible amb sospita COVID, actuar segons el protocol GID Síntomes respiratoris vies altes. - Consultar de nou si apareix de signes d'alerta: persistència simptomatologia de més de 4 dies, persistència de febre de més de 3 dies, afectació de l'estat general <p>Recomanacions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentar la ingesta hídrica - Repòs/mesures higièniques - En pacients fumadors, aprofitar per a consell breu i citar per a possible intervenció https://www.caib.es/sites/tabacisme/es/guias_y_recomendaciones-86940/ 		